

ASPEK PSIKOLOGIS DALAM KEBIDANAN: KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN NIFAS



Penulis :
Bekti Putri Harwijayanti
Ni Ketut Ayu Sugiartini
Revi Gama Hatta Novika
Irfa Nur Faujiah
Sirajul Muna

ASPEK PSIKOLOGIS DALAM KEBIDANAN: KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN NIFAS

**Bekti Putri Harwijayanti
Ni Ketut Ayu Sugiartini
Revi Gama Hatta Novika
Irfa Nur Faujiah
Sirajul Muna**



GET PRESS INDONESIA

ASPEK PSIKOLOGIS DALAM KEBIDANAN: KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN NIFAS

Penulis :

Bekti Putri Harwijayanti
Ni Ketut Ayu Sugiartini
Revi Gama Hatta Novika
Irfa Nur Faujiah
Sirajul Muna

ISBN : 978-623-125-511-2

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Mila Sari., S.ST, M.Si

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Desember 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Aspek Psikologis Dalam Kebidanan: Kehamilan, Persalinan, Dan Nifas ini.

Buku Ini Membahas Psikologi Kehamilan, Psikologi Persalinan, Psikologi Masa Nifas, Dampak Psikologis Pada Kesehatan Ibu Dan Anak, Pendekatan Multidisiplin Dalam Kebidanan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, November 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 PSIKOLOGI KEHAMILAN.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Kehamilan dalam Konteks Psikologi dan Sosiologi	1
1.3 Paradoks Kehamilan.....	5
1.4 Korelasi Psikologis Aktivitas Saraf Otonom	8
1.5 Korelasi Psikologi dengan Luaran Kehamilan	11
DAFTAR PUSTAKA	12
BAB 2 PSIKOLOGI PERSALINAN.....	13
2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Psikologi Persalinan	14
2.2.1 Pengertian Psikologi Persalinan	14
2.2.2 Faktor Psikologis yang Mempengaruhi Persalinan.....	14
2.2.3 Persiapan Psikologis untuk Persalinan.....	15
2.2.4 Peran Tenaga Profesional dalam Psikologi Persalinan.....	15
2.2.5 Peran Keluarga dalam Psikologi Persalinan	17
2.2.6 Peran Suami dalam Psikologi Persalinan	19
2.2.7 Perubahan Psikologis pada Ibu Bersalin.....	20
2.2.8 Terapi Komplementer dalam Psikologi Persalinan.....	22
DAFTAR PUSTAKA	24
BAB 3PSIKOLOGI MASA NIFAS	27
3.1 Latar Belakang.....	27
3.2 Memahami Gangguan Suasana Hati Pascapersalinan.....	28
3.3 Alat Skrining	34
3.4 Tantangan dalam Diagnosis	35
3.5 Pengobatan dan Intervensi.....	36
3.6 Peran Penyedia Layanan Kesehatan dan Profesional Kesehatan Mental	39
3.7 Langkah-langkah Pencegahan	41
3.8 Sistem Dukungan Sosial.....	43

3.9 Pengaruh Budaya dan Masyarakat	44
3.10 Pentingnya Destigmatisasi Gangguan Suasana Hati Pascapersalinan	47
DAFTAR PUSTAKA	49
BAB 4 DAMPAK PSIKOLOGIS PADA KESEHATAN	
IBU DAN ANAK	53
4.1 Pendahuluan	53
4.2 Kesehatan Mental.....	56
4.2.1 Kesehatan Mental.....	56
4.2.2 Kesehatan Mental Perinatal	57
4.3 Dampak Psikologis Perinatal Terhadap Tumbuh Kembang Anak.....	62
4.4 Penanganan Dampak Psikologis pada Kesehatan Ibu dan Anak.....	64
4.5 Penutup.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....	67
BAB 5 PENDEKATAN MULTIDISIPLIN	
DALAM KEBIDANAN.....	73
5.1 Konsep dan Prinsip Manajemen Secara Umum	73
5.2 Manajemen Kebidanan	76
5.3 Sasaran Management Kebidanan	81
5.4 Langkah – Langkah Manajemen Kebidanan.....	82
5.5 Lingkup Praktek Kebidanan	86
5.6 Pengorganisasian Praktik Asuhan Kebidanan	88
DAFTAR PUSTAKA.....	89
BIODATA PENULIS	

BAB 1

PSIKOLOGI KEHAMILAN

Oleh Bkti Putri Harwijayanti

1.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan masa yang sangat spesifik dan kompleks dalam kehidupan seorang wanita. Perubahan yang menyertainya diamati tidak hanya pada bidang biologis/fisiologis tetapi juga pada fungsi psikologis dan sosialnya. Perubahan fungsi psikologis dapat terjadi dari awal hingga akhir kehamilan, termasuk masa nifas. Selama kehamilan, terjadi perubahan nyata pada penampilan tubuh, feminitas, kasih sayang, dan seksualitas, sedangkan posisi dan peran wanita memperoleh kualitas baru. Pada tingkat yang lebih besar atau lebih kecil, setiap ibu hamil mengalami ambivalensi psikologis, seringkali perubahan suasana hati dari kelelahan menjadi gembira, gangguan emosional, dan/atau gangguan campuran kecemasan-depresi. Selain itu, kehamilan menimbulkan sejumlah kekhawatiran khusus mengenai perjalanan penyakit dan dampaknya, yang menjadikan perempuan tersebut sangat rentan dan memerlukan pengobatan yang memadai, tergantung pada kapasitas adaptif kepribadiannya. Lebih jauh lagi, dari aspek psikososial, kehamilan dapat dianggap sebagai keadaan emosional tertentu yang sangat tinggi, yang mungkin merupakan pemicu stres yang kuat. Stres perinatal dan ibu dapat menyebabkan berbagai komplikasi yang mungkin mempunyai konsekuensi luas terhadap fungsi somatik dan psikis bayi baru lahir.

1.2 Kehamilan dalam Konteks Psikologi dan Sosiologi

Kabar kehamilan biasanya disambut dengan ucapan selamat; kehamilan dipandang sebagai peristiwa hidup yang menggembirakan, berkaitan dengan harapan dan keinginan pribadi dan pribadi dari mereka yang terlibat langsung. Hal ini juga merupakan sebuah ritus peralihan, yang diberlakukan di ranah

publik, yang membawa serta perubahan dalam peran dan tanggung jawab yang dirasakan. Kehamilan dipandang sebagai sesuatu yang sehat dan alami, baik sebagai komponen penting dalam trsistem saraf otonomisi menjadi orang tua maupun sebagai proses biologis dan fisiologis. Seperti trsistem saraf otonomisi alami (reproduksi) lainnya yang terjadi dalam kehidupan perempuan, seperti menstruasi atau menopause, kehamilan membawa perempuan berhubungan dengan ahli kesehatan dan prosedur medis untuk menjamin kesejahteraan ibu dan bayi (Gross & Pattison, 2007).

Baik proses alami atau normal yang pernah menjadi peristiwa kesehatan membawa serta berbagai harapan dan intervensi. Sudah menjadi kebiasaan untuk sangat memperhatikan proses reproduksi manusia. Tidaklah cukup hanya membiarkan kehamilan berjalan dengan sendirinya. Perempuan harus berperan penting dalam keberhasilan kehamilan yang bebas masalah. Meskipun setiap perempuan mengalami kehamilannya dengan cara yang berbeda-beda, mereka semua adalah penerima nasihat profesional, pengajaran dan pendidikan kesehatan; Pesan yang diterima para wanita saat hamil adalah mereka harus waspada terhadap diri sendiri demi bayinya. Setelah hamil, wanita mungkin mendapati dirinya diperlakukan berbeda oleh orang-orang di sekitarnya. Seorang wanita hamil tidak hanya dianggap sebagai individu yang memerlukan perawatan dan perlindungan medis, tetapi juga sebagai orang yang harus dibimbing atau didisiplinkan dalam berperilaku yang benar, karena sesuatu yang digambarkan sebagai sesuatu yang alami (yang timbul dari biologi) juga menyampaikan perasaan tidak terkendali. Oleh karena itu, dalam hal ini, perempuan diharapkan untuk memastikan bahwa mereka sehat dan siap menghadapi kehamilan dan mereka yang tidak melakukan hal ini akan dianggap egois dan tidak peduli dengan kesehatan anak mereka yang belum lahir. Selama masa kehamilannya, perempuan sering menjadi bahan komentar dan, kadang-kadang, kehadiran mereka di depan umum bahkan dianggap sebagai hal yang tidak dapat diterima. Oleh karena itu, kehamilan dapat dikatakan sangat sensitif. Hal ini tentu saja menarik perhatian, baik positif maupun negatif, serta mendorong perempuan untuk berperilaku tertentu. Ini memberikan bukti

feminitas yang sangat umum dan menonjol secara visual. Keyakinan tentang perempuan hamil mencerminkan keyakinan yang lebih luas tentang perempuan pada umumnya, misalnya ketidakstabilan emosi mereka dan perempuan sebagai 'wadah yang lebih lemah', sedangkan keyakinan lain menghormati keunikan dan keanehan kehamilan. Selain itu, kehamilan menyoroti ambiguitas dan pergeseran posisi perempuan dalam masyarakat serta kompleksitas negosiasi yang diperlukan agar mereka dapat mencapai peristiwa besar dalam hidup dengan cara yang dapat diterima (Lerner et al., 2014).

Secara psikologis, kehamilan menjadi suatu keadaan yang sangat menarik karena merupakan masa perubahan. Perubahan ini mencakup pengalaman perubahan fisiologis dramatis pada tubuh perempuan dalam jangka waktu singkat dan konstruksi sosial dan budaya atas perubahan peran dan identitas. Perubahan tersebut membawa dampak terhadap kesejahteraan perempuan selama masa kehamilan dan setelahnya, serta berdampak pada cara pandang orang lain terhadap mereka. Dengan demikian, wacana psikologis utama tentang kehamilan, terutama dalam tradisi psikodinamik, sedang dalam masa trsistem saraf otonomisi. Namun, sesuai dengan pendekatan biomedis, wacana tersebut menyoroti kemungkinan dampak negatif trsistem saraf otonomisi terhadap kesejahteraan psikologis perempuan: kehamilan sebagai kondisi krisis yang potensial, yang melibatkan pergeseran identitas dan peralihan dari tidak menjadi ibu menjadi menjadi ibu, serta kemungkinan konfrontasi dengan permasalahan yang belum terselesaikan (Breen, 1975; Deutsch, 1947; Raphael-Leff, 1991). Dalam pandangan ini, kehamilan mungkin diasosiasikan dengan perasaan kehilangan dan juga keuntungan. Penyelarasan identitas apa pun yang terkait dengan trsistem saraf otonomisi terjadi dalam konteks pribadi dan sosial. Aspek psikologis penting lainnya dari kehamilan adalah visibilitas publik. Visibilitas kehamilan sebagai perwujudan kesuburan reproduksi dan seksualitas dapat melampaui batas antara ranah pribadi atau ranah publik dan memengaruhi keyakinan pribadi dan publik tentang kehamilan (Almeida et al., 2016; Gross & Pattison, 2007)s.

Penulisan dan penelitian psikologi feminis bertujuan untuk menjelaskan manifestasi keyakinan pribadi dan publik ini dan mengkaji lebih jauh paradoks dari kepasifan dan keagenan yang diperlukan yang ditimbulkan oleh keyakinan tersebut. Yang penting, dalam konteks ini, kehamilan dapat menjadi sebuah kondisi yang memungkinkan, menawarkan peluang bagi perubahan dalam presentasi diri perempuan (Charles dan Kerr, 1986; Oakley, 1980; Slade, 1977; Wiles, 1994). Banyak penelitian psikologi yang dilakukan dalam wacana biomedis umum yang telah dibahas dan difokuskan untuk mendokumentasikan sifat perubahan selama periode kehamilan, misalnya perubahan pengaruh atau suasana hati yang mungkin menyertai potensi keadaan krisis seperti kecemasan atau kecemasan. depresi, dengan kekhawatiran khusus mengenai dampak perubahan tersebut terhadap kesehatan mental dan fisik perempuan dalam jangka panjang. Hal ini menimbulkan pertanyaan bagaimana atau apakah peningkatan fokus pada hasil dan persyaratan kewaspadaan yang menyertainya berdampak pada trsistem saraf otonomisi psikologis, terutama pada saat dalam sejarah ketika kehamilan relatif jarang terjadi dan dengan demikian setiap kehamilan menjadi sangat penting (Venne-Delahaie, 2014).

Bisa dibilang, hal ini disebabkan oleh menurunnya angka kelahiran dan meningkatnya peran perempuan di masyarakat umum, belum lagi media yang tersebar luas, kondisi hamil di awal abad kedua puluh satu menjadi lebih terlihat dan bukannya berkurang. Sejak abad kedua puluh, perempuan mengalami lebih sedikit kehamilan dalam hidup mereka dan jumlah kelahiran hidup lebih sedikit dibandingkan sebelumnya. Oleh karena itu, lebih banyak waktu dan upaya dicurahkan untuk memastikan bahwa setiap orang sehat, sehingga menghasilkan hasil positif yang sangat diinginkan (Fox et al., 2023).

Tentu saja, pada abad kedelapan belas, perempuan mungkin berharap untuk memiliki sebanyak enam atau delapan anak dari setidaknya delapan kehamilan. Pada saat itu, prognosis kehamilan masih rendah, kesehatan ibu seringkali buruk, kelangsungan hidup janin bervariasi dan konfirmasi kehamilan cukup terlambat, sering kali pada saat percepatan kehamilan, sekitar empat bulan. Oleh karena itu, kehamilan mungkin lebih sering terjadi, seringkali lebih

singkat dan jauh lebih berisiko bagi semua pihak, terutama bagi perempuan, yang sering meninggal saat melahirkan. Hal ini tidak berarti bahwa investasi psikologis pada kehamilan hanya sedikit. Hanya karena hal ini tidak diukur seperti sekarang, tidak ada bukti bahwa perempuan kurang cemas atau khawatir terhadap setiap kehamilan (Hsistem saraf otonomon, 2004). Namun, waktu yang tersedia untuk menangani setiap kehamilan mungkin sedikit berkurang dibandingkan dengan keadaan saat ini, ketika frekuensi dan waktu konfirmasi status kehamilan sangat berbeda.

Berbicara tentang perspektif psikologis, kita tidak hanya membahas kehamilan dan suasana hati atau kesehatan mental wanita selama kehamilan, atau depresi pasca melahirkan. Kita perlu membahas isu-isu persepsi risiko, etika skrining dan teknologi reproduksi, namun tidak ada diskusi eksplisit mengenai infertilitas atau bahkan tidak memiliki anak. Ini semua merupakan bidang penting yang menjadi perhatian perempuan dan untuk penelitian; karya Lorraine Sherr, Paula Nicolson, Anne Woollett serta penulis yang telah disebutkan mungkin memberikan beberapa materi yang relevan (lihat misalnya, Nicolson, 1998; Sherr, 1995; Woollett, 1991). Ini juga bukan merupakan kritik feminis terhadap penelitian psikologis mengenai kehamilan meskipun kami ingin menempatkan kehamilan sebagai peristiwa pribadi dan pengalaman. Dan yang terakhir, meskipun sebagian besar dari apa yang akan kita diskusikan berkaitan dengan pengalaman perempuan secara umum, fokus kita terbatas pada periode kehamilan itu sendiri, dan tidak mencakup diskusi mengenai isu-isu serius mengenai periode atau proses persalinan dan perawatan intrapartum, dan peran sebagai ibu dini.

1.3 Paradoks Kehamilan

Pada abad-abad sebelumnya, kehamilan dan persalinan penuh dengan bahaya. Hasil kehamilan yang buruk, dalam bentuk keguguran, kelahiran bayi cacat atau bahkan kematian ibu dan bayi, merupakan hal yang relatif umum terjadi. Namun yang penting, mereka sebagian besar dianggap berada di luar kendali perempuan itu sendiri atau bahkan mereka yang mempunyai pengetahuan khusus: bidan dan, semakin banyak, dokter. Kehamilan diketahui

relatif terlambat dan terutama disebabkan oleh gejala-gejala yang dialami wanita tersebut: terlambat haid, mual, perubahan pada perasaan tubuhnya, dan akhirnya semakin cepat. Saat ini, hasil yang buruk bagi ibu atau bayi relatif jarang terjadi dan kehamilan dapat dipastikan dan dipantau dengan tanda-tanda yang dapat diukur secara obyektif. Harapannya adalah sebagian besar wanita akan mencari bantuan dan nasihat pada tahap awal dan masalah apa pun dalam kehamilan dapat dideteksi dan ditindaklanjuti.

Pada tingkat nasihat perilaku, perempuan diharapkan untuk bertindak berdasarkan informasi yang disampaikan oleh bidan dan dokter umum, namun juga menanggapi informasi yang sering disajikan secara sensasional oleh media, termasuk internet. Apa yang dimaksud dengan 'perilaku berisiko' mungkin tidak ditentukan oleh ilmuwan yang mengumpulkan data, namun oleh media yang menyajikan data tersebut. Informasi tentang apa yang berbahaya atau bermanfaat bagi perempuan dan bayinya mungkin disajikan secara hitam-putih tanpa memperhatikan dampaknya terhadap pengambilan keputusan perempuan selama kehamilan, atau kesejahteraan emosional mereka. Terlebih lagi, nasihat perilaku yang diberikan sering kali terlambat bagi banyak wanita untuk mengambil tindakan, hal ini berkaitan dengan prakonsepsi atau awal kehamilan. Jadi, konsep 'ibu yang baik' sudah ada sejak sebelum bayi benar-benar lahir. Ketika mempertimbangkan opini ilmiah saat ini dengan pandangan para komentator sosial yang menentang pengobatan konvensional, perempuan menerima bahwa *locus of control* ada di dalam diri mereka sendiri. Sebagai psikolog, kami berusaha memahami perasaan ketidakpastian dan risiko pada saat meningkatnya kepastian dan keamanan dengan mempertimbangkan proses individu yang mendasari perasaan tersebut. Dua bidang penelitian, dalam psikologi dan ilmu-ilmu sosial secara umum, tampaknya relevan di sini. Bidang pertama berkaitan dengan persepsi individu dan penilaian risiko, dan bidang kedua berkaitan dengan amplifikasi risiko secara sosial melalui media massa.

Dalam beberapa tahun terakhir, baik peneliti maupun komentator politik dan sosial semakin tertarik pada cara penyebaran risiko, khususnya melalui media massa. 'Amplifikasi

sosial' risiko ini tidak hanya membuat masyarakat sadar akan bahaya yang mungkin mereka hadapi namun juga cenderung mendorong ketidakpercayaan terhadap para ahli dan organisasi yang terlibat dalam manajemen risiko. Hal ini menyebabkan ketidakpastian dan perasaan bahaya. Jenis media yang berbeda, bahkan jenis media yang berbeda (misalnya tabloid dan surat kabar), menghasilkan narasi risiko yang berbeda (Murdock dkk., 2003). Jadi, perempuan dihadapkan pada informasi 'resmi' yang dihasilkan dan disebarluaskan oleh para profesional kesehatan dan informasi yang dihasilkan oleh berbagai media, yang memiliki tingkat kepercayaan yang berbeda-beda.

Lalu bagaimana masing-masing perempuan merespons risiko yang mereka hadapi menurut sumber yang berbeda? Joffe (2003) menyatakan bahwa, ketika dihadapkan pada kemungkinan bahaya, individu menggunakan cara berpikir dan nilai-nilai yang sama dengan kelompok yang mereka identifikasi. Dengan demikian, sumber ancaman dan cara pandang sumber tersebut, serta cara ancaman dikaitkan dengan identitas kelompok, akan menentukan bagaimana individu akan merespons. Jika perempuan lebih mengandalkan gambaran eksternal mengenai risiko dan kurang mengandalkan pengalaman yang mereka miliki, maka kemungkinan besar keputusan dan tindakan mereka akan lebih dipahami dengan mengkaji nilai-nilai kelompok di mana mereka berada dibandingkan dengan bukti ilmiah yang disajikan. Jika kita menerima bahwa tindakan individu dipandu oleh nilai-nilai budaya dan subkultur, maka teknologi penyaringan dan informasi yang disajikan dengan tujuan untuk memandu perempuan melakukan satu tindakan (misalnya mengakhiri kehamilan di mana bayi akan dilahirkan dengan kondisi yang penuh keterbatasan) dapat menimbulkan dampak yang tidak terduga pada skala besar. Hal ini mungkin termasuk meningkatnya penolakan terhadap penghentian kehamilan karena penggunaannya untuk mencegah kelahiran anak dengan kondisi yang bagi sebagian besar kelompok tampaknya bukan merupakan kondisi yang serius (misalnya langit-langit mulut sumbing), atau, sebaliknya, distorsi populasi, misalnya, melalui aborsi berdasarkan jenis kelamin, yang menyebabkan kekurangan anak perempuan di beberapa negara bagian dimana anak laki-laki

lebih dihargai. Hal ini membawa kita pada paradoks kehamilan lainnya. Teknologi reproduksi dan intervensi risiko sekaligus mengurangi ketidakpastian tampaknya membuat kehamilan semakin tidak pasti.

1.4 Korelasi Psikologis Aktivitas Saraf Otonom

Secara umum diketahui dari populasi tidak hamil bahwa banyak faktor yang mungkin mempengaruhi aktivitas saraf otonom. Beberapa variabel yang diduga mempengaruhi variabilitas denyut jantung diselidiki secara luas, misalnya. jenis kelamin (kurang relevan untuk disertasi ini), usia dan Body Mass Index (BMI). Variabilitas denyut jantung menurun seiring bertambahnya usia (Umetani, Singer, McCraty, & Atkinson, 1998; Zhang, 2007). Selain karakteristik subjek seperti usia dan BMI, terdapat juga korelasi psikologis aktivitas otonom, yang memainkan peran penting dalam disertasi ini. Khususnya, ini Bagian ini menyajikan temuan penting sebelumnya tentang hubungan antara kecemasan, depresi dan fungsi system saraf otonom. Namun, dengan hanya berfokus pada sifat stres dari kehamilan, terdapat potensi hubungan positif dengan kehamilan Fungsi sistem saraf otonom mungkin diabaikan.

Meskipun kecemasan dan depresi jelas berhubungan satu sama lain dan memiliki komponen penting dalam tekanan afektif secara umum, penelitian empiris menunjukkan bahwa keduanya merupakan dua konstruksi yang terpisah, namun seringkali bersifat komorbiditas (Watson, 2005). Kecemasan dan depresi dapat dibedakan berdasarkan afektif positif dan negatif. Afektifitas negatif mewakili faktor nonspesifik yang umum terjadi pada kecemasan dan depresi, sedangkan afektifitas positif yang rendah merupakan faktor spesifik yang terutama berhubungan dengan depresi.

Perlu diperhatikan bahwa *mindfulness* (kesadaran penuh) berhubungan dengan kecemasan dan depresi. *Mindfulness* memprediksi perilaku pengaturan diri, keadaan emosi positif dan gangguan suasana hati yang lebih rendah serta lebih sedikit tekanan (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006; Baer et al., 2008; Brown & Ryan, 2003). Selain itu, terapi berbasis *mindfulness* dapat mengurangi perasaan cemas dan depresi (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). Teknik yang meningkatkan kewaspadaan selama

kehamilan juga mengurangi kecemasan dan stres yang dirasakan hingga dua bulan setelah intervensi (Bastani, Hidarnia, Kazemnejad, Vafaei, & Kashanian, 2005; Beddoe, Paul Yang, Kennedy, Weiss, & Lee, 2009; Vieten & Astin, 2008). Demikian pula, perlu juga disebutkan bahwa latihan fisik dikaitkan dengan berkurangnya kecemasan dan depresi (Mello et al., 2013; Salmon, 2001; Ströhle, 2009). Latihan fisik teratur selama kehamilan juga dikaitkan dengan peningkatan fungsi psikologis (Poudevigne & O'Connor, 2006).

Tidak banyak yang diketahui tentang hubungan antara gejala kecemasan ibu dan fungsi dasar system saraf otonom selama kehamilan. Sebuah penelitian membagi peserta hamil trimester ketiga berdasarkan skala sifat kecemasan peserta hamil ke dalam kelompok kecemasan rendah, sedang dan tinggi dan tidak menemukan perbedaan yang signifikan (Monk et al., 2004). Variabilitas denyut jantung tidak diukur dalam penelitian ini. Penelitian pada populasi tidak hamil mempunyai hasil serupa pada tingkat basal denyut jantung dan tekanan darah, dan juga melaporkan tidak adanya hubungan signifikan antara kecemasan dan berbagai tindakan yang mempengaruhi variabilitas denyut jantung (Choi, Kim, Kim, Kim, & Choi, 2011; Shinba et al., 2008; Stewart, Buffett-Jerrott, & Kokaram, 2001).

Penelitian tentang hubungan antara gejala kecemasan dan respons terhadap stress selama kehamilan juga terbatas dan memiliki hasil yang tidak konsisten (Christian, 2012; de Weerth & Buitelaar, 2005). Misalnya, beberapa penelitian menunjukkan bahwa wanita hamil yang lebih cemas memiliki respons HR dan tekanan darah yang lebih rendah (Monk et al., 2000; Saisto, Kaaja, Helske, Ylikorkala, & Halmesmäki, 2004). Dalam penelitian lain tidak ditemukan hubungan antara kecemasan prenatal dan tekanan darah atau reaktivitas SDM terhadap tes stres psikologis (Monk, Myers, Sloan, Ellman, & Fifer, 2003). Temuan yang beragam ini mungkin dapat dijelaskan dengan penggunaan protokol stres yang berbeda (Monk et al., 2003). Penelitian sebelumnya biasanya tidak memperhitungkan perubahan fisiologis selama kehamilan dan penelitian yang menyelidiki hubungan potensial antara kecemasan dan reaktivitas variabilitas denyut jantung terhadap stres selama kehamilan masih kurang (Rankin, 2002). Studi pada manusia yang

tidak hamil umumnya menunjukkan bahwa kecemasan yang tinggi berhubungan dengan respons kardiovaskular yang berlebihan (Gramer & Saria, 2007; Pointer et al., 2012).

Penelitian mengenai fungsi otonom dan depresi sebagian besar terfokus pada gangguan depresi. Studi mengenai depresi ibu selama kehamilan dan variabilitas denyut jantung, yang melaporkan penurunan variabilitas denyut jantung terbatas (Shea et al., 2008). Hal ini sejalan dengan temuan pada populasi tidak hamil, karena tinjauan dan meta-analisis menunjukkan bahwa gangguan depresi dikaitkan dengan penurunan variabilitas denyut jantung basal, yang menurun seiring dengan meningkatnya keparahan depresi (Kemp et al., 2010). Yang terpenting, berbagai pengobatan antidepresan tidak menyelesaikan penurunan ini meskipun gejalanya telah teratasi (Kemp et al., 2010). Sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan depresi memiliki variabilitas denyut jantung yang jauh lebih rendah saat istirahat (Carney et al., 2001; Hofmann, Schulz, Heering, Muench, & Bufka, 2010; Yeragani et al., 2002). Singkatnya, depresi berhubungan dengan perubahan tonus otonom jantung menuju penurunan aktivitas parasimpatis dan peningkatan aktivitas simpatis (Udupa et al., 2007)

Mindfulness adalah keadaan mental adaptif, sering digambarkan sebagai perhatian terhadap pengalaman momen ke momen dengan sikap menerima dan tidak menghakimi (Baer et al., 2006; Williams, 2008) atau sebagai perhatian reseptif terhadap pengalaman saat ini (Brown & Ryan, 2003; Holt, 2012). *Mindfulness* dapat meningkatkan kesehatan mental dan fisik/fisiologis, namun penelitian mengenai efek fisiologis *mindfulness* selama kehamilan masih kurang.

Meditasi dan yoga, yang keduanya merupakan komponen kunci dari intervensi pengurangan stres berbasis kesadaran (Kabat-Zinn, 2003), latihan pernapasan dan terapi relaksasi merupakan pilihan yang memungkinkan untuk mengurangi stres, kecemasan dan perasaan tertekan (Rankin, 2002). Yoga dan meditasi yang penuh perhatian selama trimester kedua kehamilan dilaporkan mengurangi rasa sakit fisik (Beddoe et al., 2009), kualitas dan kuantitas tidur yang lebih baik (Beddoe, Lee, Weiss, Kennedy, &

Yang, 2010), dan mengurangi kecemasan dan stres yang dirasakan (Bastani dkk., 2005). Penelitian juga menunjukkan penurunan kecemasan, stres (Beddoe et al., 2009; Vieten & Astin, 2008) dan pengaruh negatif (Vieten & Astin, 2008) pada akhir kehamilan. Bahkan terdapat bukti peningkatan tingkat stres dan suasana hati perinatal (Lerner et al., 2014).

Banyak asosiasi dokter spesialis obstetri dan ginekologi di seluruh dunia merekomendasikan latihan fisik intensitas sedang selama 30 menit setiap hari bagi ibu hamil. Latihan fisik yang teratur selama kehamilan telah dikaitkan dengan peningkatan fungsi psikologis (Poudevigne & O'Connor, 2006), serta hasil fisik yang positif seperti persalinan yang lebih singkat, pemulihan yang lebih cepat setelah melahirkan, komplikasi kehamilan yang lebih sedikit (misalnya hipertensi gestasional dan diabetes) dan penambahan berat badan yang lebih sedikit (Clower, 2003).

1.5 Korelasi Psikologi dengan Luaran Kehamilan

Fungsi psikologis selama kehamilan mungkin tidak hanya mempengaruhi kesehatan ibu, namun juga berhubungan dengan perubahan psikofisiologis dan perkembangan otak janin dan dengan cara ini mungkin mempengaruhi perkembangan kognitif, perilaku dan sosial-emosional anak di kemudian hari (Glover, 2011; Talge dkk., 2007; Van den Bergh dkk., 2005; Kecemasan ibu selama kehamilan dapat mempengaruhi perkembangan selanjutnya, mungkin dengan memodulasi pemrograman fisiologi keturunan (neuro) dan struktur sistem saraf pusat atau hubungan struktur-fungsi (Van den Bergh, 2011a, 2011b). Hipotesis program perkembangan kesehatan dan penyakit memang mengandaikan bahwa adaptasi fisiologis dan metabolik yang memungkinkan janin beradaptasi terhadap perubahan lingkungan hidupnya dapat menghasilkan pemrograman ulang pola perkembangan yang permanen dalam jaringan dan sistem organ utama (Gluckman, Hans, Cooper, & Thornburg, 2008). Mekanisme pasti bagaimana kecemasan dan stres prenatal pada manusia dapat memodulasi program perkembangan masih belum jelas, namun kemungkinan besar mencakup aktivasi sistem stres ibu, yaitu sumbu hipotalamo hipofisis adrenal (HPA) dan sistem saraf otonom (Braeken, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Almeida, C. S. de, Miccoli, L. S., Andhini, N. F., Aranha, S., Oliveira, L. C. de, Artigo, C. E., Em, A. A. R., Em, A. A. R., Bachman, L., Chick, K., Curtis, D., Peirce, B. N., Askey, D., Rubin, J., Egnatoff, D. W. J., Uhl Chamot, A., El-Dinary, P. B., Scott, J.; Marshall, G., Prensky, M., ... Santa, U. F. De. (2016). Mayes' Midwifery. In S. Macdonald & J. Magill-Cuerden (Eds.), *Elsevier* (14th ed., Vol. 5, Issue 1). Elsevier. <https://revistas.ufrj.br/index.php/rce/article/download/1659/1508%0Ahttp://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/qre/article/view/1348%5Cnhttp://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09500799708666915%5Cnhttps://mckinseysociety.com/downloads/reports/Educa>
- Braeken, M. A. K. A. (2014). *Psychological Functioning and During Pregnancy*.
- Clower, C. E. (2003). *Pregnancy Loss: Disenfranchised grief and other psychological reactions*.
- Fox, D., Scarf, V., Turkmani, S., Rossiter, C., Coddington, R., Sheehy, A., Catling, C., Cummins, A., & Baird, K. (2023). Midwifery continuity of care for women with complex pregnancies in Australia: An integrative review. *Women and Birth*, 36(2), e187–e194. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.001>
- Gross, H., & Pattison, H. (2007). Sanctioning pregnancy: A psychological perspective on the paradoxes and culture of research. In *Routledge Taylor & Francis Group*. Routledge Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203961117>
- Lerner, R. M., Easterbrooks, M. A., Mistry, J., & Weiner, I. B. (2014). Handbook of Psychology. In *John Wiley & Sons Inc*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.4324/9781315805610-21>
- Rankin, J. (2002). *Effects of Antenatal Exercise on Psychological Well-being, Pregnancy and Birth Outcome*. Whurr Publishers.
- Venne-Delahaie, D. H. van de. (2014). *Clinical psychological and economic aspects of pregnancy care in women with a history of preeclampsia or HELLP syndrome*. <https://doi.org/10.26481/dis.20141127dv>

BAB 2

PSIKOLOGI PERSALINAN

Oleh Ni Ketut Ayu Sugiartini

2.1 Pendahuluan

Persalinan adalah salah satu momen paling penting dan mendalam dalam kehidupan seorang perempuan. Selain memerlukan kesiapan fisik, proses persalinan juga melibatkan aspek psikologis yang signifikan. Kondisi mental dan emosional seorang ibu selama masa persalinan dapat mempengaruhi jalannya persalinan dan hasil akhir bagi ibu dan bayi. Emosi seperti kecemasan, ketakutan, dan rasa sakit sering kali muncul, dan bagaimana seorang ibu menghadapi emosi-emosi ini dapat berdampak pada pengalaman persalinan secara keseluruhan.

Aspek psikologis dalam persalinan mencakup berbagai dimensi, termasuk kesiapan mental, dukungan sosial, hubungan antara ibu dan tenaga medis, serta peran keluarga. Selain itu, pemahaman ibu tentang proses persalinan dan ekspektasi terhadap pengalaman melahirkan juga berperan dalam menentukan seberapa positif atau negatif pengalaman tersebut. Ketakutan yang berlebihan terhadap rasa sakit atau komplikasi medis, misalnya, dapat meningkatkan risiko stres yang berlebihan dan memperlambat proses persalinan.

Sikap positif, rasa percaya diri, serta dukungan emosional yang baik dapat membantu seorang ibu menghadapi persalinan dengan lebih tenang dan optimis. Dalam hal ini, penting untuk memahami bahwa persalinan bukan hanya sebuah proses fisik, tetapi juga perjalanan emosional yang memerlukan perhatian khusus terhadap kondisi psikologis ibu agar dapat berjalan dengan lebih lancar dan mengurangi risiko komplikasi psikis pascapersalinan, seperti depresi postpartum (Kurnia Widya Wati, Supiyati and Jannah, 2018).

2.2 Psikologi Persalinan

2.2.1 Pengertian Psikologi Persalinan

Psikologi persalinan adalah cabang ilmu psikologi yang mempelajari aspek psikologis yang berkaitan dengan proses melahirkan. Proses ini bukan hanya sekedar fenomena fisik, tetapi juga memiliki dampak emosional yang signifikan bagi ibu. Persiapan mental dan emosional yang baik sangat penting untuk membantu wanita menghadapi tantangan fisik dan emosional selama persalinan (Dewi, 2018).

2.2.2 Faktor Psikologis yang Mempengaruhi Persalinan

Beberapa faktor psikologis yang dapat mempengaruhi proses persalinan antara lain:

1. Kecemasan dan Ketakutan

Kecemasan terhadap rasa sakit, komplikasi, atau pengalaman sebelumnya dapat memengaruhi cara tubuh merespon proses persalinan. Kecemasan berlebihan bisa menyebabkan ketegangan otot, memperlambat proses, dan meningkatkan rasa sakit.

2. Dukungan Sosial

Kehadiran pasangan, keluarga, atau doula (pendamping persalinan) dapat mengurangi kecemasan dan memberikan rasa nyaman. Dukungan emosional dari orang-orang terdekat dapat meningkatkan kepercayaan diri ibu selama proses persalinan.

3. Harapan dan Persepsi Pribadi

Harapan ibu terhadap proses persalinan dan bagaimana ia mempersiapkan diri mental dapat berpengaruh besar terhadap pengalaman emosionalnya. Ibu yang memiliki harapan realistis dan informasi yang cukup biasanya lebih siap menghadapi tantangan persalinan.

4. Trauma dan Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman persalinan sebelumnya, baik positif maupun negatif, dapat membentuk bagaimana ibu memandang proses persalinan selanjutnya. Trauma dari persalinan sebelumnya dapat menimbulkan ketakutan yang memperburuk kondisi emosional saat persalinan berikutnya (Elvina, ZA and Rosdiana,

2018).

2.2.3 Persiapan Psikologis untuk Persalinan

Persiapan psikologis bisa sangat membantu ibu menghadapi persalinan dengan lebih tenang dan percaya diri. Beberapa langkah yang dapat dilakukan:

1. Pendidikan Prenatal

Mengikuti kelas persiapan persalinan atau mendapatkan informasi yang memadai tentang proses melahirkan dapat mengurangi ketidakpastian dan kecemasan.

2. Teknik Relaksasi dan Pernapasan

Menerapkan teknik relaksasi seperti meditasi, napas dalam, atau yoga dapat membantu ibu mengelola rasa sakit dan kecemasan selama persalinan.

3. Komunikasi dengan Pasangan dan Tim Medis

Mengomunikasikan perasaan, harapan, dan ketakutan kepada pasangan atau tim medis dapat membuat ibu merasa lebih aman dan didukung selama persalinan (Novitasari and Maryatun, 2023).

2.2.4 Peran Tenaga Profesional dalam Psikologi Persalinan

Peran bidan dalam psikologi persalinan sangat penting karena mereka tidak hanya bertanggung jawab atas aspek fisik dari proses kelahiran, tetapi juga aspek emosional dan psikologis ibu. Beberapa peran bidan dalam psikologi persalinan meliputi:

1. Memberikan Dukungan Emosional

Bidan adalah pendamping utama ibu selama proses persalinan, dan mereka memberikan dukungan emosional yang sangat diperlukan. Kehadiran bidan dapat membantu mengurangi kecemasan, rasa takut, dan stres yang dialami ibu. Bidan juga bisa memberikan rasa tenang dengan memastikan bahwa ibu merasa aman dan didukung.

2. Meningkatkan Rasa Percaya Diri Ibu

Bidan mendorong ibu untuk percaya pada kemampuan tubuh mereka sendiri selama persalinan. Mereka memberikan informasi yang jelas dan memastikan ibu merasa siap secara mental untuk menghadapi proses persalinan. Hal ini penting

untuk memperkuat rasa kontrol dan kepercayaan diri ibu selama melahirkan.

3. Menjaga Ketenangan dan Mengelola Stres

Persalinan bisa menjadi pengalaman yang penuh tekanan, dan bidan berperan dalam membantu ibu tetap tenang. Teknik pernapasan, relaksasi, dan dukungan terus-menerus yang diberikan bidan dapat membantu ibu mengelola stres dengan lebih baik.

4. Mendeteksi Tanda-tanda Distres Psikologis

Bidan juga dilatih untuk mengenali tanda-tanda distres psikologis, seperti ketakutan berlebih, depresi, atau kecemasan pasca persalinan. Mereka bisa memberikan saran atau merujuk ibu kepada profesional lain, seperti psikolog, jika diperlukan.

5. Memfasilitasi Komunikasi yang Baik

Bidan memfasilitasi komunikasi yang terbuka antara ibu, pasangan, dan tim medis. Mereka membantu memastikan bahwa kebutuhan emosional dan psikologis ibu didengar dan dipenuhi.

6. Pendidikan dan Persiapan Mental

Bidan sering memberikan edukasi kepada ibu tentang proses persalinan, sehingga ibu dapat merasa lebih siap secara mental dan psikologis. Dengan memberikan pengetahuan yang tepat, bidan membantu mengurangi ketakutan yang mungkin timbul dari ketidaktahuan atau mitos-mitos seputar persalinan.

Studi tentang pengaruh hipnoterapi dalam mengurangi kecemasan setelah melahirkan anak pertama menunjukkan bahwa penerapan hipnosis secara terus-menerus secara signifikan mengurangi tingkat kecemasan. Pengurangan kecemasan ditunjukkan setelah hipnoterapi dan pasca-tes; namun, tampaknya tidak signifikan setelah pasca-tes dan tindak lanjut karena penghentian pengobatan. Petugas kesehatan dapat diberdayakan untuk memberikan perawatan hipnosis relaksasi dasar untuk mengurangi kecemasan pada wanita hamil pertama yang mendekati persalinan (Dewi, 2018).

Studi yang meneliti dampak yoga prenatal terhadap kesiapan psikologis ibu hamil untuk melahirkan di Klinik Bidan Suryani

menemukan korelasi kuat antara yoga prenatal dan kesiapan psikologis ($p = 0,023$). Diharapkan ibu hamil akan melakukan yoga kehamilan secara teratur, karena yoga ini menawarkan banyak manfaat bagi kesiapan fisik dan psikologis mereka untuk melahirkan (Hikmah *et al.*, 2023).

2.2.5 Peran Keluarga dalam Psikologi Persalinan

Peran keluarga dalam psikologi persalinan sangat penting dan berdampak besar pada kesejahteraan ibu, bayi, dan keseluruhan proses persalinan. Keluarga, terutama pasangan dan orang terdekat, memberikan dukungan emosional, fisik, dan psikologis yang membantu ibu menjalani persalinan dengan lebih baik. Berikut beberapa peran keluarga dalam konteks psikologi persalinan:

1. Dukungan Emosional

Ibu yang akan melahirkan sering kali mengalami kecemasan, ketakutan, dan perasaan tidak pasti. Kehadiran keluarga, terutama pasangan, dapat memberikan ketenangan, rasa aman, dan dukungan emosional yang penting. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan emosional yang kuat dapat meredakan stres dan meningkatkan kepercayaan diri ibu selama persalinan.

2. Dukungan Fisik

Selama persalinan, keluarga dapat membantu ibu dengan memberikan kenyamanan fisik, seperti membantu ibu mengubah posisi, memberi pijatan, atau sekadar memegang tangannya. Dukungan ini dapat meringankan rasa sakit dan ketidaknyamanan yang dialami ibu saat melahirkan.

3. Dukungan Informasional

Keluarga dapat berperan sebagai penyedia informasi dan membantu ibu mengambil keputusan terkait dengan proses persalinan. Misalnya, keluarga yang sudah mempelajari proses persalinan sebelumnya bisa membantu menjelaskan langkah-langkah atau keputusan medis yang perlu diambil, sehingga ibu merasa lebih siap dan terinformasi.

4. Membangun Keterikatan (*Bonding*)

Keluarga juga berperan penting dalam membantu

membangun keterikatan awal antara ibu, bayi, dan anggota keluarga lainnya, terutama setelah persalinan. Proses ini penting untuk kesehatan psikologis ibu dan perkembangan bayi.

5. Mendukung Pemulihan Pasca Persalinan

Setelah persalinan, keluarga berperan penting dalam mendukung ibu dalam pemulihan fisik dan emosional. Mereka bisa membantu mengurus bayi, memberi dukungan untuk menyusui, serta menjaga kesejahteraan ibu secara keseluruhan.

6. Mengurangi Risiko Depresi Pasca Melahirkan

Keterlibatan keluarga dapat membantu mencegah atau mengurangi risiko ****postpartum depression**** (depresi pasca melahirkan). Dukungan yang penuh cinta dan perhatian dari keluarga bisa membuat ibu merasa lebih terhubung, dihargai, dan didukung, yang sangat penting untuk kesehatan mentalnya.

7. Memberikan Rasa Kontrol

Keluarga dapat membantu ibu merasa lebih berdaya dengan memberikan rasa kontrol terhadap situasi. Misalnya, pasangan bisa berperan aktif dalam proses persalinan, mendukung keputusan medis, dan memastikan bahwa ibu merasa didengar dan dipahami selama proses berlangsung.

Peran keluarga yang positif dan penuh dukungan tidak hanya mempengaruhi pengalaman persalinan secara langsung tetapi juga membantu membangun fondasi yang baik untuk hubungan keluarga ke depan.

Sejumlah penelitian yang mengkaji pengaruh dukungan keluarga terhadap psikologi kehamilan, persalinan, dan masa nifas, termasuk penelitian tentang korelasi antara dukungan keluarga dengan adaptasi psikologis ibu hamil, menunjukkan adanya keterkaitan antara dukungan keluarga dengan perubahan psikologis ibu hamil di Puskesmas Piyungan Bantul Yogyakarta (Dwi Febriati and Zakiyah, 2022).

Sebuah penelitian yang meneliti hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan ibu hamil yang akan melahirkan di Puskesmas Budilatama, Kecamatan Gadung, Kabupaten Buol, Provinsi Sulawesi Tengah, menemukan adanya

hubungan yang signifikan. Harapannya, ibu hamil dapat mengelola kehamilannya dengan baik dan keluarga dapat meluangkan waktu untuk mendampingi baik di rumah maupun saat pemeriksaan kesehatan (Arifin, 2015).

2.2.6 Peran Suami dalam Psikologi Persalinan

Dalam psikologi persalinan, peran suami sangat penting dan dapat memberikan dampak positif baik bagi istri maupun proses persalinan itu sendiri. Berikut adalah beberapa peran suami yang penting dalam psikologi persalinan:

1. Dukungan Emosional : Suami dapat memberikan dukungan emosional kepada istri selama masa persalinan. Kehadiran suami bisa membantu mengurangi kecemasan, stres, dan rasa takut yang mungkin dirasakan oleh istri. Dukungan ini bisa berupa kata-kata penyemangat, sentuhan yang menenangkan, atau sekadar berada di samping istri.
2. Penyemangat Selama Proses Persalinan : Persalinan adalah proses yang berat dan melelahkan. Kehadiran suami sebagai penyemangat dapat memberikan kekuatan tambahan bagi istri untuk tetap kuat menghadapi kontraksi dan proses melahirkan.
3. Pendamping Fisik : Dalam beberapa metode persalinan, suami bisa ikut terlibat secara fisik, misalnya dengan membantu istri mengatur pernapasan atau memberikan pijatan ringan untuk meredakan rasa sakit. Kehadiran suami juga bisa menjadi sumber kenyamanan dan keamanan bagi istri.
4. Mengelola Komunikasi dengan Tenaga Medis : Dalam kondisi tertentu, istri mungkin tidak mampu berkomunikasi dengan jelas karena rasa sakit atau kelelahan. Di sini, suami dapat membantu sebagai penghubung antara istri dan tim medis, memastikan keinginan dan kebutuhan istri tersampaikan dengan baik.
5. Membangun Keterikatan dengan Bayi : Kehadiran suami saat bayi lahir juga membangun ikatan yang kuat antara ayah dan anak. Ini penting untuk perkembangan emosional bayi dan mempererat hubungan keluarga secara

keseluruhan.

6. Mengurangi Risiko Depresi Pasca Persalinan : Dukungan suami sebelum, selama, dan setelah proses persalinan telah terbukti membantu mengurangi risiko istri mengalami depresi pasca persalinan. Kehadiran suami yang suportif dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis istri.
7. Membantu Proses Pemulihan : Setelah persalinan, peran suami dalam membantu mengurus bayi dan memberikan dukungan bagi istri dalam pemulihan fisik dan emosional sangat penting. Suami dapat berbagi tanggung jawab dalam perawatan bayi sehingga istri memiliki waktu untuk beristirahat dan pulih.

Penelitian mengenai peran suami dalam psikologi persalinan meliputi penelitian tentang dampak dukungan suami terhadap istri yang mengalami kecemasan pada trimester ketiga kehamilan di Kabupaten Gianyar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan suami berpengaruh signifikan terhadap tingkat kecemasan istri pada trimester ini, hal ini menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak tinggal serumah dengan suami memiliki tingkat kecemasan yang tinggi-sedang, sedangkan ibu hamil yang tinggal serumah dengan suami memiliki tingkat kecemasan yang tinggi-sedang (Diani and Susilawati, 2013).

Sebuah penelitian yang meneliti dampak peran suami terhadap tingkat kecemasan ibu hamil selama persalinan di Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru menemukan korelasi yang signifikan antara keterlibatan suami dan kecemasan yang dialami ibu hamil dalam konteks ini. Diharapkan ibu hamil pada trimester ketiga akan lebih fokus pada kesejahteraan fisik dan psikologisnya serta mendorong suami untuk secara konsisten memberikan dukungan dalam mempertahankan kehamilan dan mempersiapkan persalinan (Isnaniar, Norlita and Gusrita, 2020).

2.2.7 Perubahan Psikologis pada Ibu Bersalin

Perubahan psikologis pada ibu bersalin merupakan bagian dari pengalaman melahirkan yang sering kali mempengaruhi kondisi emosional, mental, dan kesejahteraan ibu. Berikut adalah

beberapa perubahan psikologis yang dapat terjadi pada ibu bersalin:

1. Perasaan Cemas dan Stres

Kecemasan sebelum persalinan: Banyak ibu merasa cemas menjelang persalinan, terutama mengenai proses kelahiran, rasa sakit, kesehatan bayi, dan kemampuan mereka dalam menghadapi persalinan.

Kekhawatiran setelah melahirkan: Setelah melahirkan, ibu sering kali cemas tentang kemampuan mereka merawat bayi, menyusui, dan menghadapi tanggung jawab baru sebagai orang tua.

2. Perubahan Mood

Baby blues: Kondisi ini terjadi pada banyak ibu dalam beberapa hari pertama setelah melahirkan. Ibu bisa merasa sedih, mudah tersinggung, dan menangis tanpa alasan yang jelas. Ini biasanya berlangsung singkat, sekitar 1-2 minggu.

Depresi pascapersalinan: Depresi ini lebih serius daripada baby blues dan dapat berlangsung lebih lama. Gejalanya termasuk perasaan putus asa, kehilangan minat dalam aktivitas sehari-hari, merasa tidak layak sebagai ibu, hingga munculnya pikiran untuk menyakiti diri sendiri atau bayinya.

3. Perubahan dalam Citra Diri

Penyesuaian dengan peran sebagai ibu: Banyak ibu mengalami perubahan identitas, di mana mereka harus menyesuaikan diri dengan peran baru sebagai ibu. Hal ini bisa memicu perasaan kehilangan atau kebingungan terhadap diri mereka sebelum menjadi ibu.

Citra tubuh: Setelah melahirkan, ibu mungkin merasa tidak puas dengan perubahan fisik pada tubuh mereka, yang dapat mempengaruhi rasa percaya diri dan kesejahteraan mental mereka.

4. Perasaan Bahagia dan Terhubung

Ikatan emosional dengan bayi: Banyak ibu merasa perasaan bahagia yang mendalam setelah melahirkan, terutama ketika mereka mulai membangun ikatan dengan bayi mereka. Hal ini dapat membawa kebahagiaan dan perasaan pencapaian besar.

Perasaan penuh kasih dan tanggung jawab: Meskipun ada kecemasan, ibu sering kali merasakan cinta dan tanggung jawab

yang besar terhadap bayinya, yang dapat memperkuat ikatan antara ibu dan anak.

5. Perasaan Kesepian atau Keterasingan

Kurangnya dukungan sosial: Ibu yang tidak memiliki dukungan dari keluarga, pasangan, atau teman mungkin merasa kesepian atau terasing. Perubahan kehidupan sosial akibat tanggung jawab merawat bayi juga bisa menyebabkan perasaan ini.

6. Kelelahan Mental

Kurang tidur dan kelelahan: Proses persalinan yang melelahkan secara fisik dan tanggung jawab baru sebagai ibu dapat menyebabkan kelelahan fisik dan mental. Kelelahan ini dapat mempengaruhi suasana hati dan kesejahteraan mental ibu (Maharani, Widyastuti and Qomariyah, 2022).

2.2.8 Terapi Komplementer dalam Psikologi Persalinan

Terapis komplementer dalam psikologi persalinan merujuk pada pendekatan non-konvensional yang digunakan bersama dengan perawatan medis standar untuk mendukung kesejahteraan emosional, fisik, dan mental ibu selama kehamilan, persalinan, dan pasca-persalinan. Dalam konteks ini, terapi komplementer bertujuan membantu ibu hamil mengelola stres, kecemasan, dan rasa sakit, serta mempersiapkan kondisi mental yang lebih positif menghadapi proses kelahiran.

Berikut beberapa contoh terapi komplementer yang sering digunakan dalam psikologi persalinan:

1. Hipnoterapi Persalinan (*Hypnobirthing*)

Teknik relaksasi dan visualisasi yang membantu ibu hamil menghadapi persalinan dengan lebih tenang. Ini bertujuan mengurangi rasa takut, kecemasan, dan rasa sakit saat melahirkan.

2. Akupunktur

Teknik pengobatan tradisional Tiongkok ini digunakan untuk membantu mengelola rasa sakit selama persalinan, meredakan ketegangan, serta mendukung kelancaran proses persalinan.

3. Aromaterapi

Penggunaan minyak esensial yang dipercaya membantu mengurangi stres dan kecemasan, serta menciptakan

- lingkungan yang lebih nyaman selama proses persalinan.
4. Yoga dan Meditasi
Latihan fisik yang fokus pada pernapasan dan relaksasi ini membantu ibu hamil menjaga keseimbangan mental dan fisik, mempersiapkan tubuh untuk proses persalinan, serta mengurangi kecemasan.
 5. Pijat Prenatal
Pijatan ini difokuskan pada kehamilan untuk membantu ibu merasa lebih rileks, mengurangi nyeri punggung, dan meredakan ketegangan otot. Ini juga membantu meningkatkan suasana hati secara keseluruhan.
 6. Refleksologi
Teknik ini melibatkan pijatan pada titik-titik tertentu di kaki yang diyakini terkait dengan organ-organ tubuh lainnya. Terapi ini dipercaya membantu mengurangi ketegangan dan memperlancar proses persalinan.
 7. Terapi Musik
Musik dapat digunakan untuk menciptakan suasana yang menenangkan dan positif selama proses persalinan, membantu ibu untuk tetap fokus dan rileks (Elvina and Suryantara, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, A. (2015) 'Ibu Hamil Menghadapi Proses Persalinan Di', *eJournal Keperawatan*, 3(Volume 3 Nomor 2), pp. 2, 3.
- Dewi, N. N. A. I. (2018) 'Peranan Hipnoterapi Untuk Mengatasi Kecemasan Menghadapi Persalinan Anak Pertama Ni Nyoman Ari Indra Dewi', *Peranan Hipnoterapi Untuk Mengatasi Kecemasan Mwnghadapi Persalinan Anak Pertama Ni Nyoman Ari Indra Dewi*, 2(2), pp. 15–21. Available at: <https://doi.org/10.36002/jpm.v2i2.917>.
- Diani, L. P. P. and Susilawati, L. K. P. A. (2013) 'Pengaruh Dukungan Suami terhadap Istri yang Mengalami Kecemasan pada Kehamilan Trimester Ketiga di Kabupaten Gianyar', *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(1), pp. 1–11. doi: 10.24843/jpu.2013.v01.i01.p01.
- Dwi Febriati, L. and Zakiyah, Z. (2022) 'Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Adaptasi Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil', *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 13(1), pp. 23–31. doi: 10.36419/jki.v13i1.561.
- Elvina, A. and Suryantara, B. (2022) 'Efektivitas aplikasi berbasis android â€œBusui Cerdasâ€ untuk meningkatkan pengetahuan ibu menyusui tentang pemberian asi eksklusif', *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah*, 18(1), pp. 85–95. doi: 10.31101/jkk.1630.
- Elvina, L., ZA, R. N. and Rosdiana, E. (2018) 'Faktor Yang Berhubungan dengan Kesiapan Psikologis Ibu Hamil Trimester III dalam Menghadapi Persalinan', *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 4(2), p. 176. doi: 10.33143/jhtm.v4i2.207.
- Hikmah, R. *et al.* (2023) 'Pengaruh Yoga Prenatal dengan Kesiapan Psikologis Ibu Hamil untuk Persiapan Persalinan', *Health Research Journal of Indonesia (HRJI)*, 1(3), pp. 96–102.
- Isnaniar, I., Norlita, W. and Gusrita, S. (2020) 'Pengaruh Peran Suami Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Dalam Menghadapi Proses Persalinan Di Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru', *Photon: Jurnal Sain dan Kesehatan*, 11(1), pp. 32–44. doi:

10.37859/jp.v11i1.2144.

- Kurnia Widya Wati, N. W., Supiyati, S. and Jannah, K. (2018) 'Pengaruh Senam Yoga terhadap Kesiapan Fisik dan Psikologis dalam Menghadapi Persalinan di BPM Lasmitasari, S.ST', *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 14(1), p. 39. doi: 10.24853/jkk.14.1.39-47.
- Maharani, K., Widyastuti, T. and Qomariyah, Q. (2022) 'Pengaruh Dukungan Suami Terkait Pijat Endorphen Terhadap Produksi ASI Pada Ibu Nifas', *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 7(2), pp. 14–18. doi: 10.48092/jik.v7i2.130.
- Novitasari, E. and Maryatun, M. (2023) 'Penerapan Pijat Oksitosin Oleh Suami Terhadap Kelancaran Produksi ASI Pada Ibu Post Partum Di Puskesmas Kebakkramat 1 Kabupaten Karanganyar', *Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(4), pp. 11–25. Available at: <https://doi.org/10.55606/detector.v1i4.2487>.

BAB 3

PSIKOLOGI MASA NIFAS

Oleh Revi Gama Hatta Novika

3.1 Latar Belakang

Menjadi seorang ibu adalah perjalanan transformatif yang membawa kebahagiaan, tantangan, dan perubahan mendalam dalam kehidupan seorang wanita. Di tengah momen bahagia dan awal yang baru, penting untuk mengakui aspek-aspek keibuan yang jarang dibicarakan, terutama yang terkait dengan kesehatan mental. Tinjauan ini menggali dimensi penting dari keibuan, yaitu gangguan suasana hati pascapersalinan, dan menyoroti pentingnya isu ini serta kebutuhan mendesak untuk menangani kesehatan mental selama fase krusial dalam kehidupan seorang wanita (Modak *et al.*, 2023).

Transisi menjadi ibu ditandai oleh fluktuasi hormon, kurang tidur, dan penyesuaian terhadap peran baru, yang dapat mempengaruhi kesejahteraan mental seorang wanita. Gangguan suasana hati pascapersalinan, termasuk depresi pascapersalinan, gangguan kecemasan, dan bahkan kasus langka tetapi parah seperti psikosis pascapersalinan, dapat mengaburkan masa yang seharusnya menjadi waktu bahagia. Pentingnya topik ini terletak pada potensi konsekuensi jangka panjang dari gangguan suasana hati pascapersalinan yang tidak diobati, yang tidak hanya mempengaruhi ibu tetapi juga unit keluarganya (Modak *et al.*, 2023).

Kesehatan mental ibu bukan hanya perhatian individu tetapi memiliki dampak luas pada perkembangan emosional, kognitif, dan sosial anak. Penelitian telah menunjukkan interaksi antara kesejahteraan mental ibu dan kemampuannya untuk memberikan pengasuhan yang responsif. Gangguan suasana hati pascapersalinan yang tidak ditangani dapat mengganggu pembentukan ikatan yang aman antara ibu dan anak serta menghambat regulasi emosional dan kesehatan mental anak secara keseluruhan. Selain itu, efek

kesehatan mental ibu bergema melalui keluarga, mempengaruhi hubungan pasangan, dinamika saudara kandung, dan lingkungan keluarga secara keseluruhan (Modak *et al.*, 2023; Saharoy *et al.*, 2023).

Tujuan tinjauan ini untuk dua hal: pertama, memperdalam pemahaman tentang gangguan suasana hati pascapersalinan dengan mengeksplorasi berbagai bentuk, penyebab, dan prevalensinya; kedua, menekankan pentingnya intervensi dan dukungan tepat waktu bagi ibu yang mengalami gangguan ini. Dengan menggali kompleksitas gangguan ini, penelitian ini bertujuan untuk memberikan wawasan kepada praktisi kesehatan, profesional kesehatan mental, keluarga, dan masyarakat tentang strategi praktis untuk pencegahan, deteksi dini, dan manajemen. Selain itu, mengeksplorasi peran faktor budaya dan sosial dalam membentuk persepsi tentang kesehatan mental ibu dan membantu menjembatani kesenjangan antara kesadaran dan penghapusan stigma.

3.2 Memahami Gangguan Suasana Hati Pascapersalinan

1. Definisi dan Klasifikasi Gangguan Suasana Hati Pascapersalinan

Spektrum gangguan suasana hati pascapersalinan mencakup berbagai tantangan emosional dan psikologis yang dapat mempengaruhi ibu setelah melahirkan. Gangguan ini tidak hanya beragam dalam manifestasinya, tetapi juga berbeda dalam tingkat keparahan dan durasinya. Menurut Carlson *et al.*, 2024 Klasifikasi gambaran tentang sifat beragam dari gangguan sebagai berikut:

a. Depresi Pascapersalinan

Ditandai dengan kesedihan yang terus-menerus, keputusan, dan hilangnya minat atau kesenangan dalam aktivitas yang sebelumnya dinikmati. Biasanya muncul dalam beberapa minggu pertama setelah melahirkan, tetapi dapat muncul hingga satu tahun kemudian. Gejala fisik seperti perubahan nafsu makan dan pola tidur mungkin menyertai tekanan emosional.

b. Gangguan kecemasan pascapersalinan

Gangguan ini mencakup berbagai kondisi terkait kecemasan, termasuk gangguan kecemasan umum, gangguan panik, dan gangguan obsesif-kompulsif. Ibu baru dengan kecemasan pascapersalinan mungkin mengalami kekhawatiran berlebihan, kegelisahan, dan pikiran mengganggu tentang keselamatan bayinya.

c. Psikosis pascapersalinan

Meskipun relatif jarang, psikosis pascapersalinan adalah gangguan parah yang ditandai dengan halusinasi, delusi, dan pemikiran yang tidak teratur. Biasanya muncul dalam beberapa minggu pertama setelah melahirkan dan memerlukan intervensi medis segera.

d. *Baby blues* (gangguan yang lebih parah)

Membedakan antara "*baby blues*" dan gangguan suasana hati pascapersalinan yang lebih parah sangat penting. *Baby blues* adalah fluktuasi suasana hati yang umum dan bersifat sementara yang mempengaruhi hingga 80% ibu baru dan umumnya mereda dengan sendirinya dalam beberapa minggu. Sebaliknya, gangguan suasana hati pascapersalinan melibatkan gejala yang persisten dan sering memburuk yang memerlukan perhatian profesional.

2. Prevalensi dan Statistik

Gangguan suasana hati pascapersalinan lebih umum daripada yang sering diperkirakan. Depresi Pascapersalinan mempengaruhi sekitar 10-20% ibu baru di seluruh dunia. Gangguan kecemasan pascapersalinan dan psikosis lebih jarang, tetapi tetap membutuhkan perhatian karena potensi keparahannya. Prevalensi bervariasi di antara budaya, menunjukkan interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural (Van Niel, M. S., & Payne, J. L., 2020).

3. Faktor Risiko dan Faktor Penyebab

a. Perubahan hormonal

Perjalanan kehamilan dan persalinan disertai oleh perubahan hormonal yang dramatis. Penurunan drastis kadar estrogen dan progesteron setelah melahirkan sangat signifikan. Perubahan hormonal ini dapat mempengaruhi mekanisme regulasi suasana hati dalam otak. Interaksi yang rumit antara fluktuasi hormonal ini dan aktivitas neurotransmitter dapat membuat individu rentan terhadap gangguan suasana hati selama periode pascapersalinan. Kekerasan perubahan hormonal ini lebih menekankan potensi pengaruhnya pada regulasi suasana hati.(Sari, 2023)

b. Faktor psikologis

Riwayat kesehatan mental pribadi memainkan peran penting dalam mengembangkan gangguan suasana hati pascapersalinan. Individu dengan riwayat depresi atau kecemasan sebelumnya mungkin menunjukkan kerentanan yang meningkat selama fase ini. Tantangan fisiologis dan psikologis kehamilan dan persalinan dapat bertindak sebagai pemicu, memperburuk kecenderungan yang sudah ada. Selain itu, masalah emosional yang belum terselesaikan, yang diperparah oleh stres dan ketidakpastian menjadi ibu baru, dapat memicu timbulnya gangguan suasana hati. Harapan yang tidak realistis tentang pengalaman menjadi ibu, yang sering dibentuk oleh norma sosial dan persepsi pribadi, dapat menambah beban psikologis lainnya (Garapati *et al.*, 2023).

c. Dukungan sosial dan lingkungan

Jaringan dukungan dan lingkungan di mana seorang ibu baru berada merupakan penentu yang berpengaruh terhadap kesejahteraan mentalnya. Dukungan sosial yang memadai dapat bertindak sebagai penahan pelindung terhadap pengembangan gangguan suasana hati pascapersalinan. Sebaliknya, kurangnya dukungan atau hubungan yang tegang dapat memperbesar

tantangan ibu baru, membuatnya lebih rentan terhadap tekanan emosional. Isolasi, baik fisik maupun emosional, dapat memperparah risiko, karena membatasi ketersediaan sumber daya untuk mencari kenyamanan, pemahaman, dan bimbingan. Ketiadaan jaringan dukungan yang kuat dapat memperbesar perasaan tidak mampu dan kewalahan yang sering menyertai transisi menjadi ibu (Garapati *et al.*, 2023).

4. Dampak pada Ibu dan Keluarga

a. Dampak pada Kesejahteraan Ibu

Tekanan emosional dan fluktuasi suasana hati : Ibu yang berjuang dengan gangguan suasana hati pascapersalinan sering menemukan diri mereka terjebak dalam pusaran emosi yang kacau. Emosi ini dapat berkisar dari kesedihan yang luar biasa yang menyelimuti hari-hari mereka hingga meningkatnya iritabilitas dan kegelisahan. Fluktuasi suasana hati yang tidak terduga ini dapat disamakan dengan *rollercoaster* emosional, membuat tugas-tugas sederhana menjadi tantangan dan menghilangkan kemampuan untuk menikmati momen-momen biasa dalam hidup. Beban emosi ini dapat melumpuhkan, membuat sulit untuk terlibat dalam aktivitas sehari-hari, berinteraksi dengan orang yang dicintai, dan menemukan kebahagiaan dalam hal-hal yang sebelumnya membawa kebahagiaan (Saharoy *et al.*, 2023).

b. Dampak pada harga diri dan citra diri

Gangguan suasana hati pascapersalinan dapat sangat mengubah rasa diri seorang ibu. Dialog internal menjadi kabur oleh persepsi negatif tentang diri, yang mengarah pada perasaan tidak mampu dan keraguan diri. Ibu mungkin menginternalisasi perjuangan mereka sebagai kegagalan pribadi, melihat diri mereka tidak mampu memenuhi tuntutan menjadi ibu. Citra diri yang negatif ini dapat memperbesar tantangan emosional, membentuk siklus yang memperkuat diri sendiri yang

memperpanjang tekanan emosional (Saharoy *et al.*, 2023).

c. Hubungan dengan bayi dan pasangan

Salah satu konsekuensi paling menyedihkan dari gangguan suasana hati pascapersalinan adalah dampaknya pada hubungan ibu dengan bayinya dan pasangannya. Tekanan emosional dapat menghambat kemampuan ibu untuk membentuk ikatan yang kuat dan mengasuh bayinya, mengganggu kemampuannya untuk memberikan perawatan yang responsif yang penting untuk perkembangan sehat bayi. Hal ini dapat menyebabkan perasaan bersalah dan ketidakmampuan, yang lebih memperburuk kekacauan emosionalnya. Secara bersamaan, keadaan emosional yang tegang dapat bergema dalam kemitraan ibu, menyebabkan gangguan komunikasi dan jarak emosional. Pasangan mungkin kesulitan memahami perubahan yang mereka amati, yang mengarah pada perasaan tidak berdaya dalam memberikan dukungan (Saharoy *et al.*, 2023).

5. Mengidentifikasi dan Mendiagnosis Gangguan Suasana Hati Pascapersalinan

a. Mengenali Gejala

Identifikasi yang akurat dari gangguan suasana hati pascapersalinan sangat penting karena menjadi dasar untuk intervensi yang tepat waktu dan efektif. Dengan mengenali berbagai gejala yang mencakup gangguan ini, para tenaga kesehatan dapat memfasilitasi diagnosis dini dan dengan demikian mencegah potensi eskalasi kondisi tersebut.

1) Gejala emosional

Dampak emosional dari gangguan suasana hati pascapersalinan dapat sangat mendalam dan luas. Ibu yang bergelut dengan gangguan ini mungkin merasa tenggelam dalam kesedihan yang terus-menerus, kekosongan, atau keputusan yang melebihi apa yang umumnya diharapkan

selama periode pascapersalinan. Tangisan yang tidak dapat dijelaskan dan tidak terkendali serta iritabilitas yang intens adalah indikasi lebih lanjut dari tekanan emosional. Manifestasi yang sangat mengkhawatirkan adalah mati rasa emosional, di mana ibu mungkin menggambarkan perasaan terputus dari diri mereka sendiri, lingkungan mereka, atau bahkan bayi mereka yang baru lahir (Modak, A. *et al.*, 2023).

2) Gejala Kognitif

Gangguan suasana hati pascapersalinan sering memengaruhi fungsi kognitif. Ibu mungkin mengalami kesulitan yang signifikan dalam berkonsentrasi pada tugas, membuat keputusan, atau bahkan berpikir jernih. Kabut kognitif ini dapat memperburuk perasaan frustrasi dan ketidakmampuan. Tanda yang mencolok adalah munculnya pikiran intrusif - gagasan atau gambar mental yang mengganggu dan tidak diinginkan yang mungkin menakutkan atau mengerikan. Pikiran-pikiran ini mungkin berputar di sekitar tema merugikan bayi atau diri sendiri meskipun tidak ada niat atau keinginan untuk melakukan tindakan tersebut (Modak, A. *et al.*, 2023).

3) Gejala Fisik

Dampak fisik dari gangguan suasana hati pascapersalinan pada ibu sangat nyata dan signifikan. Perubahan nafsu makan dan pola tidur dapat semakin memperburuk tekanan fisik. Banyak ibu juga mengalami sakit dan nyeri fisik yang tidak dapat dijelaskan, yang sering kali memperparah tekanan emosional yang sudah mereka alami (Modak, A. *et al.*, 2023).

3.3 Alat Skrining

Alat skrining dan penilaian merupakan komponen fundamental dalam menangani gangguan suasana hati pascapersalinan. Pada periode sensitif setelah melahirkan, ketika kesejahteraan emosional ibu sangat rentan, alat ini berfungsi sebagai gerbang penting untuk deteksi dini dan intervensi. Dua contoh penting dari alat semacam itu, yaitu Skala Depresi Postnatal Edinburgh dan Skala Skrining Depresi Pascapersalinan yang merupakan instrumen penting dalam upaya ini.

1. Skala Depresi Postnatal Edinburgh

Diakui luas sebagai kuesioner laporan diri yang andal yang membantu penyedia layanan kesehatan mengidentifikasi ibu yang mungkin berisiko mengalami depresi pascapersalinan. Skala Skrining Depresi Pascapersalinan dirancang untuk mengeksplorasi berbagai dimensi suasana hati, termasuk gejala emosional seperti kesedihan, kecemasan, dan iritabilitas. Dengan mengevaluasi respons terhadap pertanyaan-pertanyaan spesifik, Skala Skrining Depresi Pascapersalinan mengukur keparahan gejala ini, dengan efektif menilai kemungkinan seorang ibu mengalami gejala depresi. Formatnya yang mudah digunakan memungkinkan administrasi dan interpretasi yang mudah, menjadikannya alat yang berharga bagi penyedia layanan kesehatan (Levis *et al.*, 2020).

2. Skala Skrining Depresi Pascapersalinan

Instrumen lain yang signifikan yang dirancang untuk menilai depresi pascapersalinan. Skala Skrining Depresi Pascapersalinan mencakup berbagai gejala emosional, kognitif, dan fisik. Melalui pertanyaan yang dirancang dengan cermat, alat ini menangkap nuansa pengalaman emosional seorang ibu, membantu penyedia layanan kesehatan memahami kompleksitas kondisi emosionalnya. Pendekatan multidimensi ini meningkatkan akurasi penilaian, memastikan evaluasi yang lebih komprehensif terhadap kesejahteraan mental seorang ibu (Garapati *et al.*, 2023).

Kedua alat skrining ini berfungsi mengidentifikasi ibu yang mungkin berisiko mengalami gangguan suasana hati

pascapersalinan, sehingga memfasilitasi intervensi tepat waktu. Selain itu, untuk membantu penyedia layanan kesehatan membedakan antara "*baby blues*" yang ringan dan gangguan suasana hati yang mungkin lebih parah yang membutuhkan perhatian khusus.

3.4 Tantangan dalam Diagnosis

Tumpang tindih dengan pengalaman pascapersalinan yang khas : Salah satu tantangan utama adalah tumpang tindih antara gejala gangguan suasana hati pascapersalinan dan gejala yang dianggap dalam ranah pengalaman pascapersalinan yang khas. Kelelahan, perubahan suasana hati, dan perubahan nafsu makan diharapkan terjadi pascapersalinan. Membedakan antara perubahan suasana hati yang sementara yang sering menyertai penyesuaian menjadi ibu baru dan gejala persisten yang mengindikasikan gangguan membutuhkan pemahaman yang mendalam. Penyedia layanan kesehatan harus dengan cermat mengevaluasi durasi, intensitas, dan dampak gejala-gejala ini untuk membuat diagnosis yang akurat. Diferensiasi yang jelas sangat penting untuk menghindari baik underdiagnosis, yang dapat menyebabkan gangguan yang tidak diobati, maupun overdiagnosis, yang dapat menyebabkan tekanan yang tidak perlu (Garapati *et al.*, 2023).

Stigma dan pertimbangan budaya : Stigma yang mengelilingi masalah kesehatan mental dapat menciptakan hambatan substansial untuk diagnosis yang akurat. Wanita yang mengalami gangguan suasana hati pascapersalinan mungkin enggan mengakui perjuangan mereka karena takut akan penilaian atau kesalahpahaman masyarakat tentang kesehatan mental. Keengganan ini untuk mencari bantuan menunda intervensi dan memperburuk beban emosional. Selain itu, norma dan harapan budaya terkait menjadi ibu sangat bervariasi di seluruh masyarakat. Beberapa budaya mengidealkan citra ibu yang "kuat" dan "tidak mementingkan diri sendiri", yang mungkin menghalangi wanita untuk mengakui tantangan emosional mereka. Perbedaan budaya juga dapat mempengaruhi bagaimana gejala-gejala tersebut dipahami dan dilaporkan. Ekspresi penderitaan mungkin dibingkai

secara berbeda atau diremehkan karena norma budaya, yang menyebabkan potensi ketidakakuratan dalam diagnosis (Garapati *et al.*, 2023).

3.5 Pengobatan dan Intervensi

1. Psikoterapi

Psikoterapi menjadi landasan utama dalam pengobatan gangguan suasana hati pascapersalinan yang komprehensif, penting dalam menangani lanskap emosional yang rumit yang dialami oleh ibu baru. Pendekatan terapeutik ini menawarkan berbagai strategi praktis yang dirancang untuk mengurangi tekanan emosional dan mendorong kesejahteraan secara keseluruhan, disesuaikan dengan kebutuhan unik setiap individu (Modak *et al.*, 2023).

2. Terapi Perilaku Kognitif (TPK)

Di antara modalitas psikoterapeutik yang menonjol, TPK berdiri sebagai pendekatan terstruktur dan berorientasi pada tujuan. TPK beroperasi dengan premis bahwa pikiran, emosi, dan perilaku kita saling berhubungan. TPK memberikan peta jalan untuk mengidentifikasi pola pikir dan perilaku negatif yang berkontribusi pada tekanan emosional bagi ibu yang berjuang dengan gangguan suasana hati pascapersalinan. Melalui kerja sama dengan terapis terlatih, para ibu belajar untuk menantang dan mengubah kognisi negatif ini, menggantinya dengan alternatif yang lebih sehat dan konstruktif (Cully *et al.*, 2020).

3. Terapi Interpersonal

Pendekatan psikoterapeutik instrumental lainnya yang disesuaikan dengan tantangan kehidupan pascapersalinan. Terapi interpersonal mengakui pergeseran mendalam hubungan antarpribadi yang menyertai keibuan dan menargetkan dinamika ini sebagai fokus utama terapi. Terapi interpersonal membantu para ibu meningkatkan keterampilan komunikasi mereka dan memperbaiki hubungan interpersonal yang membekali mereka dengan alat untuk menavigasi perubahan yang diperkenalkan keibuan dalam hubungan mereka dengan pasangan, anggota

keluarga, dan teman-teman. Dengan menangani pergeseran ini secara langsung, terapi interpersonal memberdayakan ibu untuk memperkuat sistem dukungan mereka dan membangun hubungan yang lebih sehat dan memuaskan, sehingga mengurangi beban emosional yang terkait dengan gangguan suasana hati pascapersalinan (Grigotiadis *et al.*, 2007).

4. Grup Dukungan dan Konseling Sebaya

Selain terapi individu, dukungan dari komunitas juga sangat penting. Grup dukungan dan konseling sebaya memberikan kesempatan bagi ibu untuk saling terhubung, berbagi pengalaman, dan merasa terhibur karena mereka tidak sendirian dalam perjuangan ini. Di grup dukungan, ibu dapat mengekspresikan pikiran dan perasaan mereka tanpa takut dihakimi, serta menerima pemahaman dan validasi dari teman-teman yang telah mengalami tantangan serupa. Kegiatan bersama ini membantu mengurangi rasa kesepian dan memungkinkan ibu belajar strategi yang berguna dari orang-orang yang pernah mengalami hal yang sama. Dalam konseling sebaya, ibu dapat merasakan kedekatan dan empati yang lebih mendalam, karena mereka saling mendukung berdasarkan pengalaman yang mereka miliki Bersama (Joo, J. H. *et al.*, 2022).

5. Intervensi Farmakologis

Perawatan farmakologis memainkan peran penting dalam mengelola gangguan suasana hati pascapersalinan, terutama dalam kasus di mana gejalanya parah atau tidak responsif terhadap psikoterapi. Di antara intervensi farmakologis yang paling umum diresepkan adalah antidepresan dan obat anti-kecemasan, dengan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)* menjadi yang terdepan. Obat-obatan ini mengatur kadar neurotransmitter di otak, secara efektif mengurangi tekanan emosional dan memperbaiki gejala yang terkait dengan depresi pascapersalinan dan kecemasan.

Penting untuk dicatat bahwa banyak antidepresan dan obat anti-kecemasan dianggap aman untuk ibu menyusui.

Jaminan ini berasal dari penelitian ekstensif yang telah mengevaluasi aliran obat-obatan ini ke dalam ASI dan efek potensialnya pada bayi. Dalam konteks ini, penyedia layanan kesehatan berperan penting dalam membimbing ibu melalui proses pengambilan keputusan ini, memberikan informasi tentang manfaat dan risiko potensial, dan bekerja secara kolaboratif untuk menentukan tindakan yang paling sesuai untuk kesejahteraan ibu dan kesehatan bayi (Kaufman *et al.*, 2022).

6. Pentingnya Rencana Perawatan Individual

Mengakui bahwa setiap ibu memiliki pengalaman unik saat menghadapi gangguan suasana hati pascapersalinan sangat penting untuk memberikan perawatan yang tepat. Pendekatan yang sama untuk semua tidaklah memadai karena setiap ibu mengalami berbagai gejala, latar belakang, dan kondisi yang berbeda. Oleh karena itu, rencana perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan individu masing-masing ibu menjadi sangat penting (Garapati *et al.*, 2023).

7. Memahami Kompleksitas

Gangguan suasana hati pascapersalinan dapat bermanifestasi berbeda pada setiap wanita. Beberapa mungkin mengalami gejala emosional, sementara yang lain berjuang dengan gejala kognitif atau manifestasi fisik. Selain itu, faktor-faktor seperti tingkat keparahan gejala, riwayat medis pribadi, dan jaringan dukungan yang ada semuanya berkontribusi pada kompleksitas setiap kasus (Karen *et al.*, 2024).

8. Penilaian yang dipersonalisasi

Rencana perawatan yang efektif dimulai dengan penilaian yang menyeluruh dan dipersonalisasi. Profesional kesehatan harus mendalami gejala spesifik yang dihadapi ibu, riwayat medisnya (termasuk kondisi kesehatan mental yang sudah ada sebelumnya), preferensi pribadinya, dan konteks di mana dia menjalani keibuan (Carlson *et al.*, 2024).

9. Pendekatan yang disesuaikan

Psikoterapi dan intervensi farmakologis adalah alat yang kuat, tetapi efektivitasnya sangat bergantung pada seberapa baik mereka selaras dengan kebutuhan individu. Beberapa ibu mungkin lebih cocok dengan terapi perilaku kognitif, sementara yang lain mungkin menemukan kelegaan melalui terapi interpersonal. Demikian pula, dalam hal pengobatan, mempertimbangkan faktor-faktor seperti efek samping potensial, kompatibilitas menyusui, dan kenyamanan pribadi dengan penggunaan obat sangat penting (Garapati *et al.*, 2023).

10. Memaksimalkan Hasil

Pendekatan yang dipersonalisasi tidak hanya mempertimbangkan gejala dan kebutuhan spesifik setiap ibu tetapi juga memastikan bahwa perawatan lebih mungkin diterima dan diikuti. Ketika ibu merasa bahwa rencana perawatan mereka menghormati keunikan mereka dan selaras dengan nilai-nilai mereka, mereka lebih cenderung terlibat sepenuhnya dalam proses penyembuhan (Modak *et al.*, 2023).

11. Kekuatan Kolaborasi

Kekuatan dari rencana perawatan yang dipersonalisasi terletak pada kolaborasi antara tenaga kesehatan dan ibu. Dengan melibatkan ibu dalam proses pengambilan keputusan dan menghargai pendapat mereka, rencana perawatan menjadi kerja sama yang bertujuan untuk mencapai kesehatan mental yang lebih baik (Menear *et al.*, 2022).

3.6 Peran Penyedia Layanan Kesehatan dan Profesional Kesehatan Mental

Peran penyedia layanan kesehatan dan profesional kesehatan mental sangat penting dalam menangani gangguan suasana hati pascapersalinan. Pendekatan multidisiplin ini menggabungkan keahlian berbagai profesional untuk memastikan kesejahteraan ibu dan bayi baru lahir. Penyedia Layanan Kesehatan termasuk obstetricians, pediatricians, dan general practitioners, sering menjadi pengamat garis depan selama periode

pascapersalinan. Pemeriksaan rutin pascapersalinan menyediakan peluang penting untuk menilai kesejahteraan mental ibu di samping kesehatannya secara fisik. Pertemuan ini memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk membangun jalur komunikasi yang terbuka, menciptakan lingkungan di mana ibu merasa nyaman berbagi pengalaman emosional mereka. Dengan menggabungkan penilaian kesehatan mental ke dalam perawatan rutin pascapersalinan, penyedia layanan kesehatan dapat secara efektif mengidentifikasi tanda-tanda awal tekanan atau gangguan, memungkinkan intervensi tepat waktu (Modak *et al.*, 2023).

Spesialis kesehatan mental, terutama mereka yang terampil dalam perawatan perinatal dan pascapersalinan, menawarkan lapisan dukungan yang unik dan khusus. Keahlian mereka sangat disesuaikan dengan kompleksitas emosional dari transisi menuju menjadi seorang ibu. Dengan pengetahuan yang komprehensif tentang faktor hormonal, psikologis, dan sosiokultural, spesialis ini memiliki wawasan untuk mendiagnosis dan mengobati gangguan suasana hati pascapersalinan secara akurat. Panduan mereka sangat penting dalam merancang rencana perawatan, baik itu melibatkan psikoterapi, intervensi farmakologis, atau kombinasi keduanya (Modak *et al.*, 2023).

Selain itu, profesional kesehatan mental menyediakan ruang yang aman bagi para ibu untuk secara terbuka mendiskusikan perasaan, ketakutan, dan tantangan yang mereka hadapi. Lingkungan yang empatik dan bebas dari penghakiman yang mereka ciptakan membantu ibu merasa nyaman mencari bantuan tanpa takut stigma. Aliansi terapeutik antara profesional kesehatan mental dan ibu memastikan bahwa tantangan emosional dihadapi dengan pemahaman yang mendalam, serta strategi yang tepat untuk mengelola dan mengatasi masalah tersebut dapat diimplementasikan secara efektif (Modak *et al.*, 2023).

3.7 Langkah-langkah Pencegahan

1. Pendidikan dan Persiapan Prenatal

Melakukan tindakan proaktif selama kehamilan dapat menjadi kunci dalam mengurangi risiko gangguan suasana hati pascapersalinan. Di antara tindakan-tindakan ini, pendidikan prenatal adalah dasar utama, menawarkan alat yang berharga bagi ibu hamil untuk meningkatkan ketahanan emosional dan kesejahteraan mereka (Saharoy *et al.*, 2023).

Pendidikan prenatal adalah kompas yang membimbing para ibu melalui labirin emosi yang dapat muncul pascapersalinan. Proses pendidikan ini membekali ibu hamil dengan pemahaman komprehensif tentang tantangan emosional yang mungkin mereka hadapi setelah melahirkan. Ini adalah kesempatan untuk menjelaskan berbagai perasaan yang mungkin mereka alami, mulai dari kebahagiaan menjadi ibu baru hingga potensi ketegangan dan kecemasan yang dapat muncul. Dengan pengetahuan ini, para ibu lebih siap untuk mengenali variasi alami dalam kondisi emosional mereka, membantu mereka menghindari tekanan (Saharoy *et al.*, 2023).

Pendidikan prenatal yang penting memberdayakan para ibu dengan membekali mereka dengan strategi untuk mengelola dan menavigasi emosi ini secara efektif. Memahami bahwa sangat normal untuk mengalami berbagai perasaan positif dan tantangan mengurangi stigma yang sering terkait dengan fluktuasi suasana hati. Ibu hamil dapat belajar teknik-teknik penanganan praktis seperti latihan relaksasi, praktik kesadaran, dan strategi pengurangan stres. Perlengkapan alat penanganan ini meningkatkan kesejahteraan emosional mereka dan mempersiapkan mereka untuk merespons secara konstruktif terhadap tantangan emosional yang dapat muncul selama periode pascapersalinan (Saharoy *et al.*, 2023).

Selain itu, pendidikan prenatal menawarkan peta jalan untuk menciptakan jaringan dukungan pascapersalinan yang solid dan mendukung. Para ibu mendapatkan wawasan

tentang pentingnya mencari bantuan, bukan sebagai tanda kelemahan, tetapi sebagai langkah proaktif untuk memastikan kesejahteraan mereka. Mereka menjadi akrab dengan sumber daya yang tersedia, dari profesional kesehatan mental hingga kelompok dukungan, memungkinkan mereka untuk mencari bantuan tanpa ragu ketika diperlukan. Dengan memahami ke mana harus pergi dan dengan siapa harus berbicara, para ibu lebih siap untuk mencari dukungan tepat waktu, mencegah perjuangan yang terisolasi dari meningkat menjadi gangguan suasana hati yang lebih parah (Saharoy *et al.*, 2023).

2. Modifikasi Gaya Hidup

a. Olahraga dan Kesejahteraan Fisik

Melakukan aktivitas fisik secara teratur selama kehamilan dan pascapersalinan memiliki potensi dampak positif yang signifikan terhadap kesejahteraan mental. Olahraga bertindak sebagai peningkat suasana hati alami, mendorong pelepasan endorfin, yang sering disebut sebagai hormon "kebahagiaan". Endorfin ini membantu mengurangi perasaan stres, kecemasan, dan bahkan depresi. Terlibat dalam aktivitas seperti yoga, berjalan kaki, berenang, berdampak membantu menjaga kebugaran fisik dan berkontribusi pada penyegaran mental (Dobrek & Glowacka, 2023).

Selain itu, olahraga menawarkan lebih dari sekadar dorongan fisiologis. Ini dapat memberikan kesempatan berharga bagi para ibu baru untuk terlibat dalam perawatan diri dan meluangkan waktu untuk diri sendiri. Berpartisipasi dalam kelas kelompok atau aktivitas di luar ruangan juga dapat mendorong interaksi sosial, mengatasi perasaan isolasi yang mungkin dialami beberapa ibu selama periode transisi ini. Dengan memasukkan aktivitas fisik secara teratur ke dalam rutinitas mereka, para ibu baru dapat membudidayakan rasa pemberdayaan, kepercayaan diri, dan ketahanan emosional (Dobrek & Glowacka, 2023).

b. Nutrisi dan Tidur

Pentingnya menjaga pola makan seimbang selama periode pascapersalinan tidak dapat dilebih-lebihkan. Nutrisi yang cukup menyediakan bahan bakar yang diperlukan untuk pemulihan fisik, terutama setelah tuntutan persalinan. Tetapi selain kesehatan fisik, pola makan seimbang yang kaya nutrisi dapat secara langsung memengaruhi kesejahteraan emosional. Nutrisi tertentu, seperti asam lemak omega-3 dan vitamin B, terkait dengan perbaikan pengaturan suasana hati dan kejernihan mental (Modak *et al.*, 2023).

Sama pentingnya adalah memprioritaskan tidur yang cukup. Ibu baru menghadapi kurang tidur karena tuntutan perawatan bayi yang membutuhkan perhatian sepanjang waktu. Namun, upaya untuk meningkatkan kualitas tidur dapat berdampak signifikan terhadap kesehatan mental. Bahkan tidur siang di siang hari, menetapkan jadwal tidur yang konsisten dapat membantu mengatur ritme sirkadian dan mempromosikan pola tidur yang lebih baik. Menciptakan lingkungan tidur yang kondusif dengan meminimalkan kebisingan, meredupkan lampu, dan memastikan kenyamanan lebih lanjut mendukung kualitas tidur yang lebih baik (Modak *et al.*, 2023).

3.8 Sistem Dukungan Sosial

1. Keterlibatan Pasangan

Keterlibatan pasangan dalam perjalanan ibu melalui gangguan suasana hati pascapersalinan sangat penting. Pasangan tidak hanya menyediakan jangkar emosional yang vital tetapi juga menawarkan bantuan praktis yang dapat secara signifikan mengurangi tantangan yang dihadapi ibu baru. Komunikasi terbuka dan jujur antara pasangan menciptakan lingkungan di mana ibu merasa nyaman untuk mengekspresikan perasaan mereka dan mencari bantuan ketika diperlukan. Berbagi tanggung jawab dalam pengasuhan, pekerjaan rumah tangga, dan tugas sehari-hari

lainnya dapat secara signifikan mengurangi beban pada ibu, memberinya waktu dan ruang untuk fokus pada kesejahteraan dan pemulihannya. Pasangan yang secara sadar mencoba memahami gejala emosional yang menyertai gangguan suasana hati pascapersalinan memperkuat hubungan, membangun ikatan yang lebih mendalam berdasarkan empati dan dukungan timbal balik (Modak *et al*, 2023).

2. Keluarga dan Teman sebagai Jaringan Dukungan

Kehadiran jaringan dukungan yang kuat, yang terdiri dari tidak hanya pasangan tetapi juga keluarga besar dan teman-teman, dapat menjadi penyelamat bagi ibu yang bergulat dengan gangguan suasana hati pascapersalinan. Orang-orang yang bersedia mendengarkan, menawarkan kepastian, dan membantu saat dibutuhkan dapat membuat perbedaan besar dalam kesejahteraan emosional seorang ibu. Mengungkapkan perasaan kepada seseorang yang memahami dan berempati dengan perjuangannya dapat mengurangi rasa isolasi yang sering menyertai gangguan ini. Keluarga dan teman-teman dapat menawarkan ruang aman bagi ibu untuk berbagi perasaan mereka tanpa penilaian, membantu mereka memproses emosi mereka dan mengatasi tantangan menjadi seorang ibu. Selain itu, bantuan praktis, seperti mengasuh anak, menyiapkan makanan, atau menjalankan tugas, dapat meringankan beban dan memungkinkan ibu memiliki waktu dan energi untuk fokus pada pemulihan mereka. Dukungan dari orang-orang terkasih meringankan beban emosional dan memperkuat rasa komunitas dan kebersamaan, mengingatkan ibu bahwa mereka tidak sendirian dalam perjalanan ini (Modak *et al.*, 2023).

3.9 Pengaruh Budaya dan Masyarakat

1. Variasi Budaya dalam Persepsi tentang Keibuan dan Kesehatan Mental

Keragaman budaya di seluruh dunia berkontribusi pada berbagai perspektif tentang keibuan dan kesehatan mental.

Norma, tradisi, dan keyakinan budaya memainkan peran berpengaruh dalam membentuk bagaimana topik-topik ini dipahami, dibicarakan, dan didekati. Kerumitan budaya sangat memengaruhi bagaimana masyarakat yang berbeda pandangan dan mengelola gangguan suasana hati pascapersalinan (Huihua He *et al.*, 2021).

Dalam ranah keibuan, variasi budaya menjadi jelas dalam ekspektasi yang ditetapkan untuk wanita saat mereka memulai perjalanan transformasi ini. Beberapa budaya menjunjung pandangan tentang keibuan yang mengidealkan pengorbanan diri dan pengabdian tanpa syarat kepada keluarga. Dalam masyarakat ini, peran seorang ibu mungkin dipandang sebagai sekunder terhadap kesejahteraan anak-anak dan pasangannya. Sebaliknya, budaya lain mengadopsi pendekatan yang lebih holistik yang mengakui pentingnya kesejahteraan seorang ibu di samping tanggung jawab pengasuhannya. Di sini, keseimbangan antara perawatan diri dan pengasuhan ditekankan, mengakui bahwa kesehatan emosional dan mental seorang ibu secara langsung memengaruhi kemampuannya untuk merawat keluarganya dengan efektif (Huihua He *et al.*, 2021).

Namun, norma budaya juga dapat menimbulkan tantangan dalam mengakui dan menangani gangguan suasana hati pascapersalinan. Stigmatisasi masalah kesehatan mental mungkin terjadi di beberapa budaya, membuat diskusi tentang perjuangan emosional menjadi tabu. Stigma ini dapat menciptakan hambatan yang mencegah ibu untuk secara terbuka mengekspresikan gejala mereka atau mencari bantuan profesional. Ketakutan akan diberi label sebagai "lemah" atau "tidak layak" dapat menyebabkan pelaporan gejala yang kurang dan keengganan untuk mengakses sistem dukungan yang diperlukan (Huihua He *et al.*, 2021).

Memahami variasi budaya ini sangat penting untuk memberikan perawatan yang efektif dan sensitif terhadap budaya. Penyedia layanan kesehatan harus peka terhadap nuansa setiap budaya, mengenali bagaimana persepsi

tentang keibuan dan kesehatan mental saling terkait. Kesadaran ini memungkinkan pengembangan strategi yang mengatasi hambatan, mendorong percakapan terbuka, dan memberikan dukungan yang disesuaikan kepada ibu dengan cara yang menghormati latar belakang budaya mereka. Dengan merangkul keragaman ini, kita dapat menjembatani kesenjangan antara kesadaran dan destigmatisasi, memastikan bahwa semua ibu menerima perawatan komprehensif yang mereka butuhkan sambil menghormati konteks budaya mereka (Huihua He *et al.*, 2021).

2. Hambatan untuk Mencari Bantuan di Berbagai Masyarakat

Faktor budaya dan sosial dapat menciptakan hambatan signifikan dalam mencari bantuan untuk gangguan suasana hati pascapersalinan, menghambat kesejahteraan ibu dan menghalangi intervensi yang tepat waktu. Hambatan ini dibentuk oleh sikap, norma, dan ekspektasi yang berlaku dalam masyarakat tertentu, memengaruhi cara wanita memandang dan menangani tantangan kesehatan mental mereka (Huihua He *et al.*, 2021).

3. Stigma Terhadap Masalah Kesehatan Mental

Stigma terhadap kesehatan mental sangat melekat di beberapa masyarakat. Masalah kesehatan mental mungkin disalahpahami atau dikaitkan dengan kelemahan pribadi atau ketidakstabilan. Akibatnya, wanita yang mengalami gangguan suasana hati pascapersalinan mungkin merasa malu atau takut dihakimi. Ketakutan akan diberi label sebagai "sakit jiwa" dapat menghalangi wanita untuk mengakui perjuangan mereka dan mencari dukungan profesional (Ahmed *et al.*, 2023).

4. Konsep Budaya tentang Kewanitaan dan Pengasuhan

Peran wanita sebagai pengasuh utama seringkali menjadi pusat dalam banyak budaya. Wanita diharapkan untuk memprioritaskan kebutuhan keluarga dan anak-anak mereka, seringkali dengan mengorbankan kesejahteraan

mereka sendiri. Mengakui kesulitan emosional mungkin dianggap sebagai penyimpangan dari peran ini, dan wanita mungkin khawatir bahwa mencari bantuan akan dilihat sebagai kegagalan untuk memenuhi kewajiban sosial mereka. Benturan antara ekspektasi budaya dan tantangan emosional ini dapat menghalangi wanita untuk mencari dukungan yang sangat mereka butuhkan (Zarzycki *et al.*, 2022).

Hambatan-hambatan ini menyoroti kompleksitas dalam menangani kesehatan mental ibu secara global. Sistem kesehatan, pemerintah, dan komunitas harus mengakui dan mengatasi faktor-faktor budaya dan sosial ini ketika merancang intervensi dan jaringan dukungan. Dengan mempromosikan kesadaran, pendidikan, dan destigmatisasi, kita dapat secara bertahap menghancurkan hambatan-hambatan ini dan menciptakan lingkungan di mana wanita merasa diberdayakan untuk mencari bantuan tanpa takut dihakimi atau dicela (Zarzycki *et al.*, 2022).

3.10 Pentingnya Destigmatisasi Gangguan Suasana Hati Pascapersalinan

Signifikansi destigmatisasi gangguan suasana hati pascapersalinan tidak dapat dilebih-lebihkan, karena memiliki implikasi mendalam baik untuk kesejahteraan individu maupun jaringan sosial yang lebih luas. Proses ini sangat penting untuk berbagai alasan yang sangat berhubungan dengan tantangan yang dihadapi oleh ibu :

1. Stigma Menghalangi Ibu untuk Mencari Bantuan, Menunda Intervensi, dan Memperburuk Stres Emosional

Stigma yang melingkupi masalah kesehatan mental seringkali memberikan bayangan rasa malu dan kebingungan, yang membuat ibu menginternalisasi perjuangan mereka dan menahan diri untuk mencari bantuan profesional. Penundaan dalam mencari intervensi dapat memperpanjang pergolakan emosional mereka, yang berpotensi memperburuk gejala dan menghambat

kemampuan mereka untuk merawat diri sendiri dan bayi mereka dengan efektif (Modak *et al.*, 2023).

2. Mempromosikan Percakapan Terbuka tentang Kesehatan Mental Mengurangi Isolasi dan Mendorong Dukungan Komunitas

Destigmatisasi membuka jalan bagi diskusi terbuka tentang gangguan suasana hati pascapersalinan. Percakapan terbuka mendorong rasa kebersamaan dan memvalidasi pengalaman banyak ibu yang mungkin diam-diam bergulat dengan tantangan serupa (Modak *et al.*, 2023).

3. Mengatasi Stigma Mendorong Pemerintah, Sistem Kesehatan, dan Komunitas untuk Mengalokasikan Sumber Daya bagi Dukungan Kesehatan Mental Ibu

Beban stigma melampaui pengalaman individu. Stigma ini menghambat kemajuan pada tingkat sistemik, menghalangi pemerintah, sistem kesehatan, dan komunitas untuk memprioritaskan dukungan kesehatan mental ibu. Dengan mendestigmatisasi gangguan-gangguan ini, masyarakat dapat mengarahkan sumber daya menuju perawatan yang komprehensif yang memenuhi kebutuhan unik para ibu (Modak *et al.*, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and addressing mental health stigma across cultures for improving psychiatric care: a narrative review. *Cureus*, 15(5).
- Carlson, K., Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. (2024). Postpartum depression. *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*.
- Cully, J. A., Dawson, D. B., Hamer, J., & Tharp, A. L. (2020). A provider's guide to brief cognitive behavioral therapy. *Department of Veterans Affairs South Central MIRECC: Houston, TX, USA*.
- Dobrek, L., & Głowacka, K. (2023). Depression and its phytopharmacotherapy—a narrative review. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(5), 4772.
- Garapati, J., Jajoo, S., Aradhya, D., Reddy, L. S., Dahiphale, S. M., Patel, D. J., ... & Dahiphale, S. M. (2023). Postpartum mood disorders: insights into diagnosis, prevention, and treatment. *Cureus*, 15(7).
- Garapati, J., Jajoo, S., Aradhya, D., Reddy, L. S., Dahiphale, S. M., Patel, D. J., ... & Dahiphale, S. M. (2023). Postpartum mood disorders: insights into diagnosis, prevention, and treatment. *Cureus*, 15(7).
- Grigoriadis, S., & Ravitz, P. (2007). An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression: focusing on interpersonal changes. *Canadian Family Physician*, 53(9), 1469-1475.
- He, H., Usami, S., Rikimaru, Y., & Jiang, L. (2021). Cultural roots of parenting: Mothers' parental social cognitions and practices from western US and Shanghai/China. *Frontiers in psychology*, 12, 565040.
- Joo, J. H., Bone, L., Forte, J., Kirley, E., Lynch, T., & Aboumatar, H. (2022). The benefits and challenges of established peer support programmes for patients, informal caregivers, and healthcare providers. *Family practice*, 39(5), 903-912.

- Kaufman, Y., Carlini, S. V., & Deligiannidis, K. M. (2022). Advances in pharmacotherapy for postpartum depression: a structured review of standard-of-care antidepressants and novel neuroactive steroid antidepressants. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 12, 20451253211065859.
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *bmj*, 371.
- Menear, M., Girard, A., Dugas, M., Gervais, M., Gilbert, M., & Gagnon, M. P. (2022). Personalized care planning and shared decision making in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: a systematic review. *PLoS One*, 17(6), e0268649.
- Modak, A., Ronghe, V., Gomase, K. P., Mahakalkar, M. G., & Taksande, V. (2023). A Comprehensive Review of Motherhood and Mental Health: Postpartum Mood Disorders in Focus. *Cureus*, 15(9).
- Modak, A., Ronghe, V., Gomase, K. P., Mahakalkar, M. G., & Taksande, V. (2023). A Comprehensive Review of Motherhood and Mental Health: Postpartum Mood Disorders in Focus. *Cureus*, 15(9).
- Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M., & Taksande, A. B. (2023). Postpartum depression and maternal care: exploring the complex effects on mothers and infants. *Cureus*, 15(7).
- Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M., & Taksande, A. B. (2023). Postpartum depression and maternal care: exploring the complex effects on mothers and infants. *Cureus*, 15(7).
- Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M., & Taksande, A. B. (2023). Postpartum depression and maternal care: exploring the complex effects on mothers and infants. *Cureus*, 15(7).
- Sari, I. N. (2023). The Role of Hormonal Regulation and Brain Neurotransmitters in Baby Blues Syndrome: A Systematic Literature Review. *Sriwijaya Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1(2), 24-29.

- Van Niel, M. S., & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 87(5), 273-277.
- Zarzycki, M., Seddon, D., Bei, E., Dekel, R., & Morrison, V. (2022). How culture shapes informal caregiver motivations: A meta-ethnographic review. *Qualitative Health Research*, 32(10), 1574-1589.

BAB 4

DAMPAK PSIKOLOGIS PADA KESEHATAN IBU DAN ANAK

Oleh Irfa Nur Faujiah

4.1 Pendahuluan

Derajat kesehatan suatu negara diukur melalui kesehatan ibu dan anak. Indikator tersebut dilihat dari Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). AKI menjadi indikator keberhasilan pembangunan kesehatan yang masuk kedalam target *Sustainable Development Goals* (SDGs) point ketiga, yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan disegala golongan usia. Faktanya, tahun 2020 Indonesia masih memiliki Angka Kematian Ibu (AKI) yang belum mencapai target. Berdasarkan hasil *Long Form* SP2020, AKI di Indonesia mencapai 189/100.000 kelahiran hidup. Sedangkan target menurut Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2024 diharapkan mencapai 183/100.000 kelahiran hidup, dan harapannya di tahun 2030 menjadi 70/100.000 kelahiran hidup (Martafiyah, Supriadi and Saifudin, 2023). Kemudian indikator berikutnya ialah Angka Kematian Bayi (AKB). Menurut *Long Form* SP2020, AKB di Indonesia mengalami penurunan selama 10 tahun terakhir dari 26/1000 kelahiran hidup menjadi 16.85/1000 kelahiran hidup, dengan target SDGs di tahun 2030 sebesar 70/1000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2023).

Berdasarkan data WHO, penyebab kematian ibu 15% dikarenakan komplikasi kebidanan saat masa kehamilan yang tidak mampu ditangani secara cepat dan tepat. 75% penyebab dari komplikasi tersebut akibat perdarahan dan infeksi pasca melahirkan, hipertensi dalam kehamilan, partus lama, dan aborsi yang tidak aman. Sedangkan penyebab dari kematian bayi ialah akibat prematur, asfiksia, infeksi dan kelainan kongenital (WHO, 2024).

Maka dari itu, diperlukan adanya upaya untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak dengan menurunkan AKI dan AKB. Upaya penurunan AKI dan AKB telah dilakukan oleh pemerintah melalui berbagai macam program, salah satunya ialah program pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Program pelayanan KIA meliputi pemeliharaan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah. Secara khusus program KIA bertujuan untuk meningkatkan kemampuan ibu dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya, meningkatkan upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri, meningkatnya jangkauan pelayanan, meningkatnya mutu pelayanan kesehatan, dan meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat beserta seluruh anggota keluarganya dalam mengatasi masalah kesehatan terutama melalui peningkatan peran ibu dan keluarganya (Notoatmodjo, 2008).

Pada umumnya, program pelayanan KIA yang dilakukan di fasilitas kesehatan primer, seperti puskesmas, hanya berfokus pada pelayanan kesehatan secara fisik, jarang ada pelayanan yang memberikan asuhan atau medeteksi adanya gangguan psikologis pada ibu dan anak. Fakta dilapangan, beberapa tenaga kesehatan menjalankan program kesehatan ibu dan anak masih berfokus pada pelayanan kesehatan fisik dan jarang menambah fokus kajiannya pada pelayanan kesehatan mental ibu maupun anak. Hal ini dikarenakan belum meratanya integrasi pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan primer yang berfokus pada kesehatan jiwa khususnya yang mengkaji kesehatan mental ibu dan anak. Faktanya, sebagian besar puskesmas di Indonesia belum memiliki tenaga ahli seperti psikolog klinis, psikiater, perawat spesialis jiwa dan belum tersedianya poli klinik jiwa maupun poli KIA yang terintegrasi dengan poli jiwa. Maka dari itu, upaya deteksi dini gangguan psikologis pada ibu dan anak belum dapat dilakukan secara optimal dan komprehensif.

Upaya deteksi gangguan psikologis yang belum dilakukan secara optimal tentu akan berdampak krusial pada psikologis ibu dan tumbuh kembang anak yang sehat, baik secara fisik maupun psikologis. Beberapa bentuk gangguan psikologis pada ibu meliputi kondisi stres, kecemasan, depresi, dan trauma yang tidak hanya

memengaruhi kesehatan mental ibu, tetapi juga memengaruhi perkembangan fisik, kognitif, dan emosional anak. Hal ini membuktikan bahwa pentingnya memahami hubungan antara kesehatan mental dan fisik perlu dilakukan secara holistik. Tidak cukup hanya berfokus pada aspek fisik seperti pemantauan kehamilan atau bayi, juga untuk mengidentifikasi dan menangani potensi gangguan psikologis pada ibu dan anak.

Kondisi psikologis dan kesehatan fisik memiliki hubungan yang erat dikarenakan kedua aspek ini saling memengaruhi satu sama lain. Contohnya, jika kita stres berkepanjangan maka akan memicu respons tubuh *fight-or-flight response*. Dalam kondisi ini, tubuh melepaskan hormon adrenalin dan kortisol yang jika hal ini terjadi secara terus menerus, maka akan berpengaruh terhadap terganggunya fungsi tubuh, seperti tekanan darah, sistem kekebalan tubuh, serta sistem metabolisme. Selain itu, ketika individu dalam kondisi depresi cenderung akan terjadi demotivasi terhadap upaya untuk menjaga kesehatan fisik, seperti berolahraga dan makan makanan yang sehat. Sebaliknya, masalah fisik juga dapat memicu gangguan psikologis. Misalnya, ibu yang mengalami komplikasi kehamilan akan dilakukan tindakan terminasi kehamilan dengan cara yang tidak diharapkan. Hal ini sering kali berpengaruh terhadap terjadinya kecemasan maupun trauma psikologis. Hal ini diperkuat oleh pernyataan Wardhani and Paramita (2016) yang menyatakan bahwa kondisi fisik dapat menyebabkan persoalan mental begitu juga sebaliknya, masalah mental dapat memperburuk gejala fisik individu.

Maka dari itu, dalam menjalankan program pelayanan KIA diharapkan tenaga kesehatan mampu melakukan asuhan secara komprehensif, terintegrasi, dan holistik yang tidak hanya berfokus pada aspek fisik, melainkan aspek psikologis juga dapat diperhatikan secara berkesinambungan. Buku ini akan membahas lebih lanjut mengenai dampak psikologis pada kesehatan ibu dan anak.

4.2 Kesehatan Mental

4.2.1 Kesehatan Mental

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, mendefinisikan bahwa kesehatan merupakan suatu kondisi sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, dan sosial yang mendukung individu untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Indonesia, 2009). Maka dari itu, kesehatan mental merupakan bagian penting dari definisi sehat sehingga tujuan dan tradisi kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan dapat diterapkan pada kesehatan mental dengan cara yang sama baiknya. Kesehatan mental lebih daripada tidak adanya penyakit mental, yang sangat penting bagi individu, keluarga, dan masyarakat. Kesehatan mental merupakan pendekatan multidisiplin yang mencakup promosi kesejahteraan, kesehatan mental, dan pencegahan penyakit (Ayuningtyas, Misnaniarti and Rayhani, 2018).

Menurut Organisasi Kesehatan Mental Dunia, kesehatan mental adalah kondisi kesejahteraan (*well-being*) seseorang yang menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan kehidupan normal, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitas (WHO, 2013).

Adapun definisi lain menyatakan bahwa kesehatan mental ialah kondisi di mana individu mampu mengembangkan seluruh aspek kehidupannya, baik fisik, intelektual, maupun emosional, secara optimal dan harmonis dengan lingkungannya. Hal ini mencakup bagaimana cara berpikir, perasaan, dan interaksi individu dalam kehidupan sehari-hari, serta kemampuan menghadapi berbagai situasi dan mengambil keputusan secara efektif. Kesehatan mental juga berkaitan dengan orang lain. Menurut beberapa ahli, kesehatan mental mencakup keseimbangan fungsi jiwa yang mungkin dapat dirasakan oleh individu, seperti adanya ketenangan, kepercayaan diri, dan kebahagiaan, sekaligus bebas dari gangguan jiwa (*neurose*) dan dari gejala penyakit jiwa (*psychose*) (Fakhriyani, 2020).

Kesehatan mental ini dipelajari melalui cabang ilmu psikologi kesehatan. Psikologi kesehatan adalah bidang ilmu psikologi yang mempelajari bagaimana hal-hal psikologis berkorelasi dengan

kesehatan fisik dan mental, serta bagaimana seseorang berinteraksi dengan orang lain (Remelia *et al.*, 2023).

Kesehatan mental itu sendiri tercermin dari kondisi individu yang memiliki karakteristik mental yang sehat. Karakteristik mental yang sehat tidak hanya mencakup aspek fisik, melainkan aspek psikis, sosial, serta moral-religius, di mana semua aspek harus berjalan dengan seimbang dan harmonis. Apabila dilihat dari aspek fisik, karakteristik yang menonjol ialah pola perkembangan sesuai dengan usia, mampu melakukan kegiatan, dan sehat. Kemudian dari aspek psikis terlihat dari mampu menghargai diri sendiri dan orang lain, memiliki *insight* dan rasa humor, memiliki respons emosional yang wajar, mampu berpikir realistis dan objektif, terhindar dari gangguan psikologis, kreatif, inovatif, terbuka, fleksibel, tidak defensif, dan memiliki kebebasan dalam memilih dan berpendapat. Selanjutnya dari aspek sosial terlihat dari adanya rasa empati dan rasa kasih sayang, mampu berinteraksi sosial secara sehat, memiliki rasa toleransi, dan mau menerima dengan rasa adil. Yang terakhir dari aspek moral-religius terlihat dari beriman kepada Tuhan dan taat akan ajaran-Nya, serta jujur, amanah, dan ikhlas dalam beramal. Kondisi mental yang sehat tersebut dapat dipengaruhi oleh adanya faktor-faktor, seperti tingkat pendidikan, status ekonomi, dan peristiwa atau kejadian yang dialami, faktor biologis, faktor psikologis, dan faktor lingkungan (Fakhriyani, 2020).

4.2.2 Kesehatan Mental Perinatal

Kesehatan mental perinatal mencakup kondisi psikologis ibu selama masa kehamilan, persalinan, hingga periode postpartum yang merupakan periode rentan bagi kesehatan mental seorang ibu. Pada masa ini, ibu menghadapi perubahan fisik dan emosional yang signifikan, yang dapat mempengaruhi kondisi psikologisnya dan berpotensi memengaruhi hubungan ibu-anak serta tumbuh kembang anak.

Kehamilan merupakan peristiwa penting bagi seorang wanita. Karena kehamilan merupakan proses alamiah dari pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin yang berlangsung selama 280 hari atau 40 minggu atau 10 bulan, yang terbagi atas 3 trimester, yaitu trimester I (0-12 minggu), trimester II (12-28

minggu), dan trimester III (28-40 minggu) (Romauli, 2014). Pada dasarnya saat hamil, ibu dituntut untuk tidak hanya siap secara fisik, melainkan juga harus siap secara psikis atau mental. Hal ini dikarenakan saat proses kehamilan tubuh mengalami perubahan, baik secara fisik maupun psikis yang signifikan akibat dari perubahan hormon. Perubahan fisik ibu hamil, seperti berat badan, kelelahan, dan ketidaknyamanan fisik dapat mengganggu kesehatan fisik dan psikisnya sehingga emosinya menjadi tidak stabil. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), terdapat 352/2321 ibu hamil primigravida 36%-nya mengeluh takut, 42% cemas, 22% tidak percaya diri saat hamil. Data ini juga didukung oleh hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan bahwa terdapat 50/850 ibu hamil primigravida 20% mengeluh stres, 35% cemas, dan 45% takut pada kehamilan (Sari and Riawati, 2019). Dan kondisi-kondisi tersebut jarang terdiagnosis.

Masalah dan gangguan psikologis saat hamil juga dapat diakibatkan oleh ketidaksiapan ibu hamil. Misalnya pada kasus ibu muda yang belum memiliki bekal pengetahuan mengenai rumah tangga dan perawatan anak. Terkadang akibat dari ketidaksiapan mental tersebut, ada yang mengalami kekerasan rumah tangga, baik muncul dari suami maupun istri. Dampak psikologis yang timbul pada ibu hamil dengan kekerasan fisik dan psikis, diantaranya ketakutan, rasa tidak berdaya, hilangnya percaya diri, dan gangguan pola makan.

Stres berkepanjangan saat hamil meningkatkan hormon kortisol dalam tubuh. Hormon tersebut dapat menyebabkan pembuluh darah menyempit, sehingga menghambat aliran darah dan pasokan oksigen dari ibu ke janin. Stres atau depresi selama kehamilan dapat meningkatkan risiko komplikasi kehamilan, seperti preeklampsia, keguguran, infeksi rahim, selera makan berkurang, waktu tidur berkurang, kelahiran prematur dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (Faujiah et al., 2020; Selfiana et al., 2023).

Biasanya kondisi gangguan psikologis saat hamil akan mempengaruhi persepsi ibu dalam menghadapi persalinan. Ia semakin cemas atau khawatir dan takut berlebihan menjelang

proses persalinan karena menganggap dirinya tidak akan mampu menahan rasa nyeri kontraksi maupun kemampuan untuk mengejan. Sehingga fenomena saat ini banyak sekali ibu hamil yang lebih memilih metode persalinan dengan cara operasi *sectio caesarea* elektif atau terjadwal untuk menghindari rasa nyeri kontraksi. Padahal, faktanya di era modern ini banyak muncul metode asuhan persalinan yang cukup dapat mengurangi nyeri, minim intervensi medis, minim trauma, proses pemulihan lebih cepat, sehingga outputnya dapat meningkatkan kenyamanan saat proses persalinan. Metode ini salah satunya melalui *gentle birth* (Simbolon, 2023). Sebaliknya dengan ibu hamil yang telah mempersiapkan secara matang, baik fisik, mental, spiritual, dan finansial dalam menghadapi persalinan yang alami akan cenderung lebih tenang dan sangat menikmati setiap proses yang dilalui saat proses persalinannya (Paninsari *et al.*, 2022).

Kondisi gangguan psikologis saat hamil tidak akan berhenti begitu saja saat proses persalinan. Hal ini bahkan akan semakin parah dan memperpanjang masa gangguan psikis hingga masa postpartum apabila selama proses persalinannya ibu memiliki trauma atau pengalaman negatif. Gangguan psikologis ibu postpartum sangat dipengaruhi oleh gangguan *mood* akibat perubahan hormon yang signifikan dan adanya tanggung jawab peran baru sebagai orang tua (ibu). Maka dari itu, kondisi ini memerlukan proses adaptasi yang paripurna melalui dukungan sosial sekitar ibu. Semakin rendah dukungan sosial, maka akan semakin tinggi risiko terjadinya *postpartum blues* (Maliszewska *et al.*, 2016; Sari *et al.*, 2020).

Berikut adalah macam-macam gangguan psikologis perinatal yang umum terjadi dan memiliki dampak besar bagi kehidupan anaknya, diantaranya (Liou *et al.*, 2014):

1. *Postpartum Blues* atau *Baby Blues*

Postpartum blues merupakan salah satu gangguan fisiologis dan psikologis sementara yang terjadi pada masa postpartum. Kondisi ini dapat muncul pada hari pertama postpartum hingga 10 hari postpartum, puncaknya di hari kelima. Gejala yang timbul biasanya mudah menangis tanpa alasan yang jelas, sedih, *mood swing*, insomnia, kecemasan,

kebingungan, merasa tidak percaya diri, merasa tidak mampu menjadi seorang ibu yang merawat bayinya, acuh terhadap bayinya. Ini disebabkan oleh adanya perubahan hormonal yang mendadak setelah melahirkan. Kurangnya perhatian, deteksi dini, dan diagnosis yang tepat waktu terhadap adanya gangguan fisik dan mental postpartum dapat mengakibatkan gangguan emosional dan kognitif. Jika tidak ditangani dengan segera, akan meningkatkan risiko depresi postpartum pada ibu yang tidak dapat beradaptasi (Zanardo *et al.*, 2020). Berdasarkan temuan hasil telaah sistematis dan meta-analisis, prevalensi kejadian postpartum blues sebesar 13.7% hingga 76% paling banyak terjadi di negara-negara benua Afrika dan Eropa daripada di Asia dan US (Rezaie-Keikhaie *et al.*, 2020).

2. Depresi Perinatal

Salah satu komplikasi persalinan yang paling umum ialah depresi postpartum. Depresi postpartum merupakan gangguan mental yang melemahkan tetapi dapat diobati. Menurut *American Psychiatric Association* dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi kelima (DSM-5) mendefinisikan depresi postpartum sebagai episode depresi mayor dengan onset peripartum, jika onset gejala suasana hati terjadi selama kehamilan atau dalam waktu 4 minggu setelah melahirkan atau 3 bulan, 6 bulan, atau lebih pasca melahirkan (Stewart and Vigod, 2016).

Perkiraan prevalensi depresi postpartum berkisar antara 6.5 hingga 12.9% atau bahkan lebih tinggi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Gaynes *et al.*, 2005; Munk-Olsen *et al.*, 2006; Howard *et al.*, 2014). Adapun gejala depresi postpartum yang biasanya muncul ialah gangguan tidur (di luar yang terkait dengan perawatan bayi), kecemasan, mudah marah, kewalahan, obsesi berlebihan terhadap kesehatan dan pemberian makanan pada bayi, ideasi bunuh diri, adanya keinginan untuk menyakiti diri sendiri maupun bayinya. Hal ini disebabkan oleh adanya riwayat suasana hari dan kecemasan yang tidak diobati

khususnya yang dialami ibu saat kehamilan, adanya penurunan kadar hormon reproduksi yang cukup signifikan, faktor genetik, adanya trauma atau pengalaman negatif semasa hidup, dan faktor dukungan sosial yang rendah. Sekitar 20% wanita dengan depresi postpartum akab berpeluang masih mengalami depresi setelah tahun pertama pasca persalinan, dan 13% setelah 2 tahun, sekitar 40% mengalami kekambuhan baik selama kehamilan berikutnya maupun pada kesempatan lain yang tidak terikat dengan kehamilan (Goodman, 2004).

3. Gangguan Kecemasan atau *Anxiety-Disorder*

Kecemasan perinatal mengacu pada kecemasan yang dialami selama periode kehamilan hingga beberapa bulan setelah melahirkan. Kejadian gangguan kecemasan ini dilaporkan sebesar 78.96%. Hal ini terjadi oleh adanya faktor risiko yang menyertai, seperti pengalaman kehilangan di periode perinatal sebelumnya, riwayat psikiatri, riwayat persalinan yang sulit. Kondisi ini berbeda dari kecemasan umum karena ini terjadi spesifik akibat adanya perubahan fisik, hormonal, dan psikososial yang dialami ibu (Leach, Poyser and Fairweather-Schmidt, 2017).

Jenis-jenis gangguan kecemasan perinatal ialah gangguan kecemasan umum yang ditandai dengan kecemasan berlebih yang sulit dikendalikan kesejahteraan diri sendiri dan bayi; gangguan panik mendadak diiringi dengan gejala fisik seperti jantung berdebar kencang, kesulitan bernapas, dan perasaan takut yang intens; *Obsessive-Compulsive-Disorder* (OCD) ditandai dengan munculnya obsesi mengenai keselamatan bayi yang mengarah pada perilaku kompulsif, seperti memeriksa bayi berulang kali atau mengikuti ritual tertentu agar merasa aman; *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) biasanya muncul setelah pengalaman melahirkan yang traumatis, seperti komplikasi medis serius, intervensi darurat, atau kelahiran prematur.

4. Stress Perinatal

Stress perinatal sama halnya dengan tiga gangguan psikologis yang telah dibahas di atas, selama masa kehamilan hingga beberapa minggu atau bulan setelah melahirkan. Kondisi ini dipicu oleh perubahan hormon, kecemasan akan persalinan, tanggung jawab sebagai orang tua baru, serta berbagai faktor sosial ekonomi yang akan berdampak pada kesejahteraan ibu selama hamil. Jika kondisi ini tidak teratasi dengan baik, maka berisiko untuk berubah menjadi depresi postpartum (De Carli *et al.*, 2019).

Kondisi stres tinggi yang dialami oleh ibu diakibatkan oleh ketidakmampuan ibu dalam mengelola stres itu sendiri. Ibu tidak mampu melakukan koping stres ditambah dengan tidak adanya *support system* dari lingkungan terdekatnya. Ibu yang mengalami stres tinggi biasanya terjadi pada ibu yang tidak mampu bercerita atau sekedar meminta bantuan kepada orang lain. Ia memiliki persepsi bahwa masalah tersebut dapat ia selesaikan sendiri dan tidak ada seorang pun yang mampu mengerti dan membantu permasalahannya. Padahal, jika ibu memiliki dukungan sosial tinggi, hal tersebut tidak akan terjadi, yang akan terjadi ialah adanya teman diskusi, pendamping, dan pelindung bagi ibu ketika ia merasa tidak aman.

4.3 Dampak Psikologis Perinatal Terhadap Tumbuh Kembang Anak

Kesehatan mental atau psikis ibu merupakan faktor penting bagi tumbuh kembang anak. Ada istilah anak yang sehat, lahir dari ibu yang sehat. Karena ibu yang sehat secara fisik dan psikis akan mampu menjaga janin sejak di dalam kandungan hingga memberikan kasih sayang dan pengasuhan yang optimal bagi tumbuh kembang anaknya. Kesehatan mental ibu sering kali diabaikan dibandingkan dengan kesehatan fisik ibu. Padahal, kesejahteraan mental ibu sangat dibutuhkan apalagi pada masa awal kehidupan anak, karena anak sangat bergantung kepada ibunya.

Selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas terdapat banyak perubahan fisik dan emosional yang terjadi akibat ketidakseimbangan hormon sehingga dapat menyebabkan masalah psikologis, seperti kecemasan, stres, dan depresi. Ibu yang mengalami ketidakseimbangan mental memiliki dampak jangka pendek dan jangka panjang, baik dalam perkembangan fisik maupun psikologis anak. Masalah atau gangguan psikologis yang dialami saat kehamilan akan memengaruhi pada perkembangan emosi anak di masa depan (Zuliana, Sari and Rossita, 2023). Oleh karena itu, untuk memastikan kesejahteraan holistik, kesehatan mental ibu perlu mendapat perhatian serius dari keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat sekitar.

Postpartum blues atau *baby blues* dapat meningkatkan risiko gangguan pada perawatan bayi sehingga dapat mengganggu interaksi ibu-anak, serta memengaruhi perkembangan anak (Rezaie-Keikhaie et al., 2020). Hal ini dikarenakan saat ibu mengalami gejala *baby blues* menjadi takut dan cemas untuk berada dekat dengan anaknya. Jika hal ini berlangsung lama, maka anak (bayi) akan merasa tidak aman dan tidak nyaman, sehingga akan memengaruhi keterikatan atau attachment dengan ibu. Padahal seperti yang kita ketahui bayi sangat membutuhkan perhatian, sentuhan, dan respons cepat dari ibunya, terutama pada minggu-minggu awal kehidupan yang krusial untuk perkembangan emosional dan sensoriknya.

Ibu dengan *baby blues* kemungkinan memiliki pola tidur terganggu dan tingkat energi yang rendah, sehingga dapat menyebabkan kurangnya rutinitas atau jadwal tidur yang konsisten untuk bayi. Bayi yang tidurnya sering terganggu atau tidak memiliki rutinitas tidur yang teratur, bisa menjadi lebih mudah rewel, cemas, atau sulit beradaptasi.

Gangguan psikologis yang dialami oleh ibu pada saat hamil dan pasca melahirkan tidak hanya memiliki dampak langsung pada kelahirannya saja, melainkan juga memiliki efek jangka panjang pada kesehatan ibu, bayi/anak, dan seluruh keluarga (Schetter et al., 2012). Depresi, kecemasan, stres maternal ditemukan hubungannya dengan hiperaktivitas atau keterlambatan pertumbuhan (janin), persalinan prematur, BBLR, tidur tidak teratur atau kurang responsif terhadap rangsangan, berat badan

kurang, keterlambatan pertumbuhan, afeksi negatif atau hubungan ibu-bayi buruk, defisiensi perhatian, ketidakstabilan emosional, atau masalah perilaku (anak/remaja), kemungkinan lebih rendah bagi ibu baru untuk menyusui secara eksklusif (Leach et al., 2017). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa kejadian prematuritas lebih tinggi pada keturunan wanita dengan kormobid depresi dan kecemasan dibandingkan dengan keturunan wanita dengan depresi atau kecemasan saja (Williamson et al., 1989).

4.4 Penanganan Dampak Psikologis pada Kesehatan Ibu dan Anak

Fenomena gangguan mental di antara ibu hamil maupun ibu postpartum merupakan realitas yang dekat dengan masyarakat yang acapkali tidak mendapatkan perhatian cukup. Contoh paling mudah, budaya masyarakat Indonesia ketika melakukan budaya tilik bayi atau tengok bayi baru lahir cenderung lebih memperhatikan kondisi bayi alih-alih menanyakan bagaimana kondisi sang ibu. Banyak orang datang untuk menengok bayi, membawa banyak hadiah untuk bayi, namun sangat jarang orang-orang memberikan atensi spesifik untuk sang ibu. Di samping faktor internal keluarga yang bisa memperparah kondisi mental ibu postpartum seperti peran suami yang kurang optimal dalam pendampingan postpartum atau dalam kasus yang lebih ekstrim terjadi pengabaian (Karimah and Sutarno, 2023).

Hal semacam ini harapannya untuk segera ditangani, setidaknya oleh orang-orang terdekat. Penguatan fungsi keluarga inti menjadi titik sentral untuk mengembangkan lingkungan yang ramah akan perkembangan mental bagi ibu postpartum. Peran suami menjadi vital karena suami berfungsi sebagai pendamping, pelindung, pengayom dan memberikan bantuan instrumental kepada ibu postpartum semisal membantu mencuci baju bayi, mengurus urusan domestik, memfasilitasi ibu postpartum dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, hingga menjadi pelindung dari ancaman sosial yang mengancam kestabilan mental ibu postpartum, seperti gunjingan, penilaian sepihak, *body shaming* dan lain sebagainya.

Berdasarkan kajian telaah sistematis, menekankan bahwa adanya hubungan peran penting figur suami dalam kondisi kestabilan mental ibu (Antoniou et al., 2021). Suami yang cenderung proaktif dan selalu siap sedia memberikan bantuan dan dukungan pada ibu perinatal, meningkatkan kemungkinan ibu mendapatkan rasa aman dan tenang lebih besar daripada suami yang abai (Kurniati et al., 2017). Renata and Agus (2021) semakin menegaskan peran sentral suami 2.3 kali lebih berpeluang dalam pencegahan resiko baby blues maupun gangguan mood. Ditemukan bahwa ibu postpartum lebih bahagia ketika mendapatkan pelayanan dari pasangannya. Atensi pasangan juga efektif meningkatkan kepercayaan diri ibu postpartum, optimisme pada waktu yang akan datang, dan tentunya rasa aman.

Hal kongkret yang bisa dilakukan langsung oleh para suami atau ayah atau calon orang tua adalah bagaimana membangun bonding attachment di antara keduanya sebelum berencana memiliki anak. Ikatan emosional pada orang tua yang kuat akan meningkatkan kematangan orang tua dalam memiliki anak. Kegiatan bonding merupakan hubungan antara individu dengan orang lain dan melalui hal ini akan terbentuk attachment atau kasih sayang di antara keduanya (Perry and Ph, 2001). Apabila hubungan antar suami dan istri telah terjalin harmonis, maka dalam hal menghadapi proses kehamilan hingga merawat anak keduanya akan secara otomatis bekerja sama membagi peran sebagai seorang ayah dan ibu terhadap anaknya. Sehingga anak bahagia akan terlahir dari orang tua yang bahagia.

Selain itu langkah awal pencegahan terjadinya kasus gangguan psikologis pada ibu dan anak ialah dengan mempersiapkan mental seorang calon ibu. Sasaran tersebut ialah remaja perempuan. Ketika seorang perempuan belum berdamai dengan kehidupan masa lalunya, maka dampak negatif akan selalu ada di setiap fase kehidupannya. Sebagai contoh, seorang anak yang dibesarkan oleh orang tua yang otoriter atau mengalami kekerasan dalam rumah tangga akan mengadopsi pola yang sama ketika ia menjadi orang tua. Kemudian contoh lainnya, ketika seorang perempuan belum selesai dengan keinginan dan kepuasannya di masa remaja atau dewasa awal, ketika menjadi seorang ibu dan punya anak akan

cenderung lebih sensitif terhadap *trigger* sosial yang tidak bisa ia dapatkan kembali, seperti pengembangan karir yang paripurna. Maka dari itu melalui upaya pendampingan kesehatan mental remaja dapat memperbaiki dan mengoptimalkan kualitas hidup perempuan (Suwijik & A'yun, 2022).

Kemudian, strategi yang dapat dilakukan oleh ibu hamil dalam mengurangi tingkat stres ialah dengan melakukan antenatal care atau pemeriksaan kehamilan secara rutin. Selain itu, adanya dukungan suami yang dapat membantu meningkatkan rasa percaya diri ibu selama menjalani kehamilan, ibu perlu menghindari pekerjaan berisiko yang terlalu melelahkan dan membahayakan, mengikuti kelas prenatal yoga dan senam hamil (Nuryati and Handayani, 2022).

Upaya-upaya tersebut sangat memerlukan dukungan dari pemerintah terutama dalam hal regulasi kebijakan yang menjadi dasar untuk meningkatkan pendanaan dan akses ke layanan kesehatan mental serta didukung juga oleh pendekatan berbasis komunitas (Ayuningtyas, Misnaniarti and Rayhani, 2018).

4.5 Penutup

Sebagai penutup, pentingnya perhatian terhadap kesehatan mental ibu selama masa perinatal tidak dapat dikesampingkan, mengingat dampak yang ditimbulkan berupa dampak jangka pendek dan jangka panjang terhadap kesejahteraan ibu dan perkembangan anak. Berbagai gangguan psikologis, seperti *baby blues*, depresi postpartum, kecemasan, dan stres yang dialami ibu perinatal dapat memengaruhi keterikatan ibu-anak serta kualitas perawatan yang diberikan kepada bayi. Kondisi ini akan berpotensi mengganggu perkembangan fisik, emosional, dan sosial anak dalam jangka panjang.

Maka dari itu, upaya pencegahan dan penanganan kesehatan mental perinatal harus menjadi prioritas dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak. Dukungan sosial dari keluarga dan komunitas, deteksi dini oleh tenaga kesehatan, serta program edukasi mengenai kesehatan mental perinatal menjadi langkah penting untuk meningkatkan kualitas hidup ibu dan anak. Melalui pendekatan yang komprehensif berbasis masyarakat dan kerjasama antar interprofesional diharapkan mampu memahami dan memberikan perhatian lebih pada kesehatan mental ibu, menciptakan lingkungan yang mendukung bagi ibu hamil dan

postpartum, serta memperkuat upaya untuk mencapai generasi yang sehat secara holistik.

DAFTAR PUSTAKA

- Antoniou, E. *et al.* (2021) 'Perinatal mental health; the role and the effect of the partner: A systematic review', *Healthcare (Switzerland)*, 9(11). Available at: <https://doi.org/10.3390/healthcare9111572>.
- Ayuningtyas, D., Misnaniarti, M. and Rayhani, M. (2018) 'Analisis Situasi Kesehatan Mental pada Masyarakat di Indonesia dan Strategi Penanggulangannya', *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.26553/IJKM.2018.9.1.1-10>.
- Badan Pusat Statistik (2023) *Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020*. No.09/01/Th.XXVI. Badan Pusat Statistik.
- De Carli, P. *et al.* (2019) 'The expectant social mind: A systematic review of face processing during pregnancy and the effect of depression and anxiety', *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 102, pp. 153–171. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.NEUBIOREV.2019.04.013>.
- Fakhriyani, D.V. (2020) *Kesehatan Mental (Sejarah Kesehatan Mental)*, Halodoc.Com. Edited by M. Thoha. Duta Media Publishing. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Diana-Fakhriyani/publication/348819060_Kesehatan_Mental/links/60591b56458515e834643f66/Kesehatan-Mental.pdf.
- Faujiah, I.N., Murti, B. and Prasetya, H. (2020) 'Meta-Analysis of the Effect of Prenatal Stress on the Premature Birth', *Journal of Maternal and Child Health*, 5(6), pp. 601–613. Available at: <https://doi.org/10.26911/thejmch.2020.05.06.01>.
- Gaynes, B. *et al.* (2005) *Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes: Summary*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/> (Accessed: 29 October 2024).
- Goodman, J.H. (2004) 'Postpartum Depression Beyond the Early Postpartum Period', *Journal of Obstetric, Gynecologic, &*

- Neonatal Nursing*, 33(4), pp. 410–420. Available at: <https://doi.org/10.1177/0884217504266915>.
- Howard, L.M. *et al.* (2014) 'Non-psychotic mental disorders in the perinatal period', *The Lancet*, 384(9956), pp. 1775–1788. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9/ASSET/EF9A44CA-2223-4666-86DE-80A66FD78D94/MAIN.ASSETS/GR2.JPG](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9/ASSET/EF9A44CA-2223-4666-86DE-80A66FD78D94/MAIN.ASSETS/GR2.JPG).
- Indonesia, P.R. (2009) *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009, Presiden Republik Indonesia*. Indonesia.
- Karimah, I. and Sutarno, M. (2023) 'Literature Review: Hubungan Dukungan Suami Terhadap Kejadian Depresi Postpartum', *Indonesian Scholar Journal of Nursing and Midwifery Science (ISJNMS)*, 3(05), pp. 1221–1239. Available at: <https://doi.org/10.54402/ISJNMS.V3I05.420>.
- Kurniati, A. *et al.* (2017) 'Suami SIAGA: Male engagement in maternal health in Indonesia', *Health Policy and Planning*, 32(8), pp. 1203–1211. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx073>.
- Leach, L.S., Poyser, C. and Fairweather-Schmidt, K. (2017) 'Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates', *Clinical Psychologist*, 21(1), pp. 4–19. Available at: <https://doi.org/10.1111/CP.12058>.
- Liou, S.R., Wang, P. and Cheng, C.Y. (2014) 'Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety', *Midwifery*, 30(6), pp. 795–801. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.11.007>.
- Maliszewska, K. *et al.* (2016) 'Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues', *Ginekologia Polska*, 87(6), pp. 442–447. Available at: <https://doi.org/10.5603/GP.2016.0023>.
- Martafiyah, S., Supriadi, C. and Saifudin, T. (2023) 'Modeling the Maternal Mortality Rate in Indonesia Using Geographically Weighted Poisson Regression Approach', *AIP Conference Proceedings*, 2975(1). Available at: <https://doi.org/10.1063/5.0181066/2930722>.
- Munk-Olsen, T. *et al.* (2006) 'New Parents and Mental Disorders: A Population-Based Register Study', *JAMA*, 296(21), pp. 2582–

2589. Available at:
<https://doi.org/10.1001/JAMA.296.21.2582>.
- Notoatmodjo, S. (2008) *Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuryati, T. and Handayani (2022) 'Pelatihan Manajemen Stres pada Ibu Hamil di Puskesmas Bojong Menteng Kota Bekasi', *J-ABDI: Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat*, 1(9), pp. 2115–2124. Available at:
<https://doi.org/10.53625/JABDI.V1I9.1248>.
- Paninsari, D. *et al.* (2022) 'The relationship between preparation for gentle birth and the degree of anxiety of first pregnant women in facing labor at PMB Mutiara Medan Sunggal', *Priviet Social Sciences Journal*, 2(4), pp. 1–4. Available at:
<https://doi.org/10.55942/pssj.v2i4.183>.
- Perry, B.D. and Ph, D. (2001) 'Bonding and Attachment in Maltreated Children in Childhood', *Development*, pp. 1–10. Available at:
<http://www.childtrauma.org/index.php/articles/attachment>.
- Remelia, M. *et al.* (2023) *Psikologi Kesehatan*. Purbalingga: CV Eureka Media Aksara.
- Renata, B. and Agus, D. (2021) 'Association of husband support and postpartum blues in postpartum women', *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 9(3), pp. 140–143. Available at:
<https://doi.org/10.32771/inajog.v9i3.1467>.
- Rezaie-Keikhaie, K. *et al.* (2020) 'Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period', *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 49(2), pp. 127–136. Available at:
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>.
- Romauli, S. (2014) *Buku Ajar Askeb I: Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sari, A.N. and Riawati, D. (2019) 'Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil tentang Perubahan Psikologis Selama Kehamilan', *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 10(2), pp. 102–109. Available at:
<https://doi.org/https://doi.org/10.36419/jkebin.v10i2.285>.
- Sari, R.P., Densy, A. and Keraman, B. (2020) 'Analisis Faktor Risiko Kejadian Postpartum Blues di Puskesmas Perumnas

- Kabupaten Rejang Lebong', *Journal Of Midwifery*, 8(1), pp. 29–36. Available at: <https://doi.org/10.37676/JM.V8I1.1031>.
- Schetter, C., psychiatry, L.T.-C. opinion in and 2012, undefined (no date) 'Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice', *ncbi.nlm.nih.gov* [Preprint]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4447112/> (Accessed: 20 July 2020).
- Simbolon, N. (2023) 'Efektivitas Metode Gentle Birth dalam Mengurangi Tindakan Patologis Persalinan di Klinik Bersalin Bojonggede Tahun 2022', *Open Access Jakarta Journal of Health Sciences*, 2(7), pp. 801–809. Available at: <https://doi.org/10.53801/OAJJHS.V2I7.159>.
- Stewart, D.E. and Vigod, S. (2016) 'Postpartum depression', *Psychiatric Disorders during the Postpartum Period in Light of Current Advances*, 375(22), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.1097/01.nme.0000531872.48283.ab>.
- Suwijik, S.P. and A'yun, Q. (2022) 'Pengaruh Kesehatan Mental dalam Upaya Memperbaiki dan Mengoptimalkan Kualitas Hidup Perempuan', *Journal of Feminism and Gender Studies*, 2(2), p. 109. Available at: <https://doi.org/10.19184/jfgs.v2i2.30731>.
- Wardhani, Y.F. and Paramita, A. (2016) 'Pelayanan Kesehatan Mental dalam Hubungannya dengan Disabilitas dan Gaya Hidup Masyarakat Indonesia (Analisis Lanjut RISKESDAS 2007 dan 2013) (Mental Health Services Disability and Life Style of Indonesian)', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 19(1), pp. 99–107.
- WHO (2013) *Mental Health Action Plan 2013-2020*, World Health Organization. Geneva: WHO Library Cataloguing.
- WHO (2024) *Maternal Mortality*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (Accessed: 22 October 2024).

- Williamson, H.A., LeFevre, M. and Hector, M. (1989) 'Association between life stress and serious perinatal complications', *Journal of Family Practice*, 29(5), pp. 489–496.
- Zanardo, V. *et al.* (2020) 'Maternity blues: a risk factor for anhedonia, anxiety, and depression components of Edinburgh Postnatal Depression Scale', *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 33(23), pp. 3962–3968. Available at: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1593363>.
- Zuliana, T.A., Sari, L.L. and Rossita, T. (2023) 'Hubungan Kehamilan Ibu Di Usia Muda Dengan Perkembangan Emosi Anak Usia 3-5 Tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Suka Datang Kabupaten Lebong Tahun 2023', *BUNDA: Jurnal Kebidanan dan Maternitas*, 1(1), pp. 7–14. Available at: <https://cendekiamedia.com/index.php/IJKK/article/view/46> (Accessed: 23 October 2024).

BAB 5

PENDEKATAN MULTIDISIPLIN DALAM KEBIDANAN

Oleh Sirajul Muna

5.1 Konsep dan Prinsip Manajemen Secara Umum

1. Deifinisi

Manajemen adalah membuat pekerjaan selesai (getting things done). Manajemen adalah mengungkapkan apa yang hendak dikerjakan, kemudian menyelesaikannya (A, 2013). Manajemen adalah menentukan tujuan dahulu secara pasti (yakni menyatakan dengan rinci apa yang hendak dituju) dan mencapainya (Alamsyah D, 2012)

Kata Manajemen berasal dari bahasa Perancis kuno menagement, yang memiliki arti "seni melaksanakan dan mengatur".

Berikut ini beberapa definisi manajemen secara umum menurut beberapa ahli (Hasibuan, 2020) :

- a. G.R. Terry : Manajemen adalah suatu proses atau kerangka kerja, yang melibatkan bimbingan atau pengarahan suatu kelompok orang-orang ke arah tujuan-tujuan organisasional atau maksud maksud yang nyata.
- b. Hilman: Manajemen adalah fungsi untuk mencapai sesuatu melalui kegiatan orang lain dan mengawasi usaha-usaha individu untuk mencapai tujuan yang sama.
- c. Ricky W. Griffin: Manajemen sebagai sebuah proses perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran (goals) secara efektif dan efesien. Efektif berarti bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, sementara efisien berarti bahwa tugas yang ada

dilaksanakan secara benar, terorganisir, dan sesuai dengan jadwal.

- d. Drs. Oey Liang Lee: Manajemen adalah seni dan ilmu perencanaan pengorganisasian, penyusunan, pengarahan dan pengawasan daripada sumberdaya manusia untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
- e. William H. Newman: Manajemen adalah fungsi yang berhubungan dengan memperoleh hasil tertentu melalui orang lain.
- f. Renville Siagian: Manajemen adalah suatu bidang usaha yang bergerak dalam bidang jasa pelayanan dan dikelola oleh para tenaga ahli terlatih serta berpengalaman.
- g. Prof. Eiji Ogawa: Manajemen adalah perencanaan, pengimplementasian dan pengendalian kegiatan-kegiatan termasuk sistem pembuatan barang yang dilakukan oleh organisasi usaha dengan terlebih dahulu telah menetapkan sasaran-sasaran untuk kerja yang dapat disempurnakan sesuai dengan kondisi lingkungan yang berubah.
- h. Federick Winslow Taylor: Manajemen adalah suatu percobaan yang sungguh- sungguh untuk menghadapi setiap persoalan yang timbul dalam pimpinan perusahaan (dan organisasi lain) atau setiap sistem kerjasama manusia dengan sikap dan jiwa seorang sarjana dan dengan menggunakan alat-alat perumusan.
- i. Henry Fayol: Manajemen mengandung gagasan lima fungsi utama yaitu, merancang, mengorganisasi, memerintah, mengoordinasi, dan mengendalikan. Lyndak F. Urwick: Manajemen adalah *Forecasting* (meramalkan), *Planning* (perencanaan), *Organizing* (pengorganisirian), *Commanding* (memerintahakan), *Coordinating* (pengkoordinasian) dan *Controlling* (pengontrolan).

Dari beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah suatu proses dalam rangka mencapai tujuan dengan bekerja bersama melalui orang-orang dan sumber daya

organisasi lainnya. Secara umum manajemen juga dipandang sebagai sebuah disiplin ilmu yang mengajarkan tentang proses untuk memperoleh tujuan organisasi melalui upaya bersama dengan sejumlah orang atau sumber milik organisasi.

2. Teori -Teori Manajemen (Hariandja, 2020)

- a. Teori manajemen ilmiah (*Scientific Management Theory*)
Teori mengatakan bahwa manager pada tingkat bawah sangat penting, karena berhubungan langsung dengan proses produksi, dan menentukan berhasil tidaknya suatu organisasi mencapai target yang ditentukan (Frederick W. Taylor)
- b. Teori administratif (*Administratif Theory*)
Teori ini menganggap yang penting adalah organisasi pada tingkat teratas, karena segala sesuatu dapat berjalan dengan baik jika para manager dapat manager dapat menggerakkan organisasi sesuai dengan prinsip-prinsip manajemen.
- c. Teori motivasional (*motivational Theory*)
Teori ini mengatakan bahwa efektif manager adalah seseorang yang dapat memotivasi stafnya untuk bekerja lebih baik dengan memperhatikan staf tersebut.
- d. Teori situasional (*Situational Theory*)
Teori ini berdasarkan pada asumsi dasar untuk melakukan motivasi pada seseorang untuk melakukan pekerjaan, yang berhubungan dengan :
 - 1) Pencapaian tujuan yang diharapkan.
 - 2) Kepuasan pribadi
 - 3) Reward

3. Prinsip – Prinsip Manajemen

- a. Efisiensi
Efisiensi adalah bagaimana mencapai akhir dengan hanya menggunakan sarana yang perlu, atau dengan menggunakan sarana sesedikit mungkin. Efisiensi adalah ukuran mengenai hubungan antara hasil yang

dicapai dan usaha yang telah di keluarkan (misalnya oleh seorang tenaga kesehatan).

b. Efektivitas

Efektivitas adalah seberapa besar suatu tujuan sedang, atau telah tercapai, efektivitas merupakan sesuatu yang hendak ditingkatkan oleh manajemen.

c. Rasional dalam mengambil keputusan

Pengambilan keputusan yang rasional sangat diperlukan dalam proses manajemen. Keputusan merupakan suatu pilihan dari dua atau lebih tindakan. Dalam istilah manajemen, pengambilan keputusan merupakan jawaban atas pertanyaan tentang perkembangan suatu kegiatan.

5.2 Manajemen Kebidanan

Berdasarkan uraian di atas mengenai konsep manajemen secara umum kami akan membahas bagaimana manajemen kebidanan manajemen kebidanan kaitannya dengan peran dan fungsi seorang bidan di dalam prakteknya secara professional, dituntut tanggungjawab manajerial yang bermutu. Untuk itu metode ilmiah akan dapat dilakukan bila telah memahami betul teknik – teknik manajemen yang adekuat. Artinya di dalam prakteknya yang penuh tanggungjawab itu dilakukan menggunakan teori-teori dan prinsip manajemen, yang telah diakui secara nasional maupun internasional (Arlenti, L & Zainal, 2021) . Dengan perkataan lain, bidan praktek telah menggunakan manajemen kebidanan yang adekuat dalam memberikan asuhan kebidanan pada kliennya.

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berfikir logis sistematis dalam member asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur fikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya.

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk

mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Pengertian manajemen kebidanan menurut beberapa sumber :

- a. Menurut buku 50 tahun IBI, 2007

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Sofyan, M., Nur A.M., 2007)

- b. Menurut Depkes RI, 2005

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat (Depkes RI, 2005)

- c. Menurut Helen Varney (1997)

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Varney, 1997)

Sesuai dengan perkembangan pelayanan kebidanan, maka bidan diharapkan lebih kritis dalam melaksanakan proses manajemen kebidanan untuk mengambil keputusan. Menurut Helen Varney, ia mengembangkan proses manajemen kebidanan ini dari 5 langkah menjadi 7 langkah yaitu mulai dari pengumpulan data sampai dengan evaluasi.

Bidan mempunyai fungsi yang sangat penting dalam asuhan yang mandiri, kolaborasi, dan melakukan rujukan yang tepat. Oleh karena itu, bidan dituntut untuk mampu mendeteksi dini tanda dan gejala komplikasi kehamilan, memberikan pertolongan kegawatdaruratan kebidanan dan perinatal dan merujuk kasus. Praktek kebidanan telah mengalami perluasan

peran dan fungsi dari fokus terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta anak balita bergeser kepada upaya mengantisipasi tuntutan kebutuhan masyarakat yang dinamis yaitu menuju kepada pelayanan kesehatan reproduksi sejak konsepsi, persalinan, pelayanan ginekologis, kontrasepsi, asuhan pre dan post menopause, sehingga hal ini merupakan suatu tantangan bagi bidan.

Asuhan yang diberikan oleh bidan harus dicatat secara benar, singkat, jelas, logis dan sistematis sesuai dengan metode pendokumentasian. Dokumentasi sangat penting artinya baik bagi pemberi asuhan maupun penerima pelayanan asuhan kebidanan, dan dapat digunakan sebagai data otentik bahwa asuhan telah dilaksanakan.

Bidan sebagai tenaga kesehatan yang profesional memberikan asuhan kepada klien memiliki kewajiban memberikan asuhan untuk menyelamatkan ibu dan anak dari gangguan kesehatan. Asuhan yang dimaksud adalah asuhan kebidanan. Secara definitive, asuhan kebidanan dapat diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu ibu atau anak. Asuhan kebidanan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga kecil bahagia sejahtera.

Untuk melaksanakan asuhan tersebut digunakan metode dan pendekatan yang disebut manajemen kebidanan. Metode dan pendekatan digunakan untuk mendalami permasalahan yang dialami oleh klien, dan kemudian merumuskan permasalahan tersebut serta akhirnya mengambil langkah pemecahannya. Manajemen kebidanan membantu proses berfikir bidan dalam melaksanakan asuhan dan pelayanan kebidanan.

Dalam melaksanakan tugasnya pada pelayanan kebidanan, seorang bidan melakukan pendekatan dengan metode pemecahan masalah yang dikenal dengan manajemen kebidanan.

Manajemen kebidanan untuk mengaplikasikan pendekatan adalah :

- a. Identifikasi dan analisis masalah yang mencakup pengumpulan data subjektif dan objektif dan analisis dari data yang dikumpul/dicatat.
- b. Perumusan (diagnosis) masalah utama, masalah yang mungkin akan timbul (potensial) serta penentuan perlunya konsultasi, kolaborasi, dan rujukan.
- c. Penyusunan rencana tindakan berdasarkan hasil perumusan.
- d. Pelaksanaan tindakan kebidanan sesuai dengan kewenangannya.
- e. Evaluasi hasil tindakan. Hasil evaluasi ini digunakan untuk menentukan tingkat keberhasilan tindakan kebidanan yang telah dilakukan dan sebagai bahan tindak lanjut

Semua tahapan dari manajemen kebidanan ini didokumentasi sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat dan juga untuk keperluan lain seperti referensi serta penelitian.

Manajemen juga tidak dapat lepas dari adanya praktik pelayanan kebidanan. Tanpa adanya manajemen, pelayanan kebidanan tidak akan dapat memperoleh hasil capaian yang maksimal. Lalu, seperti apakah manajemen dilihat dari kacamata kebidanan. Maka di bawah ini akan kita bahas tentang pengertian manajemen kebidanan dari beberapa sumber yang dapat kita temui.

- a. Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Buku 50 tahun IBI, 2007).
- b. Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada individu, keluarga dan masyarakat (Depkes RI, 2005).
- c. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk

mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Helen Varney, 1997).

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh A CNM (1999) terdiri atas:

- a. Mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan secara sistematis melalui pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengkaji riwayat kesehatan dan melakukan pemeriksaan fisik.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasar interpretasi data dasar.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberi informasi dan dukungan kepada klien sehingga mampu membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
- f. Secara pribadi, bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual.
- g. Melakukan konsultasi perencanaan, melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi, dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya.
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi dalam situasi darurat jika terdapat penyimpangan dari keadaan normal.
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

5.3 Sasaran Management Kebidanan

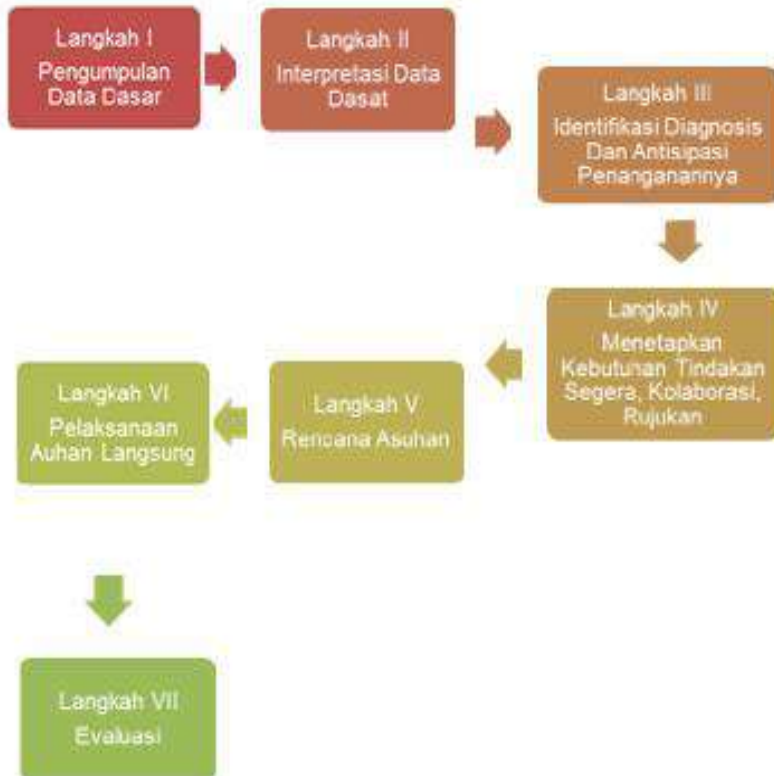
Manajemen kebidanan tidak hanya diimplementasikan pada asuhan kebidanan pada individu akan tetapi dapat juga diterapkan di dalam pelaksanaan pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada keluarga dan masyarakat. manajemen kebidanan mendorong para bidan menggunakan cara yang teratur dan rasional sehingga mempermudah pelaksanaan yang tepat dalam mencagahkan masalah klien dan kemudian akhirnya tujuan mewujudkan kondisi ibu dan anak yang sehat dapat tercapai.

Seperti yang telah dikemukakan di atas bahwa permasalahan kesehatan ibu dan anak yang ditangani oleh bidan mutlak menggunakan metode dan pendekatan manajemen kebidanan. Sesuai dengan lingkup dan tanggungjawab bidang maka sasaran manajemen kebidanan ditunjukkan kepada baik individu ibu dan anak, keluarga maupun kelompok masyarakat.

Individu sebagai sasaran didalam asuhan kebidanan disebut klien. yang dimaksud klien di sini ialah setiap individu yang dilayani oleh bidan baik itu sehat maupun sakit. klien yang sakit disebut pasien. upaya menyehatkan dan meningkatkan status kesehatan keluarga akan lebih efektif bila dilakukan melalui ibu baik didalam keluarga maupun didalam kelompok masyarakat. didalam pelaksanaan manajemen kebidanan, bidan memandang keluarga dan kelompok masyarakat sebagai kumpulan individu-individu yang berada di dalam suatu ikatan sosial dimana ibu memegang peran sentral (AFni, 2023)

Manajemen kebidanan dapat digunakan oleh bidan di dalam setiap melaksanakan kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan kesehatan ibu dan anak dalam lingkup dan tanggungjawab (Yulizawati dkk, 2019)

5.4 Langkah – Langkah Manajemen Kebidanan



Gambar 5.1. Langkah-langkah dalam manajemen kebidanan

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini kita harus mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara:

- a. Anamnesa
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda- tanda vital
- c. Pemeriksaan khusus
- d. Pemeriksaan penunjang

Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam penatalaksanaan maka kita perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Tahap ini merupakan Langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga kita harus melakukan pendekatan yang komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi / masukan klien yang sebenarnya dan valid. Setelah itu, kita perlu melakukan pengkajian ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat ataukah belum.

2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini kita akan melakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan pada pengumpulan data dasar. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah yang terjadi pada klien tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Standar nomenklatur diagnosa kebidanan adalah seperti di bawah ini:

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan

- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita akan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa / masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dapat dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi penanganan agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi.

4. Langkah IV: Mengidentifikasi Perlunya Tindakan Segera Oleh Bidan / Dokter

Pada langkah ini kita akan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan, atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus.

Pada penjelasan di atas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah / kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnose/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/ segera untuk ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan.

5. Langkah V: Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh yang Ditentukan Oleh Langkah Sebelumnya

Pada langkah ini kita harus merencanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi pada langkah sebelumnya. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6. Langkah VI: Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien

adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

7. Langkah VII: Evaluasi Keefektifan Asuhan

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik, maka dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik (Mufdillah.dkk, 2009)

5.5 Lingkup Praktek Kebidanan

1. Ruang Lingkup dan Sasaran

Dalam melaksanakan praktik, bidan memberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan terhadap perempuan pada masa prakonsepsi, masa hamil, melahirkan dan postpartum, maupun masa interval, melaksanakan pertolongan persalinan dibawah tanggungjawabnya sendiri, memberi asuhan Bayi Baru Lahir, bayi dan anak balita.

Meliputi tindakan pemeliharaan, pencegahan, deteksi, serta intervensi, dan rujukan pada keadaan risiko tinggi, termasuk kegawatan pada ibu dan anak. Sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan, dan pemulihan.

Menurut Kepmenkes no 900/Menkes/SK/VII/2002 :
Pelayanan kebidanan : asuhan bagi perempuan mulai dari :

- a. Pranikah
- b. Pra kehamilan
- c. Selama kehamilan
- d. Persalinan
- e. Nifas
- f. Menyusui
- g. Interval antara masa kehamilan
- h. Menopause
- i. Bayi baru lahir, bayi dan balita

Pelayanan KB :

- a. Konseling KB
- b. Penyediaan berbagai jenis alat kontrasepsi
- c. Nasehat dan tindakan bila terjadi efek samping

Pelayanan Kesehatan Masyarakat :

- a. Asuhan untuk keluarga yang mengasuh anak
- b. Pembinaan kesehatan keluarga
- c. Kebidanan komunitas
- d. Persalinan di rumah
- e. Kunjungan rumah
- f. Deteksi dini kelainan pada ibu dan anak

Sasaran Pelayanan Kebidanan :

- a. Individu
- b. Keluarga
- c. Masyarakat

2. Lahan Praktik Pelayanan Kebidanan

- a. BPS/ di rumah
- b. Masyarakat
- c. Puskesmas
- d. Polindes/PKD
- e. RS/RB
- f. Klinik dan unit kesehatan lainnya

5.6 Pengorganisasian Praktik Asuhan Kebidanan

1. Pelayanan Mandiri

Layanan kebidanan primer yang dilakukan oleh seorang bidan yang sepenuhnya menjadi tanggungjawab bidan.

2. Kolaborasi

Layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan. Misalnya: merawat ibu hamil dengan komplikasi medik atau obstetric.

Tujuan pelayanan : berbagi otoritas dalam pemberian pelayanan berkualitas sesuai ruang lingkup masing-masing. Kemampuan untuk berbagi tanggung jawab antara bidan dan dokter sangat penting agar bisa saling menghormati, saling mempercayai dan menciptakan komunikasi efektif antara kedua profesi.

3. Rujukan

Layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya, yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan yang dilakukan oleh bidan ketempat atau fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau ke profesi kesehatan lain. Layanan bidan yang tepat akan meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya.

4. Konsultasi

Pada kondisi tertentu bidan membutuhkan nasehat atau pendapat dari dokter atau anggota tim perawatan klien yang lain tapi tanggung jawab utama terhadap klien tetap ditangan bidan (Manuaba.I.G.B, 2010)

DAFTAR PUSTAKA

- A, A. (2013) *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Tangerang: Binarupa Aksara Publisher.
- AFni, R. dkk (2023) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan (Teori)*. Cilacap: PT. Media Pustaka Indo.
- Alamsyah D (2012) *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika, Indonesia.
- Arlenti, L & Zainal, E. (2021) *Manajemen Pelayanan Kebidanan*. Bengkulu: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Saptabakti.
- Depkes RI, 2005 (2005) "Undang-Undang Republik Indonesia Nomor : 23," in. Jakarta.
- Hariandja, M.T.E. (2020) *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Hasibuan, M.T.E. (2020) *Manajemen Dasar, Pengertian, dan Masalah, Edisi Revisi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Manuaba.I.G.B (2010) *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.
- Mufdillah.dkk (2009) *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Fitramaya.
- Sofyan, M., Nur A.M., dan R.S. (2007) *50 Tahun IBI Bidan Menyongsong Masa Depan*. Jakarta: IBI.
- Varney, H. (1997) *Varney's Midwifery. Third Editions*. Jones N Barnet Publiser. New York.
- Yulizawati dkk (2019) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Sidoardjo: Indomedia, Pustaka.

BIODATA PENULIS



Bakti Putri Harwijayanti, S.ST, M.Tr.Keb
Staf Dosen Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Purworejo tanggal 06 Desember 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Poltekkes Kemenkes Semarang. Menyelesaikan pendidikan D3 di Prodi Kebidanan Magelang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang dan D4 Kebidanan di Universitas Respati Yogyakarta dan melanjutkan S2 pada Magister Terapan Kebidanan Pascasarjana Poltekkes Kemenkes Semarang. Penulis menekuni bidang pendidikan dan pengembangan kompetensi melalui penyusunan karya literatur maupun karya ilmiah lainnya.

BIODATA PENULIS



Bdn. Ni Ketut Ayu Sugiartini, S.ST, M.Kes

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kartini Bali

Ni Ketut Ayu Sugiartini lahir di Kabupaten Badung, Provinsi Bali 05 Juli 1987. Menyelesaikan pendidikan dasar di SDN 3 Mengwi Badung tahun 2000. Kemudian melanjutkan pendidikan menengah di SMPN 1 Mengwi Tahun 2000 dan atas di SMAN 1 Mengwi pada tahun 2003. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan Diploma III Kebidanan di Akademi Kebidanan Kartini Bali yang kini sudah berubah bentuk menjadi Politeknik Kesehatan Kartini Bali. Setelah itu menempuh pendidikan Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar tahun 2011. Tahun 2014 menempuh pendidikan s2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Udayana. Saat ini penulis adalah dosen tetap di Politeknik Kesehatan Kartini Bali pada Program Studi Diploma III Kebidanan. Penulis menamatkan pendidikan Profesi Bidan Tahun 2022. Saat ini penulis aktif menjalankan Tri Dharma Perguruan Tinggi (Pengajaran, Penelitian, dan Pengabdian Masyarakat). Penulis tertarik menulis buku dari tahun 2020 dengan harapan apa yang telah dibuat berguna bagi orang lain.

BIODATA PENULIS



Irfa Nur Faujiah, S.Tr.Keb., M.K.M

Dosen Program Studi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Respati

Penulis lahir di Tasikmalaya, 12 Desember 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan STIKes Respati. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat minat Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Sebelas Maret. Saat ini, penulis tengah menempuh Program Pendidikan Profesi Bidan di Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya.

Penulis telah mempublikasikan beberapa artikel ilmiah di jurnal nasional yang berkaitan dengan kesehatan mental ibu hamil dan dampak psikologis terhadap perkembangan janin.

Penulis memiliki komitmen besar dalam meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan mental ibu dan anak, serta mendorong implementasi kebijakan kesehatan secara holistik. Melalui buku ini, penulis berharap dapat memberikan wawasan yang lebih mendalam dan praktis tentang dampak psikologis terhadap kesehatan ibu dan anak, serta bagaimana peran keluarga dan komunitas dalam menjaga kesejahteraan mental.

BIODATA PENULIS



Sirajul Muna, SST, M.Kes

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi
STIKES MUHAMMADIYAH ACEH

Penulis lahir di Banda Aceh tanggal 31 Juli 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi STIKES Muhammadiyah Aceh, Menyelesaikan pendidikan D IV Kebidanan di POLTEKKES KEMENKES ACEH pada tahun 2009 , dan melanjutkan S2 pada Jurusan Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara pada tahun 2014. Penulis pernah menjabat sebagai Wakil Ketua I bidang akademik di STIKES MUHAMMADIYAH ACEH tahun 2019 -2023, dan sejak tanggal 07 Agustus 2023 hingga sekarang menjabat sebagai Kaprodi Kebidanan dan profesi di STIKES MUHAMMADIYAH ACEH.