

PEMAHAMAN PSIKOLOGIS DALAM KEBIDANAN

**Fidatul Jamila
Rufidah Maulina
Rully Fatriani
Rahmi Padlilah
Salina
Nanik Susanti
Made Dewi Sariyani
Kadek Sri Ariyanti**



GET PRESS INDONESIA

PEMAHAMAN PSIKOLOGIS DALAM KEBIDANAN

Penulis :

Fidatul Jamila
Rufidah Maulina
Rully Fatriani
Rahmi Padlilah
Salina
Nanik Susanti
Made Dewi Sariyani
Kadek Sri Ariyanti

ISBN :

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.
Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

Penyunting: Yuliatrini Novita, M.Hum.

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

Penerbit: GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Januari 2023

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

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayahNya, maka Penulisan Buku dengan judul Pemahaman Psikologis dalam Kebidanan dapat diselesaikan dengan kerjasama tim penulis. Psikologi dalam Praktik Kebidanan merupakan buku yang berisikan pembahasan mengenai psikologi dalam masa reproduksi, kebijaksanaan asuhan pada perempuan dengan gangguan kesehatan mental, baik lokal, nasional dan internasional, ketidaknyamanan umum pada kehamilan, dan perilaku serta perubahan, hal-hal yang mempengaruhi kesehatan mental *during pregnancy*, manajemen pada resiko bunuh diri dan kekerasan oleh pasangan, kerjasama dan komunikasi interpersonal dalam penanganan masalah kesehatan mental, *clinical resources for professional*, dan pencegahan dan penanganan trauma-trauma.

Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan literatur yang mudah dipahami.

Padang, Desember 2023
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	v
BAB 1 PSIKOLOGI DALAM MASA REPRODUKSI	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Psikologi Pada Masa Reproduksi	2
1.3 Psikologi Komunikasi Ibu dan Bayi	9
1.4 Adaptasi Menjadi Orang Tua	15
1.5 <i>Bounding Attachment</i>	17
DAFTAR PUSTAKA	18
BAB 2 KEBIJAKSANAAN ASUHAN PADA PEREMPUAN DENGAN GANGGUAN KESEHATAN MENTAL, BAIK LOKAL, NASIONAL DAN INTERNASIONAL	19
2.1 Profil Kesehatan Mental di Internasional	19
2.2 Profil Perinatal Mental <i>Health</i> di Seluruh Dunia	22
2.3 Profil Kesehatan Mental di Indonesia	29
2.3.1 Tantangan Utama dan Solusi dalam Penanganan Kesehatan Mental di Indonesia	32
2.3.2 Kebijakan Kesehatan Mental di Indonesia	38
2.3.3 Peran Bidan dalam Penanganan Kesehatan Mental di Indonesia	39
DAFTAR PUSTAKA	40
BAB 3 KETIDAKNYAMANAN UMUM PADA KEHAMILAN, DAN PERILAKU SERTA PERUBAHAN	47
3.1 Pendahuluan	47
3.2 Ketidaknyamanan Umum dan Perubahan Perilaku Pada Kehamilan	49
3.2.1 Pengertian Ketidaknyamanan	49
3.2.2 Faktor Penyebab Ketidaknyamanan yang Berhubungan dengan Perubahan Perilaku	49
3.3 Mengatasi Ketidaknyamanan Pada Kehamilan	51
3.3.1 Urgensi Mengatasi Ketidaknyamanan	51
3.3.2 Cara Mengatasi Ketidaknyamanan	52
DAFTAR PUSTAKA	55
BAB 4 HAL-HAL YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN MENTAL <i>DURING PREGNANCY</i>	57
4.1 Pendahuluan	57
4.2 Macam-Macam Gangguan Mental	58
4.2.1 Stress	58
4.2.2 Gangguan Kecemasan	59
4.2.3 Depresi	63
4.2.4 Komplikasi yang disebabkan oleh Stress, Kecemasan	

dan Depresi.....	65
4.2.5 Hal-Hal yang dapat Mengakibatkan Gangguan Mental pada Ibu Hamil.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....	76
BAB 5 MENEJEMEN PADA RESIKO BUNUH DIRI	
DAN KEKERASAN OLEH PASANGAN	79
5.1 Pendahuluan	79
5.2 Bunuh Diri.....	81
5.2.1 Penyebab Bunuh Diri	81
5.2.2 Perilaku Bunuh Diri	83
5.2.3 Faktor Resiko Bunuh Diri.....	83
5.2.4 Faktor Protektif Bunuh Diri	84
5.2.5 Kajian Asuhan Kebidanan	85
5.3 Kekerasan Oleh Pasangan	95
5.3.1 Dampak Kekerasan Oleh Pasangan	95
5.3.2 Bentuk-Bentuk Kekerasan oleh Pasangan.....	96
5.3.3 Faktor-Faktor Kekerasan oleh Pasangan.....	97
DAFTAR PUSTAKA.....	99
BAB 6 KERJASAMA DAN KOMUNIKASI	
DALAM PENANGANAN MASALAH KESEHATAN MENTAL	101
BAB 7 CLINICAL RESOURCES FOR PROFESSIONAL	117
7.1 Pendahuluan	117
7.2 Konsep Profesionalisme	118
7.2.1 Clinical Resources.....	121
7.2.2 <i>Professional for Midwife</i>	123
DAFTAR PUSTAKA.....	126
BAB 8 PENCEGAHAN DAN PENANGANAN TRAUMA-TRAUMA	127
8.1 Pendahuluan	127
8.2 Trauma Psikologis pada Kehamilan	129
8.2.1 Etiologi Trauma Psikologis pada Kehamilan.....	129
8.2.2 Tanda dan Gejala Trauma Psikis Ibu Hamil	130
8.2.3 Diagnosis Trauma Psikis pada Ibu Hamil	131
8.2.4 Dampak Trauma Psikis pada Ibu Hamil	131
8.3 Trauma Psikologis Pasca Persalinan.....	132
8.3.1 Etiologi Trauma Psikologis Pasca Persalinan.....	132
8.3.2 Tanda dan Gejala Trauma Psikologis Pasca Persalinan.....	133
8.3.4 Dampak Trauma Psikologis Pasca Persalinan	134
8.4 Pencegahan Trauma Psikologis.....	135
8.4.1 Pencegahan Trauma Psikologis pada Ibu Hamil.....	135
8.4.2 Pencegahan Trauma Psikologis Pasca Melahirkan.....	136
8.5 Penangan Trauma Psikologis.....	137
8.5.1 Penanganan Trauma Psikologis pada Ibu Hamil	137

8.5.2 Penanganan Trauma Psikologis Pasca Persalinan.....	138
DAFTAR PUSTAKA.....	139
BIODATA PENULIS.....	141

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Persalinan di Rumah dengan Menggunakan Birth Pool atau Kolam untuk Persalinan atau untuk Meredakan Nyeri Kontaksi	23
Gambar 2.2 Tahapan Pendekatan Kesehatan Mental pada Kelompok Rentan	37
Gambar 7.1 Konsep Profesionalisme	120
Gambar 7.2 Karakteristik Profesional	120
Gambar 7.3 Kualitas Pelayanan untuk Menuju Profesional.....	122
Gambar 7.4 Karir Kebidanan	124
Gambar 7.5 <i>A Professional Midwifery Advocate</i> (PMA)	124
Gambar 7.6 Sifat Profesional	125
Gambar 7.7 <i>Quote</i> Untuk Bidan-Bidan Hebat.....	125

BAB 1

PSIKOLOGI DALAM MASA REPRODUKSI

Oleh Fidatul Jamila

1.1 Pendahuluan

Secara etimologi yang diambil dari bahasa Yunani, psikologi berasal dari kata *psche* yang berarti jiwa dan *logos* yang berarti ilmu atau pengetahuan. Oleh karena itu psikologi dapat diartikan sebagai ilmu yang mempelajari perilaku, proses, mental dan interaksi individu dengan lingkungannya. Disiplin ini melibatkan penyelidikan dan analisis terhadap berbagai aspek kehidupan manusia, termasuk pikiran, perasaan, motivasi, persepsi. Pembelajaran dan perilaku sosial. Menurut Kartini Kartono (2004), psikologi merupakan suatu ilmu pengetahuan yang mempelajari tentang tingkah laku dan perbuatan individu yang tidak dapat dilepaskan dari lingkungannya. Psikologi dalam masa reproduksi akan mempelajari tentang adaptasi psikologi mulai dari masa remaja yaitu periode menstruasi hingga menopause.

1.2 Psikologi Pada Masa Reproduksi

1. Menstruasi

a. Definisi Menstruasi

Menstruasi atau *menarche* adalah perdarahan dari uterus yang merupakan akibat dari luruhnya dinding uterus (endometrium) yang diikuti oleh perdarahan karena perubahan sistem hormon dan terjadi setiap bulan kecuali keadaan tertentu misalnya hamil (Lubis, 2016).

b. Gangguan psikologi pada masa menstruasi

Pada saat menstruasi, terdapat beberapa gangguan yang biasanya dialami oleh wanita sebagai akibat dari perubahan hormonal, khususnya pada remaja yang baru saja mengalami gejala tersebut. Disinilah akan kita bahas beberapa gangguan psikologi pada masa menstruasi, antara lain :

1) Kompleks kastrasi

Kompleks kastrasi atau trauma genetalia merupakan reaksi psikis tertentu yang timbul pada saat menstruasi pertama. Dalam psikoanalisis, trauma genetalia tergolong dalam shock emosional (Dr. Helena Deutsch). Pada beberapa kasus kompleks kastrasi ini, muncul beberapa gejala imajinasi yang aneh-aneh yang diikuti dengan rasa cemas dan ketakutan berlebihan yang diakibatkan dari rasa bersalah dan perasaan berdosa yang semuanya dikaitkan dengan kejadian menstruasi. Mereka menganggap bahwa darah menstruasi adalah hal yang menjijikkan dan merupakan sesuatu yang haram.

2) Teori *Cloaca*

Teori “cloaca” (saluran buang atau membuang kotoran tempat muaranya saluran kencing dan usus) menyebutkan bahwa segala sesuatu yang keluar melalui rongga tubuh adalah sesuatu yang najis, menjijikkan, haram dan tidan suci. Sehingga muncul anggapan bahwa seseorang yang mengalami menstruasi merasa dirinya kotor, malu dan emosi-emosi negatif lainnya. Emosi negatif inilah yang membuat seseorang

menjadi terlihat lemah, merasa sakit-sakitan. Hal ini biasanya dijadikan alasan untuk terhindar dari tugas, tanggung jawab serta kewajiban tertentu.

3) Phobia

Adalah perasaan ketakutan berlebihan dan tidak logis yang dialami oleh seseorang. Phobia ditandai dengan perasaan khawatir dan ketakutan secara terus-menerus terhadap proses menstruasi yang tidak segera diatasi. Phobia dikenal dalam istilah kedokteran pertama kali dengan istilah kedokteran Celcus, beliau adalah pencipta ensiklopedia.

4) Hypochondria

Rasa tekanan batin dan kemurungan yang bersifat patologis, terkadang diikuti oleh perasaan takut berlebihan terhadap kesehatannya yang diikuti fantasi-fantasi sakit yang dirasakan.

5) Paranoid

Merupakan reaksi tidak wajar dan berlebihan terhadap suatu hal atau bayang-bayang pikiran yang tidak nyata.

6) *Psychokene amenorrhea*

Merupakan gejala berupa tertundanya atau terhentinya menstruasi yang disebabkan oleh gangguan psikis yang digolongkan dalam keadaan patologis. Hal ini bisa terjadi saat seseorang mengalami penolakan menstruasi pertama kali, kejadian ini akan menyebabkan penghentian secara fungsional dan akan berubah menjadi retensi pada menstruasi (keberhentian haid). Penyebab dari hal ini adalah karena reaksi shock pada saat menstruasi pertama kali, namun tidak menutup kemungkinan akan terjadi pada usia yang lebih tua. Gangguan ini hanya bisa diatasi dengan terapi psikis.

- c. Gangguan psikologi lain pada masa menstruasi
- 1) Merasa keterbatasan aktivitas
Seseorang terkadang merasa aktivitasnya menjadi terbatas pada saat menstruasi, misalnya pada aktivitas ibadah, kerja bahkan olah raga.
 - 2) Mudah tersinggung dan mudah marah
Perasaan marah dan mudah tersinggung terjadi karena pengaruh perubahan hormon yang terjadi saat menstruasi. Selain itu, rasa sakit pada saat menstruasi akan menjadikan seseorang menjadi lebih sensitif.
 - 3) Perubahan pola makan
Biasanya seseorang yang sedang menstruasi akan cenderung menyukai makanan manis.
 - 4) Merasa gelisah dan gangguan tidur.
Pada beberapa kasus, menstruasi akan membuat seseorang mengalami gangguan pola tidur bahkan insomnia.
- d. Cara mengatasi gangguan psikologi pada masa menstruasi.
- Sebagai seorang bidan, kita bisa melakukan beberapa hal yang bertujuan untuk mengatasi maupun meringankan masalah psikologi selama menstruasi, antara lain :
- 1) Menjelaskan bahwa menstruasi merupakan hal yang fisiologis yang akan dialami oleh semua wanita sebagai tanda awal mula masa reproduksi sehat.
 - 2) Memberikan informasi-informasi yang benar tentang menstruasi agar tidak terjadi kesalahpahaman tentang proses menstruasi.
 - 3) Mengajarkan untuk teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan maupun kecemasan pada masa menstruasi.
 - 4) Memberikan dukungan kepada klien agar lebih percaya diri dan tidak merasa cemas menghadapi menstruasi.

2. Perkawinan

a. Definisi Perkawinan

Perkawinan adalah ikatan lahir batin antara suami dan istri yang dipertemukan secara formal di hadapan penghulu/ kepala agama, disaksikan para saksi dan sejumlah hadirin dimana bentuk ikrar laki-laki dan wanita bersifat dwitunggal yakni saling memiliki satu sama lain dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa.

b. Tipe- tipe perkawinan

1) Perkawinan periodik (*term marriage*)

Perkawinan yang dilaksanakan dengan melaksanakan suatu kontrak dengan alasan perkawinan harus dicoba dahulu untuk menentukan apakah cocok untuk dilanjutkan atau tidak. Kontrak perkawinan ini biasanya bertahap dan bisa berhenti bila dirasa tidak cocok.

2) Poligami

Poligami adalah sebuah perkawinan dimana seorang suami memiliki istri lebih dari satu. Alasan dilakukan poligami bermacam-macam antara lain karena sebab jenisk kelamin anak, status sosial, ekonomi dan lainnya.

3) Perkawinan eugenis

Perkawinan eugenis adalah perkawinan yang bertujuan untuk memperbaiki atau memuliakan keturunan.

c. Gangguan psikologi pada masa perkawinan

1) Ketegangan dan kecemasan pada masa perkawinan

2) Kejenuhan pada masa perkawinan

3) Ketidakpuasan terhadap pasangan

4) Merasa aktivitasnya terbatas

d. Peran bidan

- 1) Bidan sebagai penyuluh dan pemberi motivasi
- 2) Menyiapkan kedua belah pihak untuk menjadi orang tua yang mampu memberikan pendidikan dan perawatan untuk anaknya.
- 3) Memberikan langkah pencegahan misalkan dengan pemberian imunisasi TT.
- 4) Memberikan pelayanan tanpa memandang status sosial

3. Kehamilan

Gangguan Psikologi kehamilan berdasarkan penyebabnya :

a. *Infertility*

Merupakan suatu gangguan pada sistem reproduksi pria maupun wanita yang ditandai dengan kegagalan untuk mencapai kehamilan setelah 12 bulan atau lebih melakukan aktivitas seksual (*sexual intercourse*) tanpa alat kontrasepsi (WHO, 2023).

Beberapa faktor gangguan psikologis yang dapat menyebabkan infertilitas :

- 1) Kecemasan dalam bawah sadar yang sering kali tidak disadari
- 2) Kecemasan yang bersifat irrasional (tidak berdasar)
- 3) Kecemasan terhadap proses kehamilan serta keluhan selama hamil seperti mual muntah dan perut kembung
- 4) Kecemasan pada proses mentruasi hingga menyebabkan keluhan seperti nyeri saat menstruasi.

b. Kehamilan diluar nikah

Kehamilan diluar nikah terjadi dimana seorang wanita hamil tanpa adanya ikatan yang sah baik secara agama maupun negara antara laki-laki dan perempuan. Banyak faktor yang menjadi penyebab adanya kehamilan diluar nikah ini, antara lain kurangnya perhatian dan kasih sayang dari anggota keluarga inti sehingga seseorang akan mencari kasih sayang di luar lingkungan rumah. Selain itu, kemudahan akses pornografi menjadi salah satu faktor adanya pergaulan bebas saat ini.

Gangguan psikologi yang ditimbulkan dari kehamilan diluar nikah ini bermacam-macam, antara lain: rasa malu terhadap lingkungan sekitar, frustrasi yang berujung mencelakai diri maupun janin dalam kandungannya dan merasa sudah tidak memiliki masa depan.

c. *Pseudosiesis*

Pseudosiesis didefinisikan sebagai kehamilan palsu dimana seseorang merasa bahwa dirinya hamil dengan tanda-tanda kehamilan seperti wanita hamil pada umumnya. *Pseudosiesis* ini memiliki gangguan psikis yang jauh lebih mengkhawatirkan dibandingkan dengan gangguan psikis pada kasus abortus.

Seseorang dengan kehamilan *Pseudosiesis* secara psikologis memiliki sikap yang ambivalen terhadap kehamilannya. Disatu sisi dia sangat menginginkan kehamilannya dan disisi lain dia khawatir untuk merealisasikan keinginannya memiliki anak sehingga terjadi proses inhibisi.

d. Abortus

Respon wanita dalam menghadapi keguguran kehamilannya berbeda-beda bergantung dari keadaan psikologis masing-masing individu. Pada saat proses kehamilan, seorang ibu akan merasa janin dalam kandungannya merupakan bagian dari dirinya sehingga saat terjadi keguguran akan timbul perasaan kehilangan dalam dirinya.

- 4. Kelahiran
- 5. Masa Nifas

- a. Definisi nifas

Periode nifas dimulai pada 2 jam setelah plasenta dilahirkan hingga 6 minggu setelahnya. Pada masa nifas tubuh melakukan pemulihan ke keadaan semula (sebelum kehamilan). Pada masa ini, terjadi perubahan hormon yang akan mempengaruhi baik fisiologis maupun psikologis ibu.

- b. Gangguan psikologis pada masa nifas

- 1) *Post partum blues*

Merupakan keadaan dimana seorang ibu mengalami kesedihan dan terjadi sementara waktu, biasanya dalam 2-3 minggu setelah kelahiran. Gejala yang sering muncul antara lain : menangis tanpa sebab, mudah khawatir, tidak percaya diri, sensitif, mudah tersinggung dan perasaan sedih tanpa sebab yang jelas.

Pada keadaan ini dukungan keluarga terutama suami sangat diperlukan. Rasa lelah dan kurangnya intensitas tidur dimalam hari dapat memperparah keadaan *post partum blues* ini. Beberapa hal yang bisa dilakukan seorang ibu nifas yang mengalami *post partum blues* antara lain: mengkomunikasikan dengan suami untuk membantu dalam perawatan bayi, meminta tolong suami atau orang terdekat untuk menjaga banyinya sementara waktu jika memang ibu membutuhkan istirahat, meminimalisir kekhawatiran akan kemampuan merawat sang buah hati dan yakin dengan seiringnya waktu ibu akan semakin terampil merawat anak.

2) *Depresi post partum*

Depresi post partum terjadi saat ibu berada pada periode nifas. Hal ini disebabkan karena ketidak seimbangan zat kimia yang ada di otak yang dialami oleh kurang lebih 10 % ibu nifas. Pada masa nifas, hormon estrogen dan progesteron mengalami penurunan yang signifikan dan hal ini akan mempengaruhi suasana hati juga. Berbeda dengan *post partum blues* yang hanya terjadi 2-3 minggu setelah kelahiran dan ibu hanya mengalami perasaan sedih dan murung, depresi post partum memiliki gejala yang lebih parah dari itu.

6. Menopause

1.3 Psikologi Komunikasi Ibu dan Bayi

1. Psikologi ibu dan bayi

a. Psikologi ibu

1) *Fase taking in* (fase menerima)

Pada hari pertama hingga ke dua setelah kelahiran, ibu memerlukan banyak perhatian, perawatan, perlindungan serta kasih sayang yang baik dari lingkungan sekitar. Pada fase ini ibu merasa sangat senang dengan kelahiran bayinya sehingga mungkin akan menceritakan pada beberapa orang yang ditemui mengenai proses kelahirannya. Ibu juga sangat merasa lebih sensitif dan cenderung pasif sehingga banyak memerlukan bantuan dari orang sekitar. Disinilah peran suami sangat diperlukan sebagai bentuk dukungan terhadap proses pemulihan ibu.

2) Fase *taking hold* (perilaku dependen-independen)

Fase ini terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 10, dimana ibu sudah mulai belajar mandiri namun sesekali masih memerlukan bantuan orang lain. Ibu sudah menunjukkan ketertarikan untuk merawat bayinya sendiri dan berusaha memenuhi keperluan bayinya dengan segera. Pada fase ini ibu sudah mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan baik yang berkaitan dengan dirinya maupun bayinya.

3) Fase *letting go*

Pada fase ini ibu sudah mulai menerima tanggungjawab sebagai seorang ibu. Fase ini biasanya terjadi setelah hari kesepuluh kelahiran. Ibu sudah mulai beradaptasi dengan peran barunya baik sebagai ibu maupun sebagai istri. Ibu juga sudah mulai mengambil peran dalam lingkungan seperti sediakala.

b. Perkembangan bayi

1) Perkembangan Fisik

a) Panjang badan

Panjang badan bayi baru lahir rata-rata 20 inchi atau sekitar 50 cm dan berat badan bayi baru lahir rata-rata 3.400 gram. Perbandingan dengan tinggi badan orang dewasa adalah kurang lebih seperempat sedangkan berat badanya bayi dibandingkan berat badan orang dewasa hanya sebagian kecil saja (steifert & hoffnung, 1994).

Pada 10 hari pertama kelahiran, bayi kehilangan sekitar 10% dari berat badan saat ia lahir. Hal ini masih tergolong fisiologis karena pada 10 hari pertama, bayi akan kehilangan cairan melalui urine dan feses. Namun setelah itu bayi akan mengalami

kenaikan berat badan sebesar 500gram hingga 1000 gram pada usia 6-8 bulan.

b) Perkembangan reflek

Pada bayi terdapat reflek primitif yaitu gerakan spontan dan tiba-tiba saat mendapatkan sebuah rangsangan. Reflek primitif ini akan hilang seiring bertambahnya usia. Beberapa reflek pada bayi, antara lain :

- (1) *Refleks rooting*
- (2) *Refleks sucking*
- (3) *Refleks moro*
- (4) *Refleks tonik neck*
- (5) *Refleks grasping*
- (6) *Refleks babinski*
- (7) *Refleks walking*

c) Rangkaian tingkah laku

Perkembangan reflek dan fungsi motorik akan memunculkan tingkah laku dan pola hidup yang membuat bayi akan melakukan perkembangan biologi yang lebih kompleks sebagai manusia. Serangkaian tingkah laku ini meliputi pola tidur, pola makan, pola toilet training dan lain sebagainya.

d) Perkembangan keterampilan motorik

Perkembangan motorik pada bayi sangat dipengaruhi oleh perkembangan otak dan sistem syaraf. Oleh sebab itu untuk mendukung perkembangan otak yang maksimal ibu hamil akan mempersiapkannya mulai dari masa kehamilan, misalnya dengan asupan nutrisi yang adekuat serta dilakukannya pemeriksaan kehamilan yang teratur. Pada masa kelahiran, hal-hal yang bisa menimbulkan trauma pada daerah kranial tentu sangat dihindari. Motorik pada

bayi terdiri dari dua, yaitu motorik kasar dan motorik halus.

(1) Motorik kasar

Motorik kasar adalah kemampuan tubuh untuk menggerakkan otot-otot besar seperti lengan dan kaki. Contohnya motorik kasar seperti kemampuan merangkak, tengkurap, berjalan, berlari dsb.

(2) Motorik halus

Motorik halus adalah gerakan yang hanya melibatkan otot-otot kecil. Gerakan pada motorik halus membutuhkan koordinasi mata dengan cermat, misalkan ketangkasan jari untuk mengambil benda. Penting sekali untuk melatih dan memberikan stimulus pada bayi agar bayi dapat mengkoordinasikan gerakan. Misalnya dengan memberikan stimulus suara yaitu meminta bayi untuk mengambil mainan disekitarnya, maka hal ini akan memberikan stimulasi yang melibatkan kerja otak dan sistem syaraf serta gerakan motorik berupa usaha untuk mengambil dan menggenggam.

e) Perkembangan sensori

Bayi baru lahir memiliki sebuah alat yang akan berfungsi untuk mentrasfer stimulus menjadi sebuah informasi, alat inilah yang dinamakan panca indera. Pada saat bayi baru lahir, panca indera tersebut tidaklah langsung menjalankan fungsinya dengan sempurna seperti halnya manusia dewasa normal melainkan akan berkembang dengan bertahap. Panca indera ini terdiri dari mata, hidung, lidah, telinga dan kulit.

f) Perkembangan otak

Pada masa kandungan, bayi telah membentuk kurang lebih 1,5 milyar sel saraf setiap menitnya sehingga pada saat dia dilahirkan dia memiliki hampir seluruh sel syaraf yang dibutuhkan hingga masa dewasa. Namun pada saat lahir, sel-sel otak ini masih belum matur. Pertumbuhan sel-sel otak mengalami percepatan pertumbuhan dalam 2 tahun awal kehidupannya dan akan terus berlanjut. Pada masa ini rangsangan atau stimulus sangatlah diperlukan untuk memaksimalkan perkembangan sel-sel otak.

2) Perkembangan Kognitif

a) Perkembangan kognitif menurut piaget

Perkembangan kognitif menurut Jean Piaget atau dikenal dengan teori piaget mengatakan bahwa kecerdasan seorang anak berubah seiringnya pertumbuhan dirinya. Piaget membagi perkembangan kognitif menjadi 4, yaitu: tahap perkembangan sensori motorik pada usia 18-24 bulan, tahap praoperasional pada usia 2-7 tahun, tahap operasional konkret pada usia 7-11 tahun dan tahap operasional formal pada usia 12 tahun keatas.

b) Perkembangan kognitif menurut pandangan kontemporer

Perkembangan kognitif menurut pandangan kontemporer hadir untuk memodifikasi teori piaget. Pandangan kontemporer menyatakan bahwa perkembangan kognitif anak bisa muncul sebelum usia yang telah ditentukan oleh teori piaget.

c) Perkembangan persepsi

d) Perkembangan konsepsi

e) Perkembangan memori

- f) Perkembangan bahasa
- 3) Perkembangan Psikososial
 - a) Perkembangan emosi

Emosi merupakan sebuah respon terhadap stimulus yang akan mempengaruhi secara fisiologis. Beberapa emosi akan diekspresikan oleh bayi lebih awal daripada ekspresi emosi yang lain. Emosi yang paling awal dialami oleh bayi adalah menangis dan tersenyum. Pada tahapan perkembangan, bayi mulai mampu merespon sekitar dengan cara tersenyum saat memasuki usia kurang lebih 1 bulan.
 - b) Perkembangan temperamen

Temperamen merupakan salah satu dimensi psikologi berupa kemampuan seseorang dalam merespon sekitar yang berkaitan dengan aktifitas fisik dan emosional. Temperamen dapat diartikan sebagai bentuk respon individu yang berupa pengaturan diri terhadap kualitas dan intensitas respon emosional yang relatif stabil dari waktu ke waktu dan dalam berbagai kondisi dan situasi yang dipengaruhi oleh pembawaan, kematangan dan pengalaman.
 - c) Perkembangan percaya diri

Perkembangan rasa percaya diri dan tidak percaya diri pada anak dibentuk pada tahun-tahun pertama kehidupannya dan akan terus berlangsung hingga memasuki usia sekolah. Seorang bayi yang diasuh dengan kasih sayang rasa aman dan perawatan yang baik akan membentuk kepercayaan dirinya. Namun hal ini tidak berhenti di awal tahun pertama kehidupannya. Pada tahun kedua, bayi harus tetap diberikan rasa nyaman dan aman untuk membentuk rasa percaya diri.

Pada saat memasuki usia sekolah, rasa percaya diri dapat dilatih dengan memilihkan lingkungan yang aman dan nyaman serta guru yang dapat dipercaya untuk kebersamaanya.

d) Perkembangan otonomi

Pada tahap ini, bayi mulai memiliki inisiatif untuk memilih gerakan apa yang ia kehendaki. Perkembangan otonomi terlihat saat bayi tidak hanya memiliki kemampuan untuk berjalan, namun dia akan memodifikasi dengan inisiatif memanjat dan berlari. Bayi akan belajar untuk mengendalikan otot-otot mereka dan melakukan gerakan berdasarkan keinginannya. Bayi terlebih dahulu mendapat persetujuan dari pengasuh untuk selanjutnya dia akan lebih percaya diri untuk melakukan inisiatif gerakan otonomi pada dirinya.

2. Komunikasi ibu dan bayi

- a. Menyentuh
- b. Kontak mata
- c. Suara
- d. Bau
- e. Penyerapan

1.4 Adaptasi Menjadi Orang Tua

1. Hakikat orang tua

Orang tua dapat di artikan sebagai bagian dari keluarga yang terdiri dari ayah dan ibu yang terikat dalam sebuah ikatan perkawinan yang sah baik secara agama dan atau secara negara. Orang tua merupakan pendidik utama dalam sebuah keluarga. Orang tua memiliki peranan yang sangat penting dalam menentukan karakter masa depan yang akan dibentuk. Oleh sebab itu, pendidikan yang paling awal ialah pendidikan yang dimulai dari rumah. Orang tua, baik ayah maupun ibu sejatinya memiliki peran masing-masing dalam

sebuah rumah tangga, sehingga keduanya harus sama-sama aktif berperan dan tidak menyerahkan pada satu sisi saja.

2. Perencanaan menjadi orang tua

a. Persiapan fisik

Persiapan fisik untuk menjadi orang tua dapat dilakukan dengan mulai menjalani hidup sehat, misalnya dengan olah raga teratur dan makan makanan sehat dan bergizi seimbang. Seseorang biasanya akan mulai untuk memulai hidup sehat yaitu pada saat akan mulai program hamil. Tujuannya sudah tentu agar calon buah hati dapat tumbuh dengan optimal.

b. Persiapan psikologis

Kesiapan pasangan dalam segi psikologis sangat dibutuhkan pada saat memulai perencanaan untuk memiliki anak. Beberapa kasus yang telah kita ketahui bahwa saat anak lahir, akan ada penyesuaian peran baru, baik sebagai pasangan maupun orang tua baru.

c. Persiapan finansial

Persiapan finansial bisa dikatakan merupakan bagian yang penting dalam perencanaan dalam sebuah keluarga, termasuk didalamnya saat memiliki seorang anak. Persiapan finansial dapat dimulai mulai dari masa kehamilan hingga persiapan sekolah.

3. Peranan orang tua dalam keluarga

Secara umum orang tua memiliki peran dan tanggung jawab untuk mendidik, mengasuh dan mengasahi anak. Orang tua mempunyai andil yang cukup besar dalam membentuk karakter seorang anak. Baik ayah maupun ibu, keduanya memiliki peran masing-masing dalam keluarga. Beberapa keluarga memiliki tipe yang beragam dalam mendidik seorang anak. Ada yang menerapkan prinsip demokratis, otoriter maupun kombinasi keduanya.

1.5 *Bounding Attachment*

Dalam arti bahasa *bounding* dapat diartikan sebagai pembentukan sedangkan *attachment* adalah membangun ikatan sehingga dapat diartikan bahwa *bounding attachment* adalah pembentukan sebuah ikatan kasih sayang antara ibu atau orang tua dengan anak. Tahapan dalam *bounding attachment* antara lain: pengenalan, keterikatan dan perasaan yang mengikat antara individu yang satu dengan individu yang lain. Beberapa hal yang bisa membangun *bounding attachment* adalah : menyusui secara langsung, rawat gabung, kontak mata, aroma tubuh ibu, inisiasi menyusui dan beberapa aktifitas lainnya yang mendukung.

DAFTAR PUSTAKA

- Bahiyatun.2011.Buku Ajar Bidan Psikologi Ibu dan Anak.
Jakarta: EGC
- Dahro, Ahmad.2012.Psikologi Kebidanan: Analisis Perilaku
Wanita Untuk Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika
- Lubis, N. L. 2016. Psikologi Kespro : Wanita dan Perkembangan
Reproduksinya. Jakarta: Kencana.
- Pittara.2022.Postpartum Depression.Retrieved from
Alodokter.com:<https://www.alodokter.com/postpartum-depression>.
- WHO. 2023. Infertility. Retrieved from WHO:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.

BAB 2

KEBIJAKSANAAN ASUHAN PADA PEREMPUAN DENGAN GANGGUAN KESEHATAN MENTAL, BAIK LOKAL, NASIONAL DAN INTERNASIONAL

Oleh Rufidah Maulina

2.1 Profil Kesehatan Mental di Internasional

WHO mendefinisikan sehat sebagai “suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan sekedar bebas dari penyakit atau kelemahan.” (WHO, 2022). Pernyataan WHO mengubah pemikiran bahwa sehat hanya dilihat dari fisik saja, akan tetapi seiring dengan perkembangan ilmu dan teknologi, sehat ditambahkan definisinya dengan ‘sehat jiwa’. Kesehatan jiwa sangat mempengaruhi kehidupan manusia sehari-hari, terutama hal-hal krusial dalam hidup seperti kemampuan untuk membuat keputusan, membangun hubungan sosial, dan membangun bagaimana hidup kita depannya.

Kondisi gangguan mental tidak hanya terpaku pada adanya kelainan atau diagnosis mental saja, jauh lebih kompleks daripada itu, kesehatan mental bisa berbeda dari satu orang ke orang lainnya dengan derajat keparahan yang berbeda pula. Hal ini menyebabkan penanganan penyakit mental tidak bisa disamakan antara satu orang dengan orang lain, karena pasti orang yang mengalami gangguan mental, memiliki pengalaman atau pencetus yang berbeda

dengan orang yang lain, ditambah dengan perbedaan budaya dan sosial yang menyebabkan outcome klinik berbeda-beda tiap orang.

Gangguan jiwa seringkali disebabkan oleh kombinasi dan interaksi antara faktor genetik, psikologis, biologis, dan lingkungan (*National Institute of Mental Health* (NIMH), no date). Karena gangguan jiwa disebabkan karena interaksi dari berbagai faktor, sangat penting apabila semua orang mengetahui faktor tersebut dan mengetahui cara kerja bagaimana faktor itu dapat mempengaruhi kesehatan mental. Akan tetapi, urgensi layanan kesehatan mental di Masyarakat memiliki relevansi yang lebih besar di negara berkembang daripada negara maju, Kesenjangan antara beban gangguan mental dan layanan untuk gangguan mental sangat mengejutkan di negara-negara berpendapatan menengah dan menengah ke bawah (Kohrt *et al.*, 2018). Sedangkan satu dari lima orang dengan depresi menerima perawatan minimal yang memadai di negara-negara berpenghasilan tinggi, hanya satu dari 10 orang yang menerima perawatan di negara-negara berpendapatan menengah ke atas, dan satu dari 27 orang di negara-negara berpendapatan menengah ke bawah (Kohrt *et al.*, 2018).

Berbicara mengenai jumlah orang dengan gangguan jiwa di seluruh dunia, sejumlah peneliti dari Thailand membuat systematic review mengenai laporan gangguan jiwa selama *pandemic* di seluruh dunia. Temuan penelitian tersebut menyatakan bahwa secara global, prevalensi depresi sebanyak 28%, kecemasan sebanyak 26.9%, *Post-traumatic Stress* sebanyak 24.1%, sebanyak Distress Psikologis 50%, dan gangguan tidur sebanyak 27.6% (Nochaiwong *et al.*, 2021). Dua laporan peneliti mengenai prevalensi global gangguan jiwa sebelum pandemi pada 174 survei di 63 negara pada tahun 1980 hingga 2013 melaporkan bahwa 29.1% responden setelah dilakukan assessment, mengalami depresi selama 12 bulan terakhir (Steel *et al.*, 2014).

Laporan lain sebelum *pandemic* yang dilakukan sebagai bagian dari *Global Health Estimates* oleh WHO pada tahun 2015 menunjukkan bahwa diperkirakan 4.4% penduduk dunia mengalami depresi dan 3.6% mengalami kecemasan, dimana Perempuan lebih rentan mengalami gangguan tersebut dibandingkan laki-laki (World Health Organization, 2017). Kesimpulan dari data tersebut menunjukkan bahwa prevalensi masalah kesehatan jiwa selama pandemi lebih tinggi daripada sebelum pandemik, dimana Perempuan lebih rentan daripada laki-laki. Hal ini sebenarnya patut menjadi perhatian bersama untuk mencegah gangguan jiwa khususnya bagi Perempuan.

Kesehatan jiwa ibu selama hamil dan melahirkan atau biasa disebut kesehatan perinatal merupakan salah satu topik utama dalam pembahasan chapter ini. Mengetahui bahwa seperempat orang yang tinggal di negara-negara berkembang dilaporkan mengalami depresi selama dan dalam waktu satu tahun setelah kehamilan, serta dampak depresi perinatal yang begitu berat (Roddy Mitchell *et al.*, 2023), maka pada chapter ini akan membahas mengenai kebijakan-kebijakan perinatal mental health di beberapa negara, permasalahan *mental health* di Indonesia, serta tantangan dan rekomendasi yang dapat diadopsi oleh Indonesia.

2.2 Profil Perinatal Mental *Health* di Seluruh Dunia

Perinatal mental health merujuk pada kondisi kesehatan jiwa selama ibu hamil hingga satu tahun setelah melahirkan. Negara-negara di dunia memiliki penanganan dan kebijakan yang berbeda-beda tergantung dari kultur dan sumber daya yang mereka miliki. Berikut adalah penjelasan mengenai kebijakan mengenai perinatal *mental health* di seluruh dunia;

➤ Perinatal Mental *Health* di Belanda

Dalam pelayanan obstetric dan kebidanan, Belanda telah menerapkan pelayanan yang terintegrasi pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan rujukan. Asuhan kehamilan dilakukan oleh bidan di fasilitas kesehatan primer, yang tugasnya untuk memonitor ibu hamil baik fisik maupun mental serta membuat rujukan jika diperlukan (Leppers *et al.*, 2022). Pada tahun 2016, sebuah standar mengenai *Integrated Birth Care* atau Layanan Persalinan Terintegrasi telah dikembangkan dengan tujuan yaitu memaksimalkan layanan persalinan di Belanda. Standar tersebut salah satunya membahas bahwa apabila secara medis tidak perlu dilakukan persalinan di rumah sakit, lokasi alternatif yang tersedia seperti di rumah, di pusat persalinan, atau klinik rawat jalan. Pada tahun 2018, sekitar 28% persalinan dilakukan oleh bidan dan 13% diantaranya bertempat di rumah sang ibu. Dibandingkan negara-negara lain di Eropa, persalinan di rumah di Belanda jauh lebih tinggi daripada di negara lain. Sedangkan angka kematian ibu di Belanda mencapai 4.2 per 1000 persalinan pada tahun 2015 (Leppers *et al.*, 2022).



Gambar 2.1 Persalinan di Rumah dengan Menggunakan *Birth Pool* atau Kolam untuk Persalinan atau untuk Meredakan Nyeri Kontaksi
(Sumber: <https://www.immaterieelerfgoed.nl/en/page/3821/the-dutch-home-birth-culture>)

Mengenai resiko-resiko yang dapat menyebabkan kesehatan mental ibu terganggu, selama kehamilan dan nifas, sejumlah tenaga professional dikerahkan untuk mengecek apakah ada kekerasan dalam rumah tangga atau kekerasan pada anak. Kekerasan ini telah diketahui dapat meningkatkan resiko depresi postpartum dan bunuh diri pada ibu yang dapat pula membuat interaksi antara anak dan ibu terganggu.

Di Belanda, asuhan kepada ibu diberikan oleh Bidan, yang dilatih untuk membentuk kesadaran mengenai kesehatan mental pada ibu (Leppers *et al.*, 2022). Di sana, layanan kesehatan mental bagi ibu tidak hanya ditawarkan oleh rumah sakit tapi juga klinik rawat jalan. Di sana, terdapat tim POP (Psychiatrist, Obstretician, Pediatric) ditambah dengan bidan, dokter dan pekerja sosial/sosial worker yang berkolaborasi secara multidisiplin. Perawatan dengan tim POP juga menyasar pada penyakit kejiwaan parah dan bayi yang dirawat di ruang rawat inap ibu dan bayi. Fasilitas ini memberikan perawatan psikiatris bagi ibu untuk meningkatkan interaksi antara ibu dan bayi. Tersedia pula pedoman nasional berbasis bukti mengenai penggunaan obat-obatan psikiatri (seperti benzodiazepin dan

antidepresan) selama periode pra-konsepsi, kehamilan, persalinan, dan periode pascapersalinan (Leppers *et al.*, 2022).

➤ Perinatal Mental *Health* di India

India merupakan sebuah negara yang sangat besar dimana setiap negara bagian memiliki protocol mengenai kesehatan mental ibu yang dapat berbeda-beda. Kesehatan mental ibu di India dipengaruhi oleh beberapa fakto antara lain genetik dan lingkungan sosial. Sebuah penelitian di India menyebutkan bahwa kehamilan yang tidak diinginkan, umur pernikahan yang terlalu dini (<18 tahun), mahar yang tidak cukup, hubungan yang buruk antara suami dan mertua, dukungan sosial yang kurang, kekerasan dalam rumah tangga, pengalaman abortus sebelumnya, kekerasan, ketakutan akan melahirkan, anemia, dan tuntutan untuk melahirkan anak laki-laki dari suami dan mertuanya (Choedon *et al.*, 2023).

Untuk menanggulangi permasalahan kesehatan mental tersebut, di negara bagian Kerala, India, telah dibuat sebuah layanan rutin sebelum dan sesudah melahirkan yang terbukti efektif untuk mengurangi tingkat keparahan depresi pada ibu. Kegiatan ini bernama *Amma Manasu* dalam Bahasa Indonesia berarti pikiran Ibu, merupakan kunjungan antenatal dan postnatal oleh perawat kesehatan masyarakat yang dilatih untuk memberikan intervensi dan dilatih mengetahui jalur rujukan untuk kasus kesehatan mental tertentu. Di negara India juga terdapat system pelacakan Ibu dan anak atau MCTS yang merupakan platform entri data online meliputi data mengenai nutrisi, janji temu ANC, dan imunisasi anak. Teknologi ini akan berguna untuk mengidentifikasi ibu-ibu yang berisiko tinggi mengalami masalah kesehatan mental dan digunakan sebagai pertukaran informasi antar pemangku kepentingan dalam sistem kesehatan (Ganjekar, Thekkethayyil and Chandra, 2020).

➤ Perinatal Mental *Health* di Norwegia

Di Norwegia, *guidelines* untuk ibu hamil merekomendasikan bahwa semua fasilitas kesehatan harus melakukan identifikasi tanda dan gejala ibu yang mengalami gangguan mental. Klinik ibu dan anak contohnya, menawarkan program yang menyasar individu dan *support group* untuk keluarga dengan topik seperti menangani kesulitan membesarkan anak, peran menjadi orangtua, dan masalah interaksi antara orangtua dengan anak. Dokter umum menjadi tenaga kesehatan pertama yang menyediakan layanan untuk kesehatan mental bagi ibu. Tidak hanya itu, dokter mengetahui Riwayat kesehatan ibu dan keluarganya, serta dapat mengetahui kondisi sosial keluarga tersebut saat ini. Layanan yang diberikan antara lain dasar psikoterapi dan konseling serta dapat juga memberikan dan memonitor pemberian obat psikotropik. Ibu dengan penyalahgunaan obat-obatan dan bayinya menerima treatment dari interdisiplin yang berfokus pada pencegahan obat-obatan terlarang untuk orangtua.

Ibu dengan gangguan mental yang serius dirujuk oleh dokter ke pusat kejiwaan atau psikiater untuk evaluasi yang lebih mendalam, konsultasi rawat jalan, atau rumah sakit. Masa menunggu untuk dilakukan rujukan bisa sampai 14 minggu yang membuat layanan ini sangat lama dan terlambat untuk menangani kasus kesehatan mental terutama bagi orangtua baru dan anaknya. Kendala lain sebagai contoh adalah, ibu terkadang bertemu dengan dokter atau terapis yang tidak memiliki pengetahuan khusus mengenai tantangan dalam melayani kesehatan mental, karena tidak memiliki dasar Pendidikan kejiwaan maupun psikologi. Hal ini menyebabkan dokter yang merujuk kadang kala menerima perbedaan advis dokter terkait obat psikotropik yang boleh digunakan selama hamil dan menyusui (Høivik *et al.*, 2021).

➤ Perinatal Mental *Health* di Swedia

Swedia merupakan salah satu negara Nordik di bagian Utara Bumi, dan 24% dari populasinya berasal dari luar negara tersebut. Kelompok imigran ini memiliki kesehatan yang buruk baik fisik maupun mental. Selama beberapa dekade, masalah kesehatan mental di negara tersebut bertambah (Wickberg *et al.*, 2020). Di Swedia, program layanan kesehatan pada anak dilakukan untuk semua anak antara usia 0-5 tahun. Tim dalam layanan ini adalah dokter umum, perawat, dokter anak, dan seorang psikolog. Psikolog bekerja dalam sistem layanan antenatal dan anak, serta menawarkan pertemuan rutin dengan bidan mengenai penilaian dan pengobatan bagi ibu dengan masalah kesehatan mental (Wickberg *et al.*, 2020). Di Swedia, asuhan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dan Anak merupakan tradisi yang sejak lama gratis. Asuhan ini biasanya dilakukan oleh bidan selama 8-11 pertemuan dan satu kali pertemuan saat nifas. Negara Swedia juga sekarang merekomendasikan penggunaan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) untuk digunakan saat melakukan konseling oleh perawat kepada semua ibu yang terindikasi depresi.

➤ Perinatal Mental *Health* di Malaysia

Layanan kesehatan di Malaysia terbagi menjadi dua sektor, sektor publik yang didanai pemerintah, serta sektor swasta yang sedang berkembang pesat. Pelayanan kesehatan publik dibayar oleh warga negara Malaysia melalui pajak penghasilan umum. Malaysia memiliki 410 psikiater yang terdaftar pada bulan Juli 2018. Dari jumlah tersebut, hanya setengahnya yang bekerja di sektor publik di bawah Kementerian Kesehatan (MOH), yang memberikan layanan spesialis di lingkungan komunitas (Raaj *et al.*, 2021). Proporsi psikolog klinis di Malaysia adalah 1 per 100 000 penduduk, dengan 6 perawat kesehatan mental per 100.000 penduduk (WHO, 2017). Di Malaysia juga kementerian kesehatan hanya mengalokasikan 1.3% dari total anggaran kesehatan untuk kesehatan mental pada tahun 2017 dan 2018 (Raaj *et al.*, 2021).

Di Malaysia, prevalensi gangguan mental lebih besar dirasakan oleh Perempuan daripada laki-laki. Sebuah sistematik review yang dipublikasikan pada tahun 2018 menyebutkan bahwa angka depresi postpartum di Malaysia sekitar 6.8% hingga 27.3% (Roshaidai Mohd Arifin, Cheyne and Maxwell, 2018). Penemuan ini menjadi acuan bahwa prevalensi depresi yang dialami oleh ibu nifas sedemikian besar sehingga membutuhkan sebuah intervensi khusus di negara tersebut. Selama ini, bidan memegang peranan penting di masyarakat khususnya untuk mengidentifikasi tanda dan gejala gangguan mental yang dialami oleh ibu hamil dan nifas. Seorang ibu yang mengalami tanda dan gejala tersebut lalu dirujuk dari klinik ibu dan anak ke psikiater untuk dilakukan penilaian dan treatment lanjutan. Dokter obsgyn dan dokter umum juga mempunyai peran melakukan psikoedukasi dan konseling mengenai gejala gangguan mental pada ibu hamil dan nifas, akan tetapi tidak memberikan farmakoterapi kecuali anxyolitics sampai pasien dievaluasi oleh psikiater (Raaj *et al.*, 2023).

➤ Perinatal Mental *Health* di China

Prevalensi depresi perinatal pada ibu dengan komplikasi obstetric di China diperkirakan sekitar 10-15% (Zhao *et al.*, 2016) dan diperkirakan lebih tinggi pada Perempuan yang melahirkan anak pada generasi pertama dibandingkan generasi sebelumnya, khususnya ibu yang melahirkan anak Perempuan (Xiong *et al.*, 2018). Preferensi gender pada bayi menjadi isu yang sangat hangat dimulai sejak adanya *One Child Policy* atau Kebijakan Satu Anak pada tahun 1974. Kebijakan ini membuat beberapa orangtua mempunyai preferensi yang kuat untuk memiliki anak laki-laki daripada anak Perempuan, yang mengakibatkan resiko depresi bagi ibu yang memiliki anak Perempuan. Selain itu, Masyarakat di sana jarang yang mempertimbangkan resiko gangguan jiwa sebagai penyebab utama bunuh diri, daripada konflik keluarga atau stress sosial (Schwank *et al.*, 2020). Sementara itu, angka depresi postpartum pada Perempuan di China menunjukkan bahwa 84% kasus depresi muncul pada 6 minggu setelah melahirkan dan hingga 94% muncul pada 4 bulan pertama setelah

melahirkan (Yang *et al.*, 2015). Sebuah pusat kesehatan untuk ibu dan anak di Shanghai menyediakan layanan informasi mengenai kesehatan mental melalui aplikasi di smartphone yang menyorot pada depresi pada ibu. Ibu yang mengunjungi klinik ibu dan anak akan diskrining depresi dan kecemasan.

Di China, masa postpartum dipengaruhi oleh keyakinan tradisional dan pelayanan kontemporer. Setelah melahirkan ibu nifas melakukan tradisi-tradisi khusus mengenai tugas seorang ibu, aktivitas fisik, diet yang harus dilakukan oleh ibu, dan beberapa kepercayaan untuk mengembalikan kesehatan fisik dan psikis ibu. Tradisi ini disebut '*zuo yue zi*' atau masa karantina ibu (Liu, Maloni and Petrini, 2014). Orangtua dan mertua ibu akan menyuruh anaknya yang telah melahirkan mengikuti tradisi tersebut. Tradisi tersebut meliputi menghindari hawa dingin, istirahat yang cukup, kebersihan yang cukup, diet yang seimbang, pemulihan organ dalam pelvis, dan pemberian suplemen (Liu, Maloni and Petrini, 2014). Di perkotaan, beberapa keluarga mempekerjakan perawat maternitas untuk membantu ibu pada sebuah tempat seperti hotel khusus ibu nifas yang disebut *maternity care center* (Liu, Maloni and Petrini, 2014).

➤ Perinatal Mental *Health* di Italia

Sebuah *study* di Italia menyebutkan bahwa prevalensi depresi minor dan mayor adalah 12.4% selama hamil dan 9.6% selama nifas (Banti *et al.*, 2011). Sistem Surveilans di Italia menyebutkan bahwa bunuh diri merupakan penyebab utama dari kematian ibu (Donati *et al.*, 2018). Mayoritas ibu yang melakukan bunuh diri disebabkan karena adanya Riwayat gangguan mental sebelumnya dengan penyakit bipolar dan depresi mayor sebagai diagnosis yang paling banyak ditemukan (Lega *et al.*, 2020). Faktor resiko dari depresi postpartum di Italia seperti, kurangnya dukungan psikologis dari keluarga dan teman selama kehamilan. Selain itu, dilaporkan pula kekerasan seksual menjadi salah satu penyebab depresi (Romito *et al.*, 2009).

Sejak tahun 2017, Kementerian kesehatan Italia telah merekomendasikan penilaian psikologis diintegrasikan dalam *Family Care Center* (FCC) atau Pusat Perawatan Keluarga selama ibu tersebut hamil dan setelah melahirkan sebagai penapisan awal adanya gangguan mental pada ibu (Grussu *et al.*, 2020). Secara umum, layanan kesehatan mental disediakan oleh departemen kesehatan mental. *Community mental health center* (CMHCs) atau Pusat Kesehatan Mental Masyarakat menyediakan layanan psikiatri dengan skema rawat jalan, termasuk di dalamnya konsultasi dan layanan dengan fasilitas kesehatan primer (Grussu *et al.*, 2020). Meskipun layanan ini didapatkan secara gratis dan mudah ditemui dimanapun, CMHCs terkadang berlokasi jauh dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Konsekuensinya adalah layanan ini dianggap hanya untuk orang dengan gangguan mental yang sangat berat, sehingga menyebabkan tidak banyak pasien dengan depresi yang diskriminasi oleh layanan kesehatan primer untuk segera dirujuk ke layanan psikiatri (Grussu *et al.*, 2020).

2.3 Profil Kesehatan Mental di Indonesia

Melihat arah perkembangan global, kesehatan mental tidak lagi dianggap sebagai aspek sekunder dalam upaya pembangunan kesehatan, mengingat dampak serius yang dihasilkan oleh kondisi kesehatan mental yang kurang baik. Kesehatan mental merupakan salah satu hak asasi manusia, dimana merawat kesehatan mental penting tidak hanya untuk personal, dan komunitas, tapi juga perkembangan sosial dan ekonomi suatu negara.

Di Indonesia, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018, 19 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami gangguan mental emosional dan 12 juta penduduk mengalami depresi (Rokom, 2021). Data dari Asosiasi Pencegahan Bunuh Diri Indonesia melaporkan bahwa terdapat 1 kejadian bunuh diri per 100.000 jiwa. Laporan Indonesia National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) menunjukkan bahwa 1 dari 3 remaja Indonesia usia 10-17 tahun memiliki masalah kesehatan mental. Sementara 1 dari 20 remaja Indonesia memiliki gangguan

mental dalam 12 bulan terakhir, angka tersebut setara dengan 15,5 juta dan 2,45 juta remaja (Wahdi, Wilopo and Erskine, 2023). Menurut Indonesia-National Adolescent Mental Health Survey 2022, 15,5 juta (34,9 persen) remaja mengalami masalah mental dan 2,45 juta (5,5 persen) remaja mengalami gangguan mental. Dari jumlah itu, baru 2,6 persen yang mengakses layanan konseling, baik emosi maupun perilaku.

Parahnya, rata-rata seseorang yang pergi ke pelayanan kesehatan jiwa harus membayar kurang lebih 20% dari biaya pelayanan dan seseorang yang didiagnosis memiliki gangguan mental harus membayar obat psikotropik. Berdasarkan perbandingan jumlah psikiater dan populasi, Jumlah psikiater adalah 1120, yaitu 0.41 per 100.000 population, Mental health nurses 6200 atau 2.29 per 100.000 Dan psikologis yang 415 atau 0.15 per 100.000 per population dan jumlah mental health workers in menurun dari tahun 2014 (3.08) ke tahun 2020 (3.01). Hal ini jauh dari kondisi ideal yang diharapkan oleh WHO (WHO, 2020).

Pengurangan angka bunuh diri merupakan prioritas dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan PBB. Namun, Indonesia—negara dengan jumlah penduduk terbesar keempat di dunia—tidak memiliki strategi nasional untuk mencegah bunuh diri. Hal ini dikuatkan dengan data dari WHO bahwa belum ada strategi pencegahan bunuh diri dari pemerintahan Indonesia per tahun 2020 (WHO, 2020). Hal ini sungguh disayangkan karena data gangguan jiwa di Indonesia semakin meningkat pertahun. Oleh karena itu, pada tahun 2021, WHO mulai mengembangkan strategi dimulai dengan analisis situasi yang direkomendasikan oleh kerangka WHO LIVE-LIFE (World Health Organization, 2021). Upaya nasional ini dipimpin oleh Kementerian Kesehatan dan WHO Indonesia (Onie *et al.*, 2023).

Menelisik pada pencatatan data atau survey mengenai perinatal mental health di Indonesia, literatur menyebutkan bahwa belum adanya survey mengenai kesehatan jiwa ini menjadi kendala utama tidak adanya data yang mendukung untuk pembuatan strategi berdasarkan rekomendasi WHO. Satu survey online pada masa pandemi yang melibatkan 34 provinsi di Indonesia saat Pandemi Covid-19 berlangsung menyebutkan bahwa kecemasan merupakan pengalaman yang umum dialami oleh perempuan (62%) selama masa kehamilan, persalinan, atau masa nifas, dan sebagian kecil (9%) merasa tertekan (McGowan *et al.*, 2023). Akan tetapi, penelitian dengan skala yang lebih besar yang berfokus pada kesehatan mental ibu selama hamil dan nifas di luar pandemic belum dilakukan. Sedangkan situasi selama pandemic dan tidak, dapat menimbulkan persepsi yang berbeda karena resiko-resiko yang berbeda pula, seperti ketidakstabilan ekonomi selama pandemic, ketakutan akan terjangkit COVID-19, dan ketakutan akan efek dari penyakit COVID-19, yang mengakibatkan ibu hamil dan nifas lebih rentan mengalami gangguan kesehatan mental.

Di samping itu, tidak adanya rekomendasi atau kebijakan khusus mengenai perinatal mental health dapat terlihat dengan tidak adanya program puskesmas tentang masalah ini. Penelitian yang dilakukan oleh Albertha *et al* dengan melibatkan puskesmas-puskesmas di wilayah Semarang mendapatkan hasil bahwa beberapa puskesmas tidak mendapatkan kegiatan untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan khususnya mengenai kesehatan mental. Masalah lainnya adalah, puskesmas tidak mendapat alokasi dana yang dapat mendukung pelaksanaan kegiatan program kesehatan jiwa, yang menyebabkan program kesehatan jiwa tidak menjadi prioritas kegiatan puskesmas pada hampir seluruh puskesmas (Albertha, Shaluhiah and Musthofa, 2020). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan mental promotif, preventif, kuratif, dan *rehabilitative* Kegiatan kesehatan di Puskesmas Kota Semarang dipengaruhi oleh kerjasama antar tenaga kesehatan, pelatihan yang pernah diikuti oleh tenaga kesehatan, dana yang dialokasikan untuk itu pelaksanaan kegiatan program kesehatan jiwa, kegiatan prioritas puskesmas, dan keterlibatan

jaringan Puskesmas dalam melakukan sosialisasi kasus pasien gangguan jiwa. (Albertha, Shaluhiah and Musthofa, 2020).

2.3.1 Tantangan Utama dan Solusi dalam Penanganan Kesehatan Mental di Indonesia

➤ Advokasi dan pencatatan

Agar program kesehatan jiwa dapat berlangsung lebih optimal, salah satu Upayanya adalah dengan melakukan advokasi dan pencatatan. Pencatatan dari data pasien terkini, akan berdampak pada perencanaan dan pengambilan keputusan yang rendah. Sebagai contoh, di negara X setiap 5 tahun sekali melakukan survey nasional untuk mencatat asupan gizi dalam rumah tangga. Diketahui bahwa dari data ternyata banyak anak yang mengalami kurang gizi dan malnutrisi. Dengan adanya data tersebut, pemerintah melakukan promosi dan intervensi besar-besaran untuk mencegah malnutrisi pada anak. Padahal, permasalahan di negara X bisa saja tidak hanya gizi melainkan kesehatan jiwa yang buruk. Karena tidak dilakukan survey dan pencatatan, pemerintah tidak memiliki dasar yang kuat untuk mengambil sebuah kebijakan (Mawarpury, Sari and Safrina, 2017).

Advokasi adalah salah satu aspek dari 11 “*areas for action*” yang telah dicanangkan oleh WHO pada tahun 2023 mengenai *Advocacy for Mental Health*. Advocacy menjadi salah satu penggerak utama dari berbagai negara yang menjadi dasar kebijakan mengenai kesehatan jiwa (Saha, 2021). Ada berbagai jenis aksi advokasi: peningkatan kesadaran, penyebaran informasi, pendidikan, pelatihan, gotong royong, konseling, mediasi, pembelaan, dan pengaduan. Tindakan-tindakan ini bertujuan untuk mengurangi hambatan dalam advokasi seperti kurangnya layanan kesehatan mental, stigma yang terkait dengan gangguan mental, pelanggaran hak-hak pasien, tidak adanya promosi mengenai mental health, dan kurangnya perumahan dan pekerjaan (World Health Organization, 2003).

Di beberapa negara seperti Australia, Eropa, Kanada, Amerika Serikat, dan New Zealand, advokasi berhasil merubah persepsi Masyarakat mengenai orang dengan gangguan mental. Terlebih stigma mengenai kesehatan mental yang masih dianggap negatif, advokasi penting untuk meningkatkan kesadaran Masyarakat mengenai kesehatan mental dan meyakinkan kesehatan mental sebagai agenda nasional pemerintah. Advokasi dapat membantu peningkatan dalam kebijakan, legislasi, dan pengembangan pelayanan (Saha, 2021).

➤ Mengubah Stigma Masyarakat

Secara global, terdapat stigma negatif bagi orang dengan gangguan mental. Beberapa orang dengan gangguan mental yang serius terlihat cukup berbeda dibanding kebanyakan orang karena gejala atau efek samping dari pengobatan. Beberapa orang yang tidak mampu melihat gejala dari gangguan mental, sulit untuk memahami dan merasa tidak nyaman dengan gejala tersebut sehingga bersikap negative terhadap penyandang gangguan mental. Mayoritas gejala yang sering disalah artikan adalah pemalas, tidak bisa ditebak, tidak pandai, tidak bertanggung jawab, tidak aman jika dekat dengan mereka, bertindak brutal, tidak kompeten dalam membesarkan anak, dan tidak bisa bekerja secara professional (Saha, 2021). Maka dari itu, perlu adanya upaya untuk melawan stigma tersebut dengan cara seperti;

1. memberikan kesadaran dan pendidikan masyarakat
2. Sensitivitas guru dan petugas kesehatan terhadap masalah kesehatan mental,
3. Psikoedukasi untuk pasien dan keluarga
4. Pemberdayaan pasien dan organisasi keluarga
5. Peningkatan layanan kesehatan mental (kualitas, akses, deinstitutionalisasi, dan perawatan komunitas)
6. Peraturan perundang-undangan tentang hak-hak penyandang gangguan jiwa

7. Pendidikan bagi orang-orang yang bekerja di media massa, bertujuan untuk mengubah stereotip dan kesalahpahaman tentang gangguan jiwa

➤ Meningkatkan Anggaran Pemerintah Untuk Kesehatan Jiwa

Anggaran untuk program kesehatan jiwa perlu ditingkatkan, mengingat bahwa anggaran keswa selama ini hanya 6% dari total anggaran untuk kesehatan. Tanpa adanya komitmen dari pemerintah untuk mengalokasikan anggaran, pelayanan kesehatan baik di tingkat primer maupun tersier tidak bisa berjalan dengan maksimal (Ridlo and Zein, 2018). Hasil penelitian di Kota Semarang menyebutkan bahwa tidak adanya dana yang cukup untuk pelaksanaan program kesehatan jiwa membuat tidak adanya prioritas puskesmas untuk menangani masalah ini (Albertha, Shaluhiah and Musthofa, 2020). Dari tingkat dasar yaitu fasilitas tingkat primer, anggaran keswa harusnya dapat dianggarkan lebih besar di tingkat puskesmas disertai dengan peningkatan jumlah tenaga kesehatan mental yang professional di Puskesmas (Ridlo and Zein, 2018).

➤ Mengembangkan alat *skrining* sederhana dan rujukan sedini mungkin

Salah satu rekomendasi yang dapat dikembangkan dari permasalahan mental *health* di berbagai belahan dunia adalah dengan mengembangkan alat *skrining* yang sederhana yang dapat mengecek faktor resiko psikososial dan stress pada ibu (Ganjekar, Thekkethayyil and Chandra, 2020). Kuesiener seperti Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) yang sudah valid dalam Bahasa Indonesia dan memiliki item pertanyaan yang tidak banyak, bisa menjadi salah satu alternatif sebagai alat *skrining* depresi selama hamil atau nifas (Lee and Kim, 2014). Hal ini diharapkan, dengan semakin banyak ibu hamil yang terdeteksi mengalami depresi selama hamil, tenaga kesehatan bisa dapat segera merujuk ke psikiater atau memberikan pendampingan agar depresi tersebut tidak berlanjut.

Penggunaan alat skrining ini juga harus dibersamai dengan adanya protocol atau pedoman yang jelas, serta pertimbangan bahwa beban kerja Bidan khususnya di fasilitas kesehatan tingkat pertama sedemikian berat. Sebuah scoping review mencatat bahwa beban kerja yang berlebih, kurangnya sumber daya dan penghargaan, dapat berpengaruh pada prioritas skrining yang dilakukan oleh bidan (Savitri, Hayati and Daryanti, 2022). Maka dari itu, pemerintah dan institusi Pendidikan juga mempunyai peranan besar untuk menunjang para tenaga kesehatan dan calon tenaga kesehatan untuk lebih peka terhadap kesehatan mental, termasuk penggunaan alat skrining sederhana. Hal ini, bila pihak-pihak terkait dapat mengintegrasikan Pendidikan dasar mengenai kesehatan mental pada tenaga kesehatan, bukan tak mungkin akan mencegah gangguan kesehatan mental pada ibu atau masyarakat pada umumnya.

➤ Pendekatan pada Kelompok Rentan

Dengan mengetahui berapa besar masalah kesehatan mental pada kelompok yang rentan seperti pada kehamilan dini, remaja yang telah menjadi ibu, ibu dengan kesehatan fisik yang buruk, atau ibu dengan Riwayat gangguan mood, infeksi HIV, trauma persalinan, ibu yang menjalani bayi tabung, dan pengungsi. Maka dari itu, untuk kasus khusus pada kelompok rentan, bidan atau tenaga kesehatan lain dapat melakukan beberapa tahapan.

Tahap yang pertama, adalah dengan mengidentifikasi hambatan dan fasilitator pada kelompok rentan ini untuk mendapatkan layanan kesehatan mental. Sebagai contoh, kehamilan pada seorang remaja perlu diidentifikasi terlebih dahulu apakah ia merupakan kasus pelecehan dan kekerasan seksual, apakah korban sudah lapor, apakah ada ancaman, dll. Selain itu, tenaga profesional dapat pula menilai apakah fasilitas kesehatan tingkat primer sudah menyediakan layanan khusus untuk kondisi rentan dan apakah ada layanan rujukan pada psikolog/ psikiater/ pihak berwajib.

Tahap yang kedua, adalah dengan melakukan pendampingan apabila layanan seperti itu belum ada. Dalam menanggapi pengungkapan kekerasan, bidan mempunyai tanggung jawab untuk menilai lebih lanjut keselamatan perempuan tersebut, anak-anak atau anggota keluarga lainnya, situasi sosial dan risiko signifikan apa pun, seperti akses terhadap senjata, sifat pelecehan, isolasi; serta membuat rujukan yang tepat kepada pekerja sosial dan atasan. Sebagai contoh, apabila ibu mengalami resiko psikososial seperti adanya dugaan kekerasan dalam rumah tangga, bidan atau tenaga kesehatan dapat melakukan pendampingan kepada ibu serta melakukan laporan ke polisi. Di Indonesia, laporan KDRT dapat secara langsung atau secara online melalui SAPA 129. Layanan yang dapat diakses lainnya adalah melalui Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak yang dapat diakses melalui hotline 021-129 (Natalia, 2023).

Tahap yang ketiga, bidan juga harus memastikan perawatan medis diberikan bagi perempuan yang mengalami cedera terkait IPV (Grier and Geraghty, 2015). Sumber daya seperti polisi setempat, layanan dukungan hukum, layanan perlindungan anak dan akomodasi darurat; serta lembaga dan saluran bantuan kekerasan dalam rumah tangga setempat dapat disediakan oleh bidan. Bidan harus mendorong perempuan untuk berkonsultasi dengan polisi jika IPV terungkap atau dicurigai. Selain itu, bidan dapat memberikan informasi tentang tindakan pelecehan dan dampak buruk serius terhadap kesehatan yang terkait dengan IPV selama kehamilan. Pendidikan mungkin efektif dalam memberdayakan perempuan dan memungkinkannya memutus siklus pelecehan (Grier and Geraghty, 2015).



Gambar 2.2 Tahapan Pendekatan Kesehatan Mental pada Kelompok Rentan

Mengidentifikasi hambatan dan fasilitator dalam mengakses layanan kesehatan mental untuk masalah kesehatan mental ibu, termasuk model penjelasan penyakit mental perinatal di kalangan perempuan dan pasangannya, peran stigma dan pola pencarian bantuan. Kita juga perlu memahami faktor-faktor apa yang memungkinkan perempuan mengakses dan menerima intervensi kesehatan mental.

➤ Layanan Rujukan Masalah kesehatan Mental yang Terintegrasi

Perempuan yang beresiko untuk mengalami masalah mental membutuhkan akses yang cepat pada pelayanan unit spesialis kejiwaan. Dibutuhkan pula koordinasi multidisiplin antara psikater dan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama, khususnya bidan. Secara ideal, manajemen gangguan mental pada masa perinatal harus ditangani khusus oleh seorang ahli yang memiliki cukup pengalaman di bidang kesehatan mental. Sebagai contoh, bidan yang telah mendapatkan pelatihan konseling dan penanganan kesehatan mental pada ibu, dapat bertugas di ruang konseling khusus untuk ibu dengan masalah mental. Langkah lain misalnya, menugaskan seorang psikolog di setiap puskesmas sehingga tidak hanya ibu yang dapat dijangkau pelayanan kesehatan mental, tapi semua lapisan Masyarakat. Pelayanan ini dapat diberikan setiap ibu melakukan ANC (*Antenatal care*), hingga ibu yang

mau melakukan kunjungan nifas. Hal yang lebih penting adalah, adanya mekanisme *skrining* yang memungkinkan ibu dengan indikasi yang mengarah ke gangguan mental tertentu segera dilakukan rujukan ke unit psikiatri.

Sebagai contoh, di Sleman Yogyakarta, sejak tahun 2004 Dinas Kesehatan berkomitmen untuk menempatkan psikolog di Puskesmas. Hal ini bertujuan untuk dapat memudahkan akses layanan kesehatan mental bagi Masyarakat sehingga puskesmas tidak lagi hanya menjadi fasilitas pertama untuk orang dengan sakit fisik, tapi juga mental (Isfandari *et al.*, 2012). hanya ada Pelayanan Psikolog di Puskesmas sayangngya tidak berlaku di semua Puskesmas di Indonesia.

2.3.2 Kebijakan Kesehatan Mental di Indonesia

Pada skala kecil yaitu tingkat kecamatan, sebenarnya integrasi pelayanan kesehatan mental telah tertuang pada Undang-Undang RI no 18 tahun 2014 Pasal 33 ayat (2) yang menyebutkan bahwa system pelayanan kesehatan jiwa terbagi menjadi pelayanan kesehatan jiwa dasar dan rujukan. Lebih lanjut, pada pasal 34 menyebutkan bahwa:

"Pelayanan Kesehatan Jiwa dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (2) huruf a merupakan pelayanan Kesehatan Jiwa yang diselenggarakan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan umum di Puskesmas dan jejaring, klinik pratama, praktik dokter dengan kompetensi pelayanan Kesehatan Jiwa, rumah perawatan, serta fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas rehabilitasi berbasis masyarakat."

Meskipun demikian, meskipun terdapat kebijakan dan pedoman, hanya ada sedikit data yang menunjukkan bahwa konsep ini sedang diterapkan. Data terakhir yang representative secara nasional dan mengakomodasi isu kesehatan mental adalah *Indonesian Family Life Survey* (IFLS). Namun kuesioner yang terlalu sederhana dan belum dapat benar-benar mengidentifikasi gejala klinis pada gangguan mental menjadi salah satu masalahnya (Ridlo and Zein, 2018)

Perinatal Mental *Health Project* (PMHP) diluncurkan pada tahun 2002 untuk mengatasi tingginya tingkat tekanan mental di antara wanita hamil (Christin and R, 2022). Program ini memiliki tiga elemen kunci yaitu; evaluasi, konseling, dan bimbingan psikiatri. PMHP juga memberikan pelatihan kepada beberapa tenaga kesehatan dan Masyarakat, melakukan penelitian untuk meningkatkan pelayanan dan melakukan Upaya advokasi.

PMHP mempunyai slogan yaitu "Merawat Ibu adalah Merawat Masa Depan." Visi PMHP adalah agar seluruh perempuan dapat mengakses pelayanan kesehatan mental ibu yang berkualitas tinggi dan mengintegrasikannya ke dalam pelayanan kebidanan yang rutin. Untuk mewujudkan visi ini, PMHP menjalin kemitraan dengan Kementerian Kesehatan, serta berkolaborasi dengan kelompok masyarakat, organisasi internasional, dan institusi akademik. Tujuan jangka panjang PMHP adalah menyediakan model kesehatan mental ibu yang efektif bagi mitra dan lembaga, sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan mental ibu di seluruh negara (Christin and R, 2022). Meskipun begitu, PMHP menurut literatur belum terlaksana di Indonesia.

2.3.3 Peran Bidan dalam Penanganan Kesehatan Mental di Indonesia

Sejatinya, bidan akan selalu dilibatkan dalam asuhan pada ibu selama dalam kondisi parameter normal yang dapat membawa keadaan patologis selama kehamilan. Kebanyakan ibu akan mengalami perubahan emosi yang berbeda-beda pada fase hamil, melahirkan, dan postpartum. Bidan memegang peranan penting dalam mendukung Perempuan melalui perjalanan emosi mereka yang terkadang menantang bagi Perempuan. Meskipun peran bidan tidak seperti psikolog, psikiater, atau konselor, mengidentifikasi kondisi emosional yang normal dan tidak normal masih merupakan wewenang bidan (Jomeen and Bateman, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Albertha, K., Shaluhiyah, Z. and Musthofa, S. B. (2020) 'Gambaran Kegiatan Program Kesehatan Jiwa Di Puskesmas Kota Semarang (Description of Mental Health Activities in Community Health Center Semarang City)', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(3), pp. 440–447.
- Banti, S. *et al.* (2011) 'From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study', *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), pp. 343–351. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.08.003.
- Choedon, T. *et al.* (2023) 'Integrating nutrition and mental health screening, risk identification and management in prenatal health programs in India', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 162(3), pp. 792–801. doi: 10.1002/ijgo.14728.
- Christin, D. I. L. and R, dr. A. S. (2022) *Kesehatan Mental pada Ibu Hamil dan Pasca Melahirkan*. Available at: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1022/kesehatan-mental-pada-ibu-hamil-dan-pasca-melahirkan (Accessed: 10 October 2023).
- Donati, S. *et al.* (2018) 'Maternal mortality in Italy: Results and perspectives of record-linkage analysis', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(11), pp. 1317–1324. doi: 10.1111/aogs.13415.
- Ganjekar, S., Thekkethayyil, A. V. and Chandra, P. S. (2020) 'Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in India', *BJPsych International*, 17(1), pp. 2–5. doi: 10.1192/bji.2019.26.

- Grier, G. and Geraghty, S. (2015) *Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women*, *British Journal of Midwifery*. Available at: <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/clinical-practice/intimate-partner-violence-and-pregnancy-how-midwives-can-listen-to-silenced-women/>.
- Grussu, P. *et al.* (2020) 'Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Italy', *BJPsych International*, 17(1), pp. 8–10. doi: 10.1192/bji.2019.31.
- Høivik, M. S. *et al.* (2021) 'Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Norway', *BJPsych International*, 18(4), pp. 102–105. doi: 10.1192/bji.2021.2.
- Isfandari, S. *et al.* (2012) 'Evaluasi Penempatan Psikolog dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas Kabupaten Sleman, YOGYAKARTA, Indonesia, 2011', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 15(4). doi: 10.22435/bpsk.v15i4 Okt.3045.
- Jomeen, J. and Bateman, L. (2015) 'Psychology applied to maternity care', in Lewis, L. (ed.) *Fundamentals of Midwifery A Textbook for Students*. West Sussex, pp. 61–89.
- Kohrt, B. *et al.* (2018) 'The Role of Communities in Mental Health Care in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Review of Components and Competencies', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), p. 1279. doi: 10.3390/ijerph15061279.
- Lee, H.-H. and Kim, T.-H. (2014) 'Screening depression during and after pregnancy using the EPDS', *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 290(4), pp. 601–602. doi: 10.1007/s00404-014-3334-1.
- Lega, I. *et al.* (2020) 'Maternal suicide in Italy', *Archives of Women's Mental Health*, 23(2), pp. 199–206. doi: 10.1007/s00737-019-00977-1.

- Leppers, I. *et al.* (2022) 'Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in The Netherlands', *BJPsych International*, 19(4), pp. 99–105. doi: 10.1192/bji.2021.47.
- Liu, Y. Q., Maloni, J. A. and Petrini, M. A. (2014) 'Effect of Postpartum Practices of Doing the Month on Chinese Women's Physical and Psychological Health', *Biological Research For Nursing*, 16(1), pp. 55–63. doi: 10.1177/1099800412465107.
- Mawarpury, M., Sari, K. and Safrina, L. (2017) 'Layanan Kesehatan Mental Di Puskesmas : Apakah Dibutuhkan?', *Insight Jurnal Pemikiran dan Penelitian Psikologi*, 13(1).
- McGowan, L. *et al.* (2023) 'The effect of COVID-19 on women's experiences of pregnancy, birth and postpartum in Indonesia: a rapid online survey', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), p. 304. doi: 10.1186/s12884-023-05566-w.
- Natalia, F. (2023) *Alami KDRT? Begini Cara Laporkan Kekerasan dalam Rumah Tangga secara Langsung atau Online*, *Kompas*. Available at: <https://www.kompas.tv/feature/366946/alami-kdrt-begini-cara-laporkan-kekerasan-dalam-rumah-tangga-secara-langsung-atau-online?page=all>.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (no date) *Looking at My Genes: What Can They Tell Me About My Mental Health?* Available at: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/looking-at-my-genes> (Accessed: 11 October 2023).
- Nochaiwong, S. *et al.* (2021) 'Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis', *Scientific Reports*, 11(1), p. 10173. doi: 10.1038/s41598-021-89700-8.

- Onie, Sandersan *et al.* (2023) 'Indonesian first national suicide prevention strategy: key findings from the qualitative situational analysis', *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*, 16, p. 100245. doi: 10.1016/j.lansea.2023.100245.
- Raaj, S. *et al.* (2021) 'Mental disorders in Malaysia: an increase in lifetime prevalence', *BJPsych International*, 18(4), pp. 97–99. doi: 10.1192/bji.2021.4.
- Raaj, S. *et al.* (2023) 'Perinatal mental health in Malaysia: understanding the treatment gap and recommendations for the future', *BJPsych International*, 20(1), pp. 9–12. doi: 10.1192/bji.2022.2.
- Ridlo, I. A. and Zein, R. A. (2018) 'Arah Kebijakan Kesehatan Mental: Tren Global dan Nasional Serta Tantangan Aktual', *Buletin Penelitian Kesehatan*, 46(1), pp. 45–52. doi: 10.22435/bpk.v46i1.56.
- Roddy Mitchell, A. *et al.* (2023) 'Prevalence of Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries', *JAMA Psychiatry*, 80(5), p. 425. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.0069.
- Rokom (2021) *Kemenkes Beberkan Masalah Permasalahan Kesehatan Jiwa di Indonesia*, Kemenkes. Available at: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20211007/1338675/kemenkes-beberkan-masalah-permasalahan-kesehatan-jiwa-di-indonesia/> (Accessed: 12 October 2023).
- Romito, P. *et al.* (2009) 'The relationships between physical violence, verbal abuse and women's psychological distress during the postpartum period', *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(2), pp. 115–121. doi: 10.1080/01674820802545834.
- Roshaidai Mohd Arifin, S., Cheyne, H. and Maxwell, M. (2018) 'Review of the prevalence of postnatal depression across cultures', *AIMS Public Health*, 5(3), pp. 260–295. doi: 10.3934/publichealth.2018.3.260.

- Saha, G. (2021) 'Advocacy in mental health', *Indian Journal of Psychiatry*, 63(6), p. 523. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_901_21.
- Savitri, E. N., Hayati, E. N. and Daryanti, M. S. (2022) 'Scoping Review: Layanan Perinatal Mental Health oleh Bidan di Negara ASEAN', *Jurnal Kesehatan Manarang*, 8(2), p. 115. doi: 10.33490/jkm.v8i2.479.
- Schwank, S. E. *et al.* (2020) 'Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in China', *BJPsych International*, 17(3), pp. 50–53. doi: 10.1192/bji.2020.5.
- Steel, Z. *et al.* (2014) 'The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013', *International Journal of Epidemiology*, 43(2), pp. 476–493. doi: 10.1093/ije/dyu038.
- Wahdi, A. E., Wilopo, S. A. and Erskine, H. E. (2023) '122. The Prevalence of Adolescent Mental Disorders in Indonesia: An Analysis of Indonesia – National Mental Health Survey (I-NAMHS)', *Journal of Adolescent Health*, 72(3), p. S70. doi: 10.1016/j.jadohealth.2022.11.143.
- WHO (2017) *WHO's Mental Health Atlas: Country Profile*.
- WHO (2020) *Mental Health Atlas*.
- Wickberg, B. *et al.* (2020) 'Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Sweden', *BJPsych International*, 17(1), pp. 6–8. doi: 10.1192/bji.2019.23.
- World Health Organization (2003) *Advocacy in Mental Health*.
- World Health Organization (2017) *Depression and other common mental disorders: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/2017.2)*.
- World Health Organization (2021) *LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries*. doi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>

- Xiong, R. *et al.* (2018) 'Prevalence and factors associated with postpartum depression in women from single-child families', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 141(2), pp. 194–199. doi: 10.1002/ijgo.12461.
- Yang, F. *et al.* (2015) 'Clinical features of and risk factors for major depression with history of postpartum episodes in Han Chinese women: A retrospective study', *Journal of Affective Disorders*, 183, pp. 339–346. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.033.
- Zhao, Y. *et al.* (2016) 'The Prevalence of Antenatal Depression and its Related Factors in Chinese Pregnant Women who Present with Obstetrical Complications', *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(3), pp. 316–321. doi: 10.1016/j.apnu.2015.11.012.

BAB 3

KETIDAKNYAMANAN UMUM PADA KEHAMILAN, DAN PERILAKU SERTA PERUBAHAN

Oleh Rully Fatriani

3.1 Pendahuluan

Kehamilan adalah periode yang penuh harapan, kebahagiaan, dan juga tantangan bagi sebagian besar perempuan di seluruh dunia. Seiring dengan perubahan fisik dan psikologi yang berlangsung selama periode ini, seringkali muncul ketidaknyamanan yang dapat memengaruhi kualitas hidup ibu hamil. Bab ini akan membahas ketidaknyamanan umum yang sering dihadapi selama kehamilan, dan perilaku serta perubahan yang dapat membantu mengatasi masalah ini.

Ketidaknyamanan selama kehamilan dapat berkisar dari gejala fisik hingga masalah psikologi. Salah satu ketidaknyamanan fisik yang umum adalah mual dan muntah. Menurut penelitian oleh Bustos, Venkataramanan dan Caritis (2017); Liu et al., (2022) mual dan muntah selama kehamilan terutama terjadi pada trimester pertama meskipun pada subkelompok ibu hamil, gejala-gejala tersebut dapat berlanjut sepanjang kehamilan dan bisa memengaruhi kualitas hidup ibu hamil. Selain itu, peningkatan berat badan yang cepat juga seringkali menjadi sumber ketidaknyamanan, dan ini dapat menjadi faktor risiko, seperti yang dikemukakan dalam studi oleh Plows et al., (2018).

Selain ketidaknyamanan fisik, perubahan psikologi juga sering muncul selama kehamilan. Perempuan hamil mungkin mengalami fluktuasi suasana hati, kecemasan, atau bahkan depresi. Penelitian oleh Kofman et al., (2019) menunjukkan bahwa perubahan hormonal selama kehamilan dapat berkontribusi pada fluktuasi suasana hati dan gejala depresi. Oleh karena itu, penting untuk memahami bagaimana perubahan psikologi ini dapat memengaruhi kesejahteraan ibu hamil.

Perilaku dan dukungan sosial dapat memainkan peran penting dalam mengatasi ketidaknyamanan selama kehamilan. Sebuah studi oleh Utomo dan Sudjiwanati (2018), menyoroti pentingnya dukungan sosial dan partisipasi dalam kelompok dukungan ibu hamil dalam mengurangi tingkat stres dan ketidaknyamanan selama kehamilan. Selain itu, praktik-praktik seperti yoga, senam hamil dan latihan pernapasan telah terbukti efektif dalam mengurangi ketidaknyamanan fisik dan psikologi selama kehamilan (Fatriani, 2023; Hasritawati dkk, 2023; Field, 2016).

Dalam bab ini, kami akan mengeksplorasi lebih lanjut ketidaknyamanan umum selama kehamilan, serta memberikan saran praktis tentang cara mengelolanya. Selain itu, kami akan membahas strategi yang dapat digunakan untuk mengatasi perubahan psikologi dan stres selama kehamilan, termasuk dukungan sosial dan praktik perawatan diri. Tujuan dari bab ini adalah memberikan pemahaman yang lebih baik tentang bagaimana ketidaknyamanan selama kehamilan dapat diatasi dengan cara yang sehat dan berkelanjutan, untuk memastikan kesejahteraan ibu dan bayi yang akan datang.

3.2 Ketidaknyamanan Umum dan Perubahan Perilaku Pada Kehamilan

3.2.1 Pengertian Ketidaknyamanan

Ketidaknyamanan pada kehamilan adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan berbagai gejala dan sensasi tidak enak yang dialami oleh sebagian besar perempuan selama masa kehamilan. Ketidaknyamanan ini dapat berbeda pada setiap perempuan dan bervariasi sepanjang kehamilan.

3.2.2 Faktor Penyebab Ketidaknyamanan yang Berhubungan dengan Perubahan Perilaku

Selama masa kehamilan, perempuan mengalami sejumlah perubahan fisik, hormonal, dan emosional yang dapat memengaruhi perilaku mereka. Moya et al., (2014) menjelaskan beberapa faktor yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada masa kehamilan dan berkontribusi pada perubahan perilaku ibu hamil meliputi :

1. **Perubahan Hormonal**

Selama kehamilan, tubuh mengalami peningkatan produksi hormon seperti progesteron dan estrogen. Perubahan hormonal ini dapat memengaruhi suasana hati, tingkat energi, dan respons terhadap stres.

2. **Gejala Fisik**

Perempuan hamil dapat mengalami berbagai gejala fisik seperti mual, muntah (*morning sickness*), kelelahan, sakit punggung, dan kram perut. Gejala ini dapat membuat ibu hamil merasa tidak nyaman dan berpengaruh pada perilaku sehari-hari mereka.

3. **Perubahan Berat Badan**

Peningkatan berat badan selama kehamilan dapat menyebabkan ketidaknyamanan fisik, perubahan postur tubuh, dan mungkin mengakibatkan gangguan tidur. Semua ini dapat berdampak pada tingkat kenyamanan ibu hamil.

4. Stres dan Kecemasan

Menjelang persalinan, kekhawatiran tentang kesehatan bayi, persiapan untuk menjadi orang tua, dan perubahan besar dalam kehidupan dapat menyebabkan tingkat stres dan kecemasan yang lebih tinggi. Ini dapat memengaruhi perilaku sehari-hari, mungkin membuat ibu hamil lebih sensitif atau mudah tersinggung.

5. Perubahan Psikologis

Kehamilan juga membawa perubahan signifikan dalam identitas dan peran seorang perempuan. Proses penyesuaian terhadap perubahan ini dapat memengaruhi persepsi diri dan perilaku.

6. Ketidaknyamanan Fisik dan Ruang Gerak Terbatas

Peningkatan ukuran perut dapat menyebabkan ibu hamil merasa tidak nyaman, terutama dalam melakukan aktivitas fisik sehari-hari. Ruang gerak yang terbatas ini dapat membatasi kemampuan untuk bergerak dengan leluasa, mempengaruhi kenyamanan dan perilaku.

7. Kecemasan terkait Kesehatan

Kecemasan terkait kesehatan sendiri dan kesehatan bayi dapat menjadi faktor yang signifikan dalam memengaruhi perilaku ibu hamil. Perhatian ekstra terhadap makanan, olahraga, dan kesehatan umum dapat menjadi respons alami terhadap kehamilan.

3.3 Mengatasi Ketidaknyamanan Pada Kehamilan

3.3.1 Urgensi Mengatasi Ketidaknyamanan

Kesejahteraan ibu dan janin selama masa kehamilan adalah aspek penting yang memerlukan perhatian khusus. Proses kehamilan membawa tantangan fisik dan psikologis yang memerlukan perawatan holistik untuk memastikan kesehatan dan kenyamanan keduanya. Mengatasi ketidaknyamanan dalam kehamilan memiliki urgensi yang besar karena berdampak langsung pada kesejahteraan ibu hamil dan janin yang sedang berkembang. Berdasarkan Penelitian Goel (2023) Beberapa alasan mendesak diantaranya yaitu :

1. **Kesehatan Ibu dan Janin**

Ketidaknyamanan yang tidak diatasi dapat berpotensi memengaruhi kesehatan ibu hamil secara keseluruhan. Kondisi seperti mual, muntah, atau nyeri dapat menjadi sumber stres yang berpengaruh pada kesejahteraan ibu, dan jika dibiarkan tidak teratasi, dapat berdampak negatif pada pertumbuhan dan perkembangan janin.

2. **Perkembangan Janin yang Optimal**

Kondisi stres dan ketidaknyamanan dapat memicu pelepasan hormon stres, seperti kortisol, yang dapat memengaruhi perkembangan otak janin. Oleh karena itu, mengatasi ketidaknyamanan membantu menciptakan lingkungan yang kondusif untuk perkembangan optimal janin.

3. **Kualitas Hidup Ibu Hamil**

Kehamilan yang nyaman memberikan pengalaman yang lebih positif bagi ibu hamil. Dengan mengatasi ketidaknyamanan fisik dan psikologis, ibu hamil dapat lebih fokus pada kebahagiaan dan kegembiraan menjelang kelahiran anak mereka.

4. Pencegahan Komplikasi Kesehatan

Beberapa ketidaknyamanan selama kehamilan dapat menjadi tanda awal masalah kesehatan yang lebih serius. Mengatasi gejala tersebut dengan cepat dapat membantu mencegah perkembangan masalah yang lebih rumit.

5. Hubungan Emosional dan Psikologis

Kesejahteraan emosional ibu hamil sangat penting. Ketidaknyamanan yang berlarut-larut dapat memengaruhi suasana hati dan keadaan psikologis ibu, yang pada gilirannya dapat memengaruhi hubungan dengan pasangan dan dukungan sosial yang diterima.

Dengan mengatasi ketidaknyamanan selama kehamilan, kita dapat menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan fisik dan mental ibu hamil, serta membantu memastikan bahwa janin memiliki kondisi terbaik untuk tumbuh dan berkembang.

3.3.2 Cara Mengatasi Ketidaknyamanan

Mengatasi ketidaknyamanan atau paling tidak mengurangi keluhan ketidaknyamanan selama kehamilan melibatkan perhatian khusus terhadap kesehatan fisik dan mental ibu hamil. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2018) dan Cunningham (2014), merekomendasi beberapa cara yang dapat membantu ibu sebagai berikut :

1. Nutrisi Seimbang

Sangat penting untuk menjaga asupan makanan yang seimbang dan berkualitas. Ibu hamil dapat tetap sehat dan mengurangi gejala seperti mual dengan makan makanan kaya protein seperti biji-bijian, buah-buahan, dan sayuran.

2. Aktivitas Fisik yang Tepat

Pilih aktivitas ringan seperti berjalan kaki, berenang, atau yoga prenatal, dan selalu konsultasikan dengan dokter, bidan, atau profesional kesehatan lainnya sebelum memulai atau mengubah rencana latihan Anda. Berolahraga secara teratur selama

kehamilan dapat membantu menjaga kesehatan fisik dan mental.

3. Istirahat yang Cukup

Sangat penting untuk memberi tubuh Anda cukup istirahat. Untuk mengatasi kelelahan dan mendukung kesehatan secara keseluruhan, tidur yang nyenyak dapat membantu. Jika diperlukan, gunakan bantal penopang untuk membuat tidur lebih nyaman.

4. Teknik Relaksasi

Teknik relaksasi seperti meditasi, pernapasan dalam, atau yoga dapat membantu mengelola stres dan kecemasan. Ini dapat meningkatkan suasana hati dan membantu ibu hamil merasa lebih nyaman.

5. Dukungan Sosial

Mendapat dukungan dari teman, keluarga, atau bahkan kelompok ibu hamil, seperti kelas ibu hamil dapat membantu mengatasi perubahan emosional dan memberikan dukungan yang diperlukan.

6. Pijatan dan Terapi Fisik

Pijat ringan atau latihan kehamilan dapat meredakan ketegangan dan ketidaknyamanan otot, meningkatkan sirkulasi, dan mengurangi rasa sakit.

7. Konsultasi dengan Profesional Kesehatan

Jika Anda mengalami gejala atau ketidaknyamanan tertentu, jangan ragu untuk berkonsultasi dengan bidan atau tenaga medis lainnya. Mereka dapat memberikan saran dan asuhan yang tepat untuk kondisi kesehatan ibu hamil.

8. Pertimbangkan Terapi Kognitif Perilaku (*Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)).

CBT dapat membantu ibu hamil mengelola kecemasan atau stres dengan lebih baik.

Selalu penting untuk berkonsultasi dengan profesional kesehatan sebelum membuat perubahan signifikan dalam pola makan, aktivitas fisik, atau penggunaan terapi alternatif. Setiap perubahan atau tindakan harus sesuai dengan kondisi kesehatan dan kehamilan masing-masing.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *"Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period."* Retrieved from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/12/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period>
- Bustos, M., Venkataramanan, R., & Caritis, S. (2017). *Nausea and vomiting of pregnancy - What's new?. Autonomic neuroscience : basic & clinical*, 202, 62–72. <https://doi.org/10.1016/j.autneu.2016.05.002>
- Cunningham, F.G., et al. (2014). *Obstetri Williams Edisi 23*. Jakarta: EGC
- Fatriani, R. (2023). *Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Ketidaknyamanan Fisik Dan Yoga Prenatal Selama Kehamilan Trimester III*. Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan. <https://doi.org/10.33024/jikk.v10i2.9320>
- Field, T. (2016). *Massage therapy research review. Complementary therapies in clinical practice*, 24, 19–31. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.04.005>
- Goel, Akshita. (2023). *Factors Influencing Biomechanics during Pregnancy and Ergonomic Modifications to Alleviate Discomfort: A Descriptive Review*. Ergonomics International Journal. <https://doi.org/10.23880/eoij-16000311>

- Hasritawati, H., Madeni, B., Putri, S., Wahyuni, S., Idwar, I., & Magfirah, M. (2023). *Pelaksanaan Senam Hamil sebagai Upaya Mempersiapkan Fisik dan Psikologi dalam Menghadapi Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Bebesen. Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 6(5), 1962-1972. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v6i5.9565>
- Kofman, Y. B., Eng, Z. E., Busse, D., Godkin, S., Campos, B., Sandman, C. A., Wing, D., & Yim, I. S. (2019). *Cortisol reactivity and depressive symptoms in pregnancy: The moderating role of perceived social support and neuroticism*. *Biological psychology*, 147, 107656. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2019.01.016>
- Liu, C., Zhao, G., Qiao, D., Wang, L., He, Y., Zhao, M., Fan, Y., & Jiang, E. (2022). *Emerging Progress in Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum: Challenges and Opportunities*. *Frontiers in medicine*, 8, 809270. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.809270>
- Moya, J., Phillips, L., Sanford, J., Wooton, M., Gregg, A., & Schuda, L. (2014). *A review of physiological and behavioral changes during pregnancy and lactation: potential exposure factors and data gaps*. *Journal of exposure science & environmental epidemiology*, 24(5), 449–458. <https://doi.org/10.1038/jes.2013.92>
- Plows, J. F., Stanley, J. L., Baker, P. N., Reynolds, C. M., & Vickers, M. H. (2018). *The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus*. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(11), 3342. <https://doi.org/10.3390/ijms19113342>
- Utomo, Y.D., & Sudjiwanati, S. (2018). *Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Di Rumah Sakit Bersalin Pemerintah Kota Malang*. *PSIKOVIDYA*. <https://doi.org/10.37303/psikovidya.v22i2.117>

BAB 4

HAL-HAL YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN MENTAL *DURING PREGNANCY*

Oleh Rahmi Padlilah

4.1 Pendahuluan

Kesehatan mental yang baik adalah ketika pikiran seseorang tenang dan damai, sehingga mampu menghargai orang-orang di sekitar dan meningkatkan kualitas hidup sehari-hari. Seseorang dengan kesehatan mental yang baik dapat memanfaatkan kemampuannya secara maksimal untuk menghadapi rintangan dalam hidup dan membangun ikatan yang kuat dengan orang lain. Sebaliknya, individu dengan kesehatan mental yang terganggu mungkin mengalami gangguan pada kondisi emosi, fungsi kognitif, dan regulasi emosi, yang berpotensi mengarah pada perilaku maladaptif.

Gangguan mental dapat menyebabkan berbagai masalah dalam kehidupannya dapat merusak hubungan dengan orang lain dan dapat mengganggu seluruh kemampuan produksinya. Gangguan Kesehatan mental dapat disebabkan beberapa macam masalah, untuk itu kita berupaya melakukan pola hidup sehat baik untuk Kesehatan fisik maupun mental (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018)

Pertumbuhan dan perkembangan janin terjadi selama masa kehamilan, mulai dari pembuahan hingga permulaan persalinan. Tubuh ibu hamil mengalami berbagai perubahan fisiologis sebagai bentuk adaptasi. Perubahan ini termasuk perubahan fisik, perubahan fungsi organ, perubahan sistem hormon, perubahan metabolisme, dan perubahan yang kerap menjadi masalah psikologis yang terkait dengan stres prenatal (Noviani and Widiani, 2021)

Stres fisik ataupun stres pada psikososial (pikiran) sama-sama bisa berkontribusi terhadap stres kehamilan. Ibu hamil hampir selalu mengalami stres prenatal, khususnya primigravida. Ibu hamil bisa saja mengalami stres internal maupun stresor eksternal, tergantung sumber stresnya. Stres dicirikan sebagai keadaan tidak nyaman (disforik) di mana ibu hamil mengalami ketidakseimbangan dalam kemampuan mereka untuk menyesuaikan diri dengan berbagai perubahan yang timbul selama kehamilan, atau dalam resistensi mereka terhadap perubahan selama masa kehamilan (Yuniar Mansye Soeli, 2020). Menurut sejumlah penelitian, tingkat stres pada trimester pertama kehamilan sebanding dengan tingkat stres pada umumnya sebelum hamil, namun jumlahnya hampir dua kali lipat pada trimester kedua dan ketiga (Yazia and Suryani, 2022)

4.2 Macam-Macam Gangguan Mental

Terdapat beberapa jenis masalah kesehatan mental dan berikut ini adalah tiga jenis kondisi yang paling umum terjadi:

4.2.1 Stress

Aspek ketegangan pada mental, emosional, psikologis, dan tubuh disebut stres. Kondisi ini akan mempengaruhi aktifitas sehari-hari seseorang. Faktanya, stres dapat memperburuk masalah kesehatan mental, rasa sakit, dan produktivitas. Stres pada dasarnya adalah sejenis

ketegangan yang kuat. Menurut Robbins (2001), stres juga dapat dipahami sebagai situasi di mana keadaan psikologis seseorang ditekan ketika mereka mencoba mencapai suatu tujuan yang memiliki hambatan atau hambatan dalam perjalanannya (Yuniar Mansye Soeli, 2020).

Woolfolk dan Richardson (1979) mengemukakan bahwa adanya sistem kognitif yang mempengaruhi kerja stres memungkinkan semua peristiwa yang terjadi pada kita dianggap sebagai stres, namun bukan karena peristiwa itu sendiri, melainkan karena makna atau interpretasi yang kita berikan pada peristiwa tersebut. Sebaliknya stres adalah keadaan ketegangan yang berdampak pada emosi, proses mental, dan kesehatan seseorang secara keseluruhan. Stres, sebagaimana didefinisikan oleh Hans Selye (1976), adalah reaksi umum tubuh terhadap tuntutan atau kewajiban apa pun yang dibebankan padanya (Yuniar Mansye Soeli, 2020).

4.2.2 Gangguan Kecemasan

Kecemasan merupakan perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh keadaan. Orang dengan kecemasan akan merasa tidak nyaman atau takut tetapi tidak tahu mengapa hal tersebut terjadi. Kecemasan tidak memiliki stimulus yang dapat diidentifikasi dengan jelas (Videbeck, 2012). Kecemasan adalah perasaan khawatir, tegang, atau tidak nyaman terhadap sesuatu yang hasilnya tidak pasti dan dapat menyertai, mempengaruhi, atau menyebabkan depresi (Kajdy *et al.*, 2020). Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kecemasan adalah salah satu emosi negatif yang paling umum terjadi selama kehamilan, terutama pada trimester ketiga (Astarini, 2021).

Kecemasan adalah kondisi mental yang ditandai dengan ketakutan dan kekhawatiran tentang konsekuensi yang mungkin terjadi. Salah satu penyakit psikologis yang dapat menyerang ibu hamil adalah penyakit yang satu ini. Penyakit ini lebih sering terjadi pada ibu yang baru pertama

kali melahirkan, ibu dengan masalah kesehatan tertentu, dan ibu dengan faktor risiko tinggi. Ibu akan merasa semakin takut dan khawatir dengan keadaan kondisi Kesehatan dirinya, yang paling ibu cemas adalah apakah bayi yang akan lahir dalam keadaan yang sehat dan normal, kecemasan juga menghantui ibu-ibu hamil dengan Riwayat kehamilan yang kurang baik misalnya pernah mengalami riwayat keguguran, kehamilan dengan kelainan ektopik, molahidatidosa yang akan membuat seorang ibu cemas dan ketakutan karena merasa pernah kehilangan bayinya (Saputri and Yudianti, 2020).

Gangguan kecemasan pada ibu hamil dapat dirasakan sejak awal trimester pertama dirinya hamil, dimana kecemasan akibat adaptasi terhadap perubahan tubuhnya yaitu uterus yang mulai membesar dan pembesaran payudara. Kecemasan ini berlanjut pada trimester selanjutnya hingga trimester ketiga. Tiga bulan terakhir kecemasan mulai meningkat akibat persepsi persalinan yang menghasilkan rasa sakit dan risiko pada status kesehatan semakin meningkat sampai persalinan tiba (Asmariyah, Novianti and Suriyati, 2021). Terdapat 4 tingkatan rasa cemas yaitu :

1. Ansietas ringan

Ada hubungan antara stres yang dialami sehari-hari maupun kecemasan ringan. Sensasi bahwa ada sesuatu yang tidak beres dan harus diperhatikan adalah salah satu bentuk kecemasan ringan. Peningkatan stimulasi sensorik dapat membantu memusatkan perhatian pada pembelajaran terkait cara berpikir, bertindak, merasakan, dan membela diri serta memecahkan masalah.

2. Ansietas sedang

Merupakan perasaan yang dirasakan karena ada hal yang dan merasa bahwa hal tersebut akan berakibat sesuatu yang kurang baik bagi dirinya yang dapat menyebabkan rasa cemas dan gugup. Hal ini

memungkinkan individu untuk memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan hal lain, akhirnya rasa kecemasan membuat seseorang tidak dapat berpikir untuk hal-hal yang lain karena rasa kecemasan tingkat ini mempersempit lahan persepsi, ibu lebih sulit untuk berkonsentrasi.

3. **Ansietas berat**

Ketika seseorang merasa ada sesuatu yang tidak biasa dan berbahaya atau mungkin merasa terancam, kemungkinan mereka mengalami kecemasan yang parah (ansietas berat). Akibatnya, mereka mungkin terpaksa pada satu masalah yang sempit dan berhenti memikirkan hal lain.

4. **Ansietas sangat berat**

Ansietas sangat berat adalah tingkat kecemasan maksimum di mana semua pemikiran logis terhenti, yang mengakibatkan respons melawan, lari, atau membeku yaitu, dorongan untuk melarikan diri secepat mungkin, tetap diam, dan tidak melawan. Kecemasan yang parah mengganggu kemampuan seseorang untuk berpikir rasional. Ansietas sangat berat akan berhubungan sangat tinggi dengan tingkat keterkejutan, kepanikan, dan kecemasan terkait teror. (Astarini, 2021)

Rasa cemas pada ibu hamil bisa terjadi pada setiap tahapan kehamilannya, karena disebabkan perubahan hormon, bentuk tubuh, dan pertumbuhan janinnya, seorang ibu hamil akan berupaya beradaptasi dengan kehamilan yang dilaluinya. Tingkatan rasa cemas pada ibu berhubungan dengan kehamilan biasanya disebabkan karena kekhawatiran akan bayi yang dikandungnya. Perubahan psikologi yang terjadi pada masa-masa hamilnya memicu perasaan cemas.

Perubahan psikologi yang terjadi pada seorang ibu hamil adalah:

1. Perubahan psikologis trimester pertama.

Kecemasan seringkali muncul bersamaan pada trimester pertama dengan emosi lainnya seperti kegembiraan, kesedihan, kekecewaan, sikap penolakan, keraguan, atau cemoohan, sikap ambivalen (bertentangan), perubahan seksual, stres, dan guncangan psikologis, yang dapat menyebabkan kegelisahan, ketidaknyamanan dan bahkan konflik dengan diri sendiri maupun orang terdekat.

2. Perubahan psikologis trimester kedua.

Bentuk perubahan psikologis trimester kedua antara lain peningkatan libido, perubahan emosi, dan perasaan cemas. *Pre-quickenning* (sebelum ibu merasakan gerakan janin) dan *post-quickenning* (setelah ibu merasakan gerakan janin) merupakan dua tahap kehamilan trimester kedua. Fase *pre-quickenning* adalah masa di mana ibu belajar tentang hubungan interpersonal dan kerangka perkembangan interaksi sosial antara ibu dan janin; ibu mengalami perasaan penolakan, yang diwujudkan dalam sikap negatif seperti ketidakpedulian dan pengabaian; dan pada akhirnya ibu mengembangkan identitasnya sebagai seorang ibu pada fase *post-quickenning*.

Para ibu akan berkonsentrasi pada kehamilannya dan mempersiapkan diri dengan lebih baik untuk mengambil tanggung jawab sebagai ibu. Kehidupan psikologis ibu hamil pada saat ini akan tampak lebih tenang, namun fokus mulai berubah terkait penampilan fisik, dinamika keluarga, dan ikatan psikologis dengan janin. Pada tahap ini, seiring dengan pertumbuhan janin, ketergantungan wanita hamil terhadap suaminya juga meningkat.

3. Perubahan psikologi trimester ketiga

Ibu hamil akan mengalami perubahan psikologis yang lebih kompleks pada trimester ketiga kehamilannya dibandingkan trimester sebelumnya karena keadaan kehamilan yang semakin membesar. Ibu hamil memerlukan dukungan pasangan, keluarga, dan tenaga medis karena sejumlah gangguan psikologis yang dapat timbul, termasuk tekanan emosional. Pergeseran emosi ini disebabkan oleh adanya kekhawatiran, ketakutan, skeptisisme, dan ketidakpastian mengenai kondisi kehamilannya (Astarini, 2021)

4.2.3 Depresi

Menurut Beck dan Alford (2009), depresi adalah suatu kondisi psikologis yang ditandai dengan adanya kelainan/penyimpangan pada cara berpikir, perasaan, dan perilaku seseorang. Orang yang menderita penyakit depresi mungkin menunjukkan perilaku seperti menarik diri dari lingkungan sekitar, merasa tertekan dan kesepian, kurang percaya diri, dan tidak menikmati keramaian atau suasana komunal.

Menurut Santrock (2003), seseorang dikatakan berada dalam suasana hati tertekan ketika ia merasakan depresi dan sejumlah emosi tidak menyenangkan lainnya dalam waktu singkat akibat kegagalan dalam melakukan tugas tertentu. Beberapa tanda depresi adalah munculnya emosi dan perilaku negatif yang mencerminkan afeksi negatif. Depresi digambarkan sebagai suatu kondisi emosional dan perilaku yang bermanifestasi sebagai suatu pola oleh Nolen-Hoeksema dan Hilt (2008). Penyimpangan perilaku dan perubahan emosi merupakan contoh gejala yang intensitasnya bervariasi dan dapat berdampak pada tingkat keparahan depresi.

Beberapa faktor yang menyebabkan depresi diantaranya:

- a) Usia ibu
- b) Status soasial dan ekonomi
- c) Status pernikahan
- d) Konflik dengan orang tua atau suami
- e) Jenis kelamin
- f) Faktor keturunan

Depresi periodik tidak sama dengan perubahan suasana hati yang normal. Setidaknya selama dua minggu, penyakit ini bertahan hampir sepanjang hari. Gejala lain juga muncul, yang mungkin termasuk:

- a) kesulitan berkonsentrasi
- b) rasa bersalah yang ekstrim atau rasa percaya diri yang rendah
- c) keputusan akan masa depan
- d) pikiran untuk bunuh diri
- e) gangguan tidur
- f) perubahan pola makan atau berat badan
- g) merasa sangat lelah atau kekurangan energi.

Depresi dapat menimbulkan kesulitan dalam segala aspek kehidupan, termasuk di masyarakat dan di rumah, pekerjaan dan sekolah. Depresi diakibatkan oleh interaksi kompleks faktor sosial, ekonomi, psikologis, dan biologis. Pada ibu hamil banyak hal yang bisa menyebabkan depresi, stress yang berkelanjutan pada kehamilan juga mampu memicu kondisi depresi pada seorang ibu hamil, lingkungan sosial, lingkungan keluarga, konsep diri yang tidak memiliki keyakinan akan kemampuan diri terhadap kehamilannya memiliki peran yang sangat besar memicu kondisi depresi pada ibu hamil. Orang-orang yang pernah mengalami peristiwa buruk dalam hidup (pengangguran, kehilangan, peristiwa traumatis) lebih mungkin mengalami depresi. Depresi pada gilirannya dapat menyebabkan lebih banyak stres dan disfungsi serta memperburuk situasi kehidupan orang yang terkena dampak dan depresi itu sendiri. Depresi erat kaitannya dan dipengaruhi oleh kesehatan fisik. Banyak faktor yang

mempengaruhi depresi (seperti kurangnya aktivitas fisik atau penggunaan alkohol yang berbahaya) juga diketahui sebagai faktor risiko penyakit seperti penyakit kardiovaskular, kanker, diabetes, dan penyakit pernapasan. Pada gilirannya, orang dengan penyakit ini mungkin juga mengalami depresi karena kesulitan dalam mengelola kondisinya.

4.2.4 Komplikasi yang disebabkan oleh Stress, Kecemasan dan Depresi

1. Komplikasi pada stress

Persalinan prematur, yang dikarenakan plasenta memproduksi lebih banyak hormon pelepas kortikotropin (CRH) dan progesteron dalam kondisi stres, merupakan salah satu komplikasi yang terkait dengan stres prenatal. Selain itu, progesteron yang bersifat relaksasi dan memperlambat motilitas lambung, dapat menyebabkan hiperemesis gravidarum dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) pada awal kehamilan, sedangkan stres dan penurunan progesteron dapat menyebabkan aborsi. Efek ini menunjukkan bagaimana keadaan emosi seorang ibu dapat mempengaruhi kesehatannya selama kehamilan dan pertumbuhan serta perkembangan janinnya pada tahap kehidupan selanjutnya (Yuniar Mansye Soeli, 2020)

2. Komplikasi pada kecemasan

Gangguan tertentu baik pada ibu maupun janin yang dikandungnya bisa muncul dari hal-hal yang bisa terjadi pada ibu hamil yang mengalami kecemasan yang ekstrim. Hal ini penting untuk dipahami karena kecemasan selama kehamilan merangsang kontraksi rahim. Ibu hamil yang mengidap penyakit ini dapat mengalami dampak kesehatan yang kurang baik, antara lain berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur, serta peningkatan tekanan darah yang dapat menyebabkan preeklamsia dan keguguran (Novriani, 2017).

Seperti penelitian yang dilakukan Hasim pada tahun 2018, setiap orang mengalami gejala kecemasan dengan cara yang berbeda. Gejala kecemasan antara lain gemetar, jantung berdebar, gelisah, dan pusing. Kehamilan merupakan salah satu sumber stresor kecemasan yang dapat mengganggu kehidupan sehari-hari, terutama bagi ibu hamil yang memiliki berbagai permasalahan terkait kehamilan (Saputri and Yudianti, 2020)

3. **Komplikasi kehamilan pada ibu dengan depresi**

Beberapa bukti melaporkan bahwa kondisi depresi pada ibu hamil ini memiliki dampak buruk pada ibu dan janin yaitu terjadinya komplikasi kehamilan seperti gangguan pertumbuhan janin dalam kandungan (IUGR), kelahiran prematur, perdarahan pasca persalinan, pre eklampsia, berat bayi lahir rendah (BBLR) hingga gangguan perkembangan anak. Kondisi depresi kehamilan juga sangat berhubungan dengan adanya depresi setelah melahirkan, sehingga hal ini menimbulkan konsekuensi terhadap kualitas hidup maternal dan juga menjadi penyebab utama beban penyakit di negara maju dan berkembang (Wulandari and Perwitasari, 2021)

4.2.5 Hal-Hal yang dapat Mengakibatkan Gangguan Mental pada Ibu Hamil

Getinet (2020) menemukan faktor risiko gangguan depresi kehamilan yakni sosiodemografi, obstetri, dan psikososial seperti konflik keluarga, KDRT, dukungan sosial (Getinet et al., 2020). Faktor ibu seperti usia dan paritas juga ditemukan sebagai prediktor depresi kehamilan (Wulandari and Perwitasari, 2021). Ketika menjelang persalinan, dukungan suami terhadap ibu hamil sangat mempengaruhi kesehatan fisik dan psikologisnya. Menurut hipotesis yang dikenal sebagai teori Buffering Hipotesis, menyatakan bahwa dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dengan melindungi orang dari dampak stres yang merusak. Hingga ibu melahirkan, dukungan yang diterimanya terutama dari

suaminya akan menumbuhkan perasaan tenteram, puas, dan optimis terhadap kehamilannya (Astria, 2009). Gangguan emosional yang berdampak pada kehamilan mungkin juga disebabkan oleh pengalaman stres yang berkaitan dengan proses kehamilan atau persalinan ibu (Yazia and Suryani, 2022).

Wanita hamil mungkin merasa stres akibat pengalaman traumatis sebelumnya. Ketika seorang ibu baru pertama kali melahirkan, sering kali ia mendengar cerita-cerita seram dari teman atau keluarga mengenai pengalaman mengerikan saat melahirkan, seperti ibu atau bayinya meninggal, sehingga membentuk persepsinya terhadap proses melahirkan yang mengerikan. Akibatnya, dia ketakutan dan tidak tahu apa yang akan terjadi saat melahirkan (Yazia and Suryani, 2022)

1. Faktor internal keluarga

a) Konflik keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan atau tidak adanya ikatan perkawinan darah atau adopsi dan anggota keluarga saling berinteraksi dan berkomunikasi serta memiliki peran masing-masing dalam keluarga (Friedman, 2010). Keluarga merupakan satuan unit paling kecil dalam masyarakat yang terdiri dari atas kepala keluarga dan individu yang tinggal di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI (1998) dalam Setiadi, 2008). atas kepala keluarga dan individu yang tinggal di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI (1998) dalam Setiadi, 2008) (Zuhrotunida and Yudiharto, 2017).

Ketegangan akan selalu ada dalam setiap interaksi antar manusia, termasuk dalam hubungan keluarga. Konflik umumnya dianggap sebagai perselisihan antagonis yang melemahkan hubungan antarpribadi. Konflik dalam bahasa

Indonesia setara dengan pertengkaran, pertikaian, dan pertengkar (Kamus Bhs. Indonesia, 2005). Konflik adalah ketidakcocokan akan sesuatu pendapat maupun hal-hal yang dapat memicu konflik, perbedaan sikap. Adanya perbedaan pendapat mengenai kehamilan yang dialami seorang ibu bisa memicu konflik keluarga misalnya karena kehamilan ini tidak diinginkan oleh keluarga atau dianggap adalah beban keluarga, hal ini dapat menimbulkan rasa kecemasan pada seorang ibu hamil, rasa khawatir akan penerimaan keluarga terhadap kehamilannya dan kelahiran anaknya kelak. Wanita hamil yang mendapat dukungan sosial cenderung merasa lebih positif, memiliki kendali atas hidupnya, dan mengurangi stres ketika mengamati perubahan yang terjadi selama kehamilan (Collins et al., 1993). Keluarga merupakan lingkungan sosial yang paling dekat dengan ibu hamil yang dapat memberikan dukungan sosial (Astuti, Santosa and Utami, 2000)

Peristiwa buruk dalam kehidupan atau kejadian yang tidak menyenangkan terkait dengan pernikahan (misalnya keharmonisan perkawinan, pekerjaan pasangan, dan keharmonisan rumah tangga); hubungan dengan mertua; dan perubahan lainnya (misalnya, pengaturan tempat tinggal, jam atau kondisi kerja, perubahan kesehatan keluarga, kematian teman dekat). Kejadian kurang baik ini berubah menjadi stressor yang mungkin berdampak pada kesehatan mental ibu selama hamil (Perwitasari and Wulandari, 2022)

b) Dukungan suami

Dukungan suami adalah support sistem utama bagi seorang ibu hamil selain keluarga lainnya, suami sebagai pendamping ibu dapat memberikan rasa aman dan nyaman bagi ibu untuk berbagi apa yang dirasakan pada tahapan

kehamilannya, dukungan suami menimbulkan efek kerja hormon yang baik. Kurangnya dukungan suami atau tidak memberikan dukungan akan berakibat buruk bagi perkembangan psikologis seorang ibu hamil yang akan berefek buruk pada kehamilannya. Dukungan suami bukan hanya terbatas pada dukungan secara psikologis namun juga dukungan finansial/ekonomi untuk persiapan persalinan. Adanya hubungan yang sangat signifikan antara dukungan suami dengan kejadian gangguan mental pada ibu hamil (Stiarti and Isnaeni, 2011)

2. Faktor Fisik dan Psikologis

a) Faktor Kesiapan ibu

Mayoritas wanita yang telah memasuki kehidupan berumah tangga menginginkan kehamilan sebagai salah satu tujuan pernikahan. Meski demikian, tidak dapat dipungkiri, menjadi seorang ibu merupakan pengalaman yang mengesankan sekaligus sulit. Wanita hamil yang paling berbahagia dengan kehamilannya pun juga merasa cemas, kecemasan mungkin muncul dari ketidakpastian mengenai kemampuannya untuk menahan berbagai transformasi yang terjadi selama sembilan bulan dan dalam menyesuaikan diri dengan posisi barunya sebagai seorang ibu (Astuti, Santosa and Utami, 2000).

Wanita hamil sering mengalami konflik emosi, meskipun ketika kehamilan tersebut sangat diinginkan. Pitt (1994) mengklaim bahwa hal ini dihasilkan dari perbedaan nyata antara perasaan menginginkan sesuatu dan proses memperolehnya. Penyesuaian fisik pada kehamilan pertama dikaitkan dengan perubahan yang terjadi secara bertahap selama sembilan bulan. Wanita hamil telah mengalami perubahan psikologis sejak awal kehamilannya, bahkan

sebelum mereka menyadari adanya perubahan fisik. Misalnya wanita hamil terkadang mengalami perubahan emosi yang cepat pada suatu saat, mereka mungkin merasa gembira, namun beberapa saat kemudian, mereka mungkin merasa tertekan (Astuti, Santosa and Utami, 2000)

Pengendalian emosi merupakan salah satu cara penyesuaian diri selama fase kehamilan. Bentuk pengendalian psikologis dalam masa ini seperti kemampuan untuk mengambil pelajaran dari kesalahan masa lalu, mengambil tindakan tegas untuk memecahkan masalah, dan menjunjung tinggi interaksi antarpribadi yang damai. Kesejahteraan fisik dan mental ibu dan bayi yang dikandungnya sangat ditentukan oleh fase kehamilan yang singkat namun berdampak. Oleh karena itu, kemampuan untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan selama kehamilan sangatlah penting (Astuti, Santosa and Utami, 2000).

Apabila seorang ibu tidak mampu mempersiapkan diri dalam pengendalian emosi maka dapat mengakibatkan gangguan-gangguan mental pada sang ibu saat hamil. Dukungan sosial merupakan salah satu elemen yang diperkirakan mempengaruhi fase penyesuaian. Wills (dalam Cohen dan Syme, 1985) menegaskan bahwa kemampuan seorang wanita dalam menyesuaikan diri dengan kehamilan pertamanya akan berhubungan dengan derajat dukungan keluarga (Astuti, Santosa and Utami, 2000)

b) Umur

Usia merupakan waktu perjalanan hidup seseorang, mulai dari saat lahir hingga batas pendataan. Tingkat perkembangan emosi dan fisik orang dewasa lebih dapat dipercaya daripada tingkat perkembangan usia muda. Respons

terhadap gangguan mood dipengaruhi oleh perbedaan perkembangan antara kelompok usia dewasa dan kelompok usia lebih muda, yang mungkin menjadi salah satu faktor risiko terjadinya gangguan kesehatan mental pada ibu.

Seorang wanita sebaiknya berusia antara 20 dan 35 tahun saat hamil dan melahirkan. Pada masa ini, sistem reproduksinya telah matang, dan ia juga telah mencapai kondisi emosional, sosial, dan mental yang matang yang memungkinkannya merawat anaknya dan menangani tantangan dengan ketenangan emosional (Papamarkou, 2017). Ibu dalam rentang usia ini dianggap mampu mengurangi penyebab depresi kehamilan karena ibu lebih sehat dan siap secara fisik, emosional, psikologis, sosial, dan ekonomi (Wulandari and Perwitasari, 2021).

Perempuan usia <20 tahun rentan berisiko menderita depresi maternal. Hal ini disebabkan karena kurangnya kesiapan untuk memiliki anak tekanan kecemasan akan kemampuannya untuk memberikan perawatan pada bayinya, maupun risiko yang bisa dialami ibu selama hamil, bersalin dan nifas. Selain itu penyulit pada kehamilan remaja (<20 tahun) lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat 20-35 tahun sehingga merugikan kesehatan ibu maupun pertumbuhan dan perkembangan bayi (Wulandari and Perwitasari, 2021). Norman (2010) dalam penelitiannya melaporkan bahwa kelompok usia yang paling banyak menderita gejala depresi pada masa maternal adalah usia >35 tahun.

Resiko kematian ibu setelah melahirkan meningkat pesat seiring dengan bertambahnya usia ibu saat hamil dan melahirkan. Ibu yang berusia lebih tua lebih mudah terserang diabetes dan tekanan darah tinggi. Penyakit kehamilan

yang membahayakan kesehatan wanita hamil pada usia lanjut lebih umum terjadi, begitu pula masalah kesehatan fisik seperti kelelahan, sembelit, sulit tidur, dan rendahnya energi. Jika dibarengi dengan ketegangan psikologis, tekanan sosial, dan kesulitan ekonomi, hal ini akan memperburuk kondisi ibu dan meningkatkan kemungkinan terjadinya depresi ibu (Wulandari and Perwitasari, 2021). Jadi beberapa kecemasan yang ditimbulkan berbeda pada tiap tingkatan usia ibu dalam kehamilan.

c) Paritas

Ibu multipara, dan kondisi depresi paling banyak terjadi pada kelompok ini dibandingkan kelompok responden primipara. Meskipun teori menyebutkan bahwa ibu multipara memiliki kemampuan dalam menghadapi masa maternal sebelumnya sehingga lebih siap secara psikologis dalam menghadapi kelahiran anaknya, namun keadaan lain seperti faktor ekonomi juga berkontribusi sebagai stressor yang menyebabkan ibu mengalami gangguan emosional dan psikologis. Fenomena dimana ibu yang baru pertama kali menjadi orang tua biasanya menghadapi banyak tantangan dalam menyesuaikan diri menjadi orang tua. Ibu lebih cenderung gugup dan khawatir terhadap kemungkinan terjadinya hal-hal yang tidak menyenangkan, yang secara psikologis menambah emosi cemas, labilitas perasaan, dan gangguan mood (Purwati, 2017). Ibu juga mungkin tidak merasakan kegembiraan seperti setelah melahirkan anak pertama mereka, namun pengalaman hamil, melahirkan, dan mengasuh anak dapat membantu wanita mengatasi masalah emosional dan kesulitan fisik (Wulandari and Perwitasari, 2021).

Ada beberapa pendapat peneliti mengenai depresi yang terjadi dari ibu dengan paritas yang berbeda, pada ibu primipara tingkat kecemasan ibu terhadap peran baru akan menjadi seorang ibu dan tidak memiliki pengalaman melahirkan ini akan menjadi suatu momok yang menakutkan sehingga dapat menimbulkan gangguan psikologis atau mental dalam menghadapi persalinan. Namun berbeda dengan ibu multipara yang telah memiliki pengalaman dalam kehamilan dan melahirkan pengalaman yang kurang baik dalam kehamilan yang lalu dapat mempengaruhi kondisi psikologis ibu dikehamilan yang selanjutnya.

3. Faktor ekonomi

Menurut penelitian (Tang et al., 2019), pendapatan rumah tangga berhubungan dengan stres prenatal ringan hingga sedang yang diderita ibu hamil. Penelitian tambahan mengungkapkan adanya hubungan antara timbulnya gejala stres dan kecemasan prenatal dengan status ibu rumah tangga atau perempuan yang tidak bekerja. Wanita-wanita ini lebih mungkin mengalami stres dan kecemasan prenatal selama kehamilan dibandingkan wanita yang terus bekerja. Meningkatnya tekanan keuangan, perselisihan antara anggota keluarga, menurunnya kedudukan sosial, meningkatnya kebiasaan-kebiasaan buruk (seperti minum-minuman keras dan merokok), kesepian karena mempunyai banyak waktu luang untuk diri sendiri, dan rasa bertahan hidup karena ketergantungan pada pekerjaan adalah hal-hal yang menyebabkan stres (Atik Sunarmi, 2023).

Cara hidup dan peristiwa gaya hidup ibu berkaitan erat dengan status ekonomi (Muzakkir et al., 2019). Depresi terkait kehamilan dapat disebabkan oleh variabel sosial ekonomi, yaitu pilihan gaya hidup (Kusuma, 2019). Depresi saat hamil 1,43 kali lebih sering terjadi pada ibu hamil dengan tingkat sosial ekonomi buruk. Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian Getinet & Amare (2018) yang menemukan bahwa ibu dengan status ekonomi lebih tinggi lebih kecil berpeluang stress dibandingkan dengan ibu hamil dengan pendapatan lebih rendah. Kesulitan ekonomi dan utang meningkatkan kemungkinan terjadinya depresi (Riana and Indria, 2019).

4. Faktor Sosial Budaya

Faktor lingkungan sosial budaya sangat mempengaruhi perilaku ibu hamil, pada budaya-budaya tertentu aturan-aturan yang mengikat yang diberlakukan secara turun temurun oleh orang tua menjadikan ibu hamil adalah obyek yang harus mematuhi adat istiadat budaya yang berlaku, hal ini akan membuat ibu hamil merasa kebingungan dengan budaya yang dianggap tidak berhubungan dengan kehamilan yang akhirnya menimbulkan rasa kecemasan pada ibu antara keyakinan untuk mematuhi budaya tersebut namun khawatir akan mengganggu kesehatan bayinya dengan tidak mematuhi budaya tersebut akan mempengaruhi kehamilan yang dilaluinya. budaya patriatik juga dapat membuat seorang ibu hamil merasa bahwa dia tidak memiliki keleluasaan dalam memutuskan apa yang dikehendakinya dalam kehamilan karena pengambil keputusan adalah suami dan keluarga, kecemasan akan hal-hal buruk bisa terjadi apabila keputusan yang diambil tidak sesuai dengan kebutuhan seorang ibu hamil. Dukungan sosial merupakan salah satu faktor risiko kejadian depresi

antenatal di negara berpenghasilan tinggi maupun rendah. Dampaknya cenderung bervariasi karena perbedaan budaya dan konteks keluarga maupun sosial (Cankorur et al., 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Asmariyah, A., Novianti, N. and Suriyati, S. (2021) 'Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Pada Masa Pandemi Covid-19 Di Kota Bengkulu', *Journal Of Midwifery*, 9(1), pp. 1–8. doi: 10.37676/JM.V9I1.1341.
- Astarini, A. A. S. D. (2021) *Gambaran Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Pada Masa Pandemi Covid-19 Di Wilayah Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Puskesmas Kuta Selatan, Poltekkes Denpasar Repository*. Available at: <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7781/> (Accessed: 8 November 2023).
- Astuti, A. B., Santosa, S. W. and Utami, M. S. (2000) 'Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Penyesuaian Diri Perempuan Pada Kehamilan Pertama', *Jurnal Psikologi*, 27(2), pp. 84–95. doi: 10.22146/JPSI.7001.
- Atik Sunarmi. (2023). 'Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Pada Ibu Hamil: Scoping Review', *Detector: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(3), pp. 32–38. Available at: <https://ejurnal.politeknikpratama.ac.id/index.php/Detector/article/view/2068>.
- Kajdy, A. *et al.* (2020) 'Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional survey', *Medicine*, 99(30), p. E21279. doi: 10.1097/MD.00000000000021279.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) *Pengertian Kesehatan Mental*. Available at: <https://ayosehat.kemkes.go.id/pengertian-kesehatan-mental> (Accessed: 20 October 2023).
- Noviani, N. W. and Widiani, N. N. A. (2021) 'Penyuluhan Senam Hamil untuk Mengurangi Tingkat Stres Ibu Hamil Trimester III dalam Menghadapi Persalinan di Puskesmas III Denpasar Selatan', *Jurnal Pengabdian UNDIKMA*, 2(2), pp. 230–234. Available at: <https://ejournal.undikma.ac.id/index.php/jpu/article/download/4252/2971>.

- Perwitasari and Wulandari, R. P. (2022) 'Gejala Depresi Pada Ibu Hamil: Prevalensi Dan Hubungannya Dengan Dukungan Sosial', *Journal of Midwifery and Reproduction*, 5(2), pp. 77–83. doi: 10.35747/JMR.V5I2.825.
- Riana, E. and Indria, P. (2019) 'Analisis Determinan Kejadian Depresi Pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Sajad Desa Tengguli Kecamatan Sajad Kabupaten Sambas', *Jurnal Ilmiah Umum dan Kesehatan Aisyiyah*, 4(2), pp. 120–130. doi: 10.35721/JAKIYAH.V4I2.39.
- Saputri, I. S. and Yudianti, I. (2020) 'Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Trimester Iii Berdasarkan Kelompok Faktor Resiko Kehamilan', *Jurnal Midwifery Update (MU)*, 2(1), pp. 16–23. doi: 10.32807/JMU.V2I1.72.
- Stiarti, D. and Isnaeni, Y. (2011) 'Hubungan Dukungan Suami Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Primigravida Trimester 3 Di Rsud Temanggung'. Available at: <http://lib.unisayogya.ac.id> (Accessed: 8 November 2023).
- Wulandari, R. P. and Perwitasari (2021) 'Hubungan Usia Ibu Dan Paritas Dengan Gejala Depresi Pada Kehamilan', *Journal of Midwifery and Reproduction*, 4(2), pp. 81–85. doi: 10.35747/JMR.V4I2.675.
- Yazia, V. and Suryani, U. (2022) 'Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Stres pada Ibu Hamil dalam Menghadapi Persalinan', *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 10(4), pp. 837–856. doi: 10.26714/JKJ.10.4.2022.837-856.
- Yuniar Mansye Soeli (2020) *Manajemen Stres Pada Ibu Hamil*. Gorontalo. Available at: <https://www.google.com/search?sourceid=chrome&q=Yuniar+Mansye+Soeli%2C+S.Kep%2C+Ns.%2C+M.Kep%2C+Sp.Kep.J+Manajemen+Stres+Pada+Ibu+Hamil> (Accessed: 8 November 2023).
- Zuhrotunida, Z. and Yudiharto, A. (2017) 'Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Ibu Hamil Menghadapi Proses Persalinan Di Puskesmas Kecamatan Mauk Kabupaten Tangerang', *Jurnal JKFT*, 2(2), pp. 60–70. doi: 10.31000/JKFT.V2I1.694.

BAB 5

MENEJEMEN PADA RESIKO BUNUH DIRI DAN KEKERASAN OLEH PASANGAN

Oleh Salina

5.1 Pendahuluan

Dalam bahasa Inggris, bunuh diri disebut Suicide karena kata latin "su" Artinya diri sendiri (*self*) dan "oide" Artinya membunuh (*kill*). Oleh karena itu, micide berarti bunuh diri. Charleton (Wennberg 1990) menggambarkan bunuh diri adalah perlakuan merugikan diri (*destroying oneself*), membunuh diri (*murdering oneself*), dan pembantaian terhadap diri sendiri. Namun, Donne (Wennberg 1990) mengatakan bahwasanya bunuh diri sama halnya membunuh diri sendiri karena dalam arti yang lebih spesifik, membunuh diri sendiri merupakan pembunuhan yang disengaja terhadap diri sendiri (*a killing of oneself*), dalam hal ini arti yang lebih umum adalah membunuh (Furwasih, 2022).

Menurut *American Psychiatric Association* (APA), Tindakan bunuh diri didefinisikan yaitu kelakuan yang merugikan diri sendiri dengan hasil yang fatal disertai bukti bahwa seseorang mau mengakhiri hidupnya (Jacobs, 2003). Namun, Camus (Darmaningtyas, 2002) dengan tegas menyatakan bahwa bunuh diri adalah satu-satunya masalah falsafah yang benar-benar serius. Pertanyaan dasar filsafat adalah memutuskan apakah hidup ini layak atau tidak. Camus mencoba menyelidiki hubungan antara bunuh diri dan pikiran individual, meskipun pada saat itu orang hanya melihat bunuh diri sebagai gejala sosial. Harold (1998) menjelaskan bahwasanya bunuh diri merupakan kematian yang dilakukan secara sengaja oleh seseorang. Ini biasanya terjadi karena krisis, yang menyebabkan penderitaan yang tak tertahankan, perasaan putus asa dan tidak berdaya, konflik antara hidup dengan stres yang tak terbendung lagi, dan tidak ada solusi atas masalah yang dihadapi dan memilih untuk melarikan diri.

Bunuh diri adalah ketika seseorang dengan sengaja mengakhiri hidupnya. Dorongan untuk bunuh berasal dari dalam dan dari luar. Kekerasan oleh pasangan adalah ketika salah satu pasangan berusaha mengontrol, mengatur, membuatnya takut, atau bahkan membuatnya bergantung padanya. Luka fisik juga merupakan kekerasan oleh pasangan. Kekerasan oleh pasangan adalah ketika pasangan mengontrol satu sama lain baik secara fisik, psikis, dan seksual sehingga mengganggu korban. Bentuk kekerasan tak hanya terjadi dalam kehidupan, tetapi dapat terjadi secara online. Pendistribusian konten intim non konsensual adalah contoh kekerasan.

5.2 Bunuh Diri

Bunuh diri adalah keputusan yang diambil oleh seseorang secara sadar untuk mengakhiri kehidupannya. Bunuh diri adalah tindakan nyata di mana seseorang secara sengaja dan dalam kondisi tertentu membunuh dirinya sendiri. Dorongan untuk bunuh diri dapat berasal dari diri sendiri atau dari luar. (Carter, 2018).

5.2.1 Penyebab Bunuh Diri

Menurut Purbaningsih (2019) keinginan mengakhiri hidup dikarenakan oleh dua faktor yaitu :

1. Faktor Internal

Faktor internal meliputi :

- a. Faktor Biologi

Orang dengan riwayat keluarga yang pernah melakukan bunuh diri bahkan lebih memiliki penyakit mental dan pernah melakukan percobaan mengakhiri hidup atau orang yang tidak ada riwayat keluarga juga bisa saja melakukan tindakan bunuh diri

- b. Gangguan Jiwa

Sekitar 90% kejadian bunuh diri disebabkan oleh adanya gangguan jiwa. Kejadian depresi seperti gangguan bipolar atau skizofrenia menyumbang setidaknya setengah dari kasus tersebut dan merupakan gangguan mental sangat umum yang dapat mengakibatkan seseorang melakukan tindakan bunuh diri.

- c. Karakteristik Kepribadian

Sebuah studi menemukan bahwasanya jika mengontrol kesehatan, keramahan, keterbukaan, tanggung jawab, dan ekstroversi menurunkan risiko bunuh diri menjadi 56,7%.

d. Faktor Kognitif

Penelitian menunjukkan orang yang ingin melakukan tindakan bunuh diri memiliki tingkat kekakuan kognitif yang lebih tinggi, yaitu kecenderungan untuk bertahan, ketidakmampuan untuk merubah kebiasaan, konsep, dan sikap mereka setelah dikembangkan.

e. Faktor Perilaku

Semakin setuju seseorang dengan perilaku bunuh diri, semakin besar kemauan untuk mengakhiri hidup.

2. Faktor Eksternal

a. Pengalaman Hidup Negatif

Teori membuktikan bahwa stres merupakan salah satu faktor yang mendorong kemauan seseorang untuk melakukan tindakan bunuh diri. Faktor keluarga yang signifikan seperti gaya pengasuhan keluarga, pengalaman pelecehan atau terabaikan saat kecil, dan stabilitas keluarga juga dapat memengaruhi keputusan untuk bunuh diri.

b. Faktor Sosial dan Lingkungan

Forum dan sosial media juga mempunyai kekuatan yang cukup kuat untuk menyebarkan pengetahuan tentang bunuh diri dan melakukan intervensi.

c. Faktor Kebudayaan

Suasana budaya yang besar dapat mempengaruhi pikiran seseorang tentang bunuh diri dengan mempengaruhi sikap mereka kepada tindakan mengakhiri hidup bunuh diri.

5.2.2 Perilaku Bunuh Diri

Ada beberapa perilaku seseorang yang mau bunuh diri, seperti :

1. Bercerita tentang putus asa dan mudah menyerah
2. Bercerita tentang kematian
3. Melakukan tindakan yang dapat menyebabkan kematian, seperti mengonsumsi obat berlebihan, berkendara tanpa hati-hati, atau berolahraga ekstrem tanpa pertimbangan
4. Tidak berminat pada hal-hal yang sebelumnya disukai
5. Bercerita dan posting cerita galau tentang masalah yang dihadapi seperti kehilangan harapan dan merasa tidak berguna
6. Mengatakan hal yang menyalahkan dirinya, seperti "semuanya tak akan terjadi bila dia tak ada di sini" bahkan berpikir, "mereka akan lebih baik tanpa diriku."
7. Bercerita tentang kematian dan bunuh diri
8. Perubahan drastis pada suasana hati, dari sedih menjadi bahagia tiba-tiba mengucapkan selamat tinggal pada seseorang yang tidak memiliki rencana untuk pergi
9. *Depression*

5.2.3 Faktor Resiko Bunuh Diri

Faktor resiko bunuh diri, menurut PPNI (2019) yaitu :

1. Gangguan perilaku (seperti, euforia yang terjadi secara tiba-tiba setelah mengalami depresi, mencari benda berbahaya, membeli obat-obatan dalam jumlah besar, atau menulis surat wasiat)
2. Demografi (usia tua, tingkat perceraian, janda atau duda, ekonomi rendah, atau tidak bekerja)
3. Gangguan fisik (nyeri kronis atau penyakit yang sudah berakhir)
4. Masalah sosial: seperti berduka, tak berdaya, putus asa, kesepian, kehilangan hubungan penting, dan terisolasi dari masyarakat

5. Gangguan psikologis (seperti trauma di masa kecil, riwayat bunuh diri, homoseksual, gangguan psikiatrik, penyakit psikiatrik, dan penyalahgunaan zat)

5.2.4 Faktor Protektif Bunuh Diri

Tidak diragukan lagi, upaya yang kuat diperlukan untuk menjaga kesehatan mental dan menghindari gangguan kejiwaan yang parah saat menjalani kehidupan yang rumit. Faktor-faktor berikut mungkin membantu orang menghindari bunuh diri. Memiliki Kemampuan menghadapi masalah (*coping*) dan penyelesaian masalah yang baik.

1. Memiliki nilai-nilai dan keyakinan (spiritual) yang positif;
2. Memiliki hubungan dan hubungan dengan peer group, keluarga, dan dukungan sosial;
3. Memiliki akses ke perawatan kesehatan mental dan fisik;
4. Tidak memiliki akses ke alat-alat yang berbahaya dan lingkungan yang berbahaya.

Adapun langkah yang dapat dilakukan dalam membantu individu yang dalam keadaan psikologis yang tidak nyaman (*emotional pain*) :

1. Apakah Anda ditanya, "Apakah Anda berpikir untuk mengakhiri hidup?"
2. Hadir, dengarkan, dan pahami perasaan mereka;
3. Perhatikan bahwa mereka tetap berada dalam keadaan yang aman dan menghindari akses ke alat dan tempat sebagai resiko bunuh diri
4. Membantu orang terdekat atau informasi layanan kesehatan
5. Tetap terhubung setelah situasi krisis atau sesi konseling (Nirwana, 2011).

5.2.5 Kajian Asuhan Kebidanan

Bunuh diri adalah keputusan yang diambil oleh seseorang secara sadar untuk mengakhiri kehidupannya. Tanda-tanda dan gejala bunuh diri dibagi menjadi 3 kategori berdasarkan klasifikasi pasien UPIP, yaitu:

Tabel 5.1 Kategori Pasien Di UPIP

(Skor: 1-10 Skala RUFA)	(Skor: 11-20 Skala RUFA)	(Skor: 21-30 Skala RUFA)
Percobaan mengakhiri hidup 1. Mencoba melakukan tindakan mengakhiri hidup melalui cara seperti menggantung diri, meminum racun, mengiris urat nadi, melompat dari ketinggian, depresi, dan menyusun rencana bunuh diri. Mengalami depresi 2. Memiliki rencana khusus untuk bunuh diri 3. Menggunakan alat untuk mengakhiri hidup, seperti pistol, pisau, silet, dll.	Ancaman mengakhiri hidup 1. Aktif memikirkan rencam mengakhiri hidup, tetapi tak bersamaan dengan mencoba mengakhiri hidup 2. Mengatakan mau bunuh diri tetapi tidak mempunyai perencanaan yang jelas 3. Menjauhkan diri dari pergaulan bebas	Isyarat mengakhiri hidup 1. Mungkin telah mempunyai gagasan untuk melakukan percobaan bunuh diri, tetapi tidak disertai dengan ancaman mengakhiri hidup 2. Mengungkapkan perasaan misalnya rasa selalu bersalah, sedih, putus asa, atau tak memiliki daya 3. Mengungkapkan hal-hal buruk mengenai dirinya yang menunjukkan harga diri yang rendah 4. Berkata, "Tolong di jaga anak-anakku karena aku akan pergi selamanya!"

Sumber:Furwasih, 2021

Setelah pengkajian selesai, kita dapat membuat diagnosa berdasarkan tingkat risiko mengakhiri hidup. Jika pasien memperlihatkan tanda-tanda bahwa dia berencana untuk mengakhiri hidup masalah yang mungkin datang yaitu harga diri yang jatuh. Setelah mempertimbangkan permasalahan ini, langkah pertama Jika pasien menunjukkan ancaman bunuh diri, yang harus dilakukan merupakan meningkatkan harga dirinya.

➤ Diagnosa

Tindakan intensif harus segera diambil untuk melindungi pasien, sesuai dengan tingkatnya, setelah masalah ini diidentifikasi.

➤ Tindakan

1. Tindakan Intensif I : 24 jam pertama (skor: 1-10 skala RUFA)
 - a. Tindakan terhadap pasien
 - 1) Membangun kepercayaan diri dengan pasien
 - 2) Menemukan, metode, dan waktu klien membuat percobaan mengakhiri hidup;
 - 3) Menemukan cara yang lain untuk menyelesaikan permasalahan dari pada melakukan percobaan mengakhiri hidup, perasaan terhadap orang yang dapat kepercayaan (sahabat atau keluarga)
 - a) Selalu berpikir positif
 - b) berbuat hal yang disukai
 - c) Melakukan aktivitas spiritual: membaca doa setelah beribadah
 - 4) Melihat pasien sekali setiap sepuluh menit sampai dia kirim ke ruang intensif II
 - 5) Menjaga semua barang yang berbahaya (seperti pisau, silet, gdas, dan ikat pinggang)
 - 6) Berkolaborasi bersama dokter dalam program pengobatan pasien dengan menggunakan prinsip lima (5) benar

- 7) Dengan lemah lembut memberi tahu pasien bahwa kami akan selalu menjaga mereka sampai mereka tidak ingin bunuh diri
- 8) Mengobati luka atau kondisi yang disebabkan oleh percobaan mengakhiri hidup
- b. Himbauan kepada keluarga
 - 1) Mendidik keluarga mengenai tanda dan gejala bunuh diri; bertanya terhadap keluarganya tentang tanda dan gejala bunuh diri yang tiba-tiba muncul; dan
 - 2) Berbicara mengenai tanda-tanda dan gejala yang biasanya muncul terhadap pasien yang memiliki resiko mengakhiri hidup
 - 3) Membimbing keluarganya cara menjaga pasien dari percobaan mengakhiri hidup
 - 4) Membahas apa yang mampu dilakukan oleh keluarga jika pasien menunjukkan tanda-tanda dan gejala mengakhiri hidup.
 - 5) Menyampaikan cara menjaga pasien, antaranya:
 - a) Pastikan pasien berada di tempat yang aman dan nyaman, jangan membiarkan mengunci dirinya di kamar, bahkan jangan membiarkan sendirian di rumah.
 - b) Jauhkan benda-benda yang bisa digunakan untuk mengakhiri hidup. misalnya api, pisau, bahan bakar minyak atau bensin, tali, dan benda tajam lainnya. Selain itu, jangan berikan pasien barang-barang yang berpotensi melakukan bunuh diri, seperti obat nyamuk atau racun serangga.
 - c) Saat tanda-tanda dan gejala bunuh diri meningkat, terus mengawasi dan meningkatkan penjagaan. Walaupun pasien tak lagi menunjukkan tanda-tanda atau gejala bunuh diri, pemah tidak boleh melonggarkan pengawasan.

- 6) Menyarankan keluarga untuk melakukan cara diatas
 - 7) Mendidik kepada keluarga mengenai hal-hal yang dapat diperbuat jika pasien melakukan percobaan untuk mengakhiri hidup, diantaranya:
 - a) Mencari pertolongan kepada tetangga atau pemuka masyarakat agar menghentikan upaya mengakhiri hidup yang dilakukan
 - b) Segera membawa pasien ke rumah sakit atau puskesmas agar memperoleh pertolongan
 - 8) Membantu keluarga dalam melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang tersedia.
 - a) Menginformasikan mengenai nomor telepon darurat tenaga medis,
 - b) Mendorong keluarganya agar mengunjunginya pasien untuk berobat kontrol secara teratur agar mengatasi masalah mengakhiri hidupnya, dan
 - c) Mendorong keluarganya agar membantu pasien mengonsumsi obat sesuai dengan prinsip lima benar: orangnya, obat, dosis, penggunaan, dan waktu.
- SpP: Membangun kepercayaan satu sama lain, menemukan alasan, metode, waktu pasien melakukan percobaan mengakhiri hidup, dan menemukan mekanisme koping alternatif.

Orientasi:

"Assalamu'alaikum, perkenalkan saya perawat B, Saya bekerja di ruang intensif UPIP pagi ini dari pukul 07.00 hingga 14.00. Saya ingin tahu namanya. Apa yang membuat A melakukan tindakan bunuh diri ? Bagaimana jika kita berbicara tentang ini di sini selama 10 menit? Apakah A setuju untuk melakukannya?"

Kerja:

"Apa alasannya sehingga melakukan tindakan bunuh diri?" (identifikasi alasan) "Bagaimana A melakukannya?" "Kapan A melakukan tindakan ini?"

"Apakah kamu pikir ada jalan yang lain untuk menghentikan permasalahan selain mengakhiri hidup?" "Ada jalan yang lebih baik selain mengakhiri hidup, yakni setiap kali merasa tak berguna dan putus asa, berceritalah kepada keluarga, teman dekat, sahabat atau keperawat atau dokter kemudian pikirkan hal positif dari permasalahan yang kamu alami dan coba lakukan aktivitas yang disenangi." Selain itu, banyak berdoa dan kerjakan sholat setiap kali merasa tidak baik."

Terminasi

"Bagaimana perasaan A saat ini?"

sambil saya meninggalkan pasien A. Coba tenangkan diri dan berdoa kepada tuhan. Selain itu, pikirkan sisi positif dari masalah dan lakukan aktivitas yang Anda sukai.

Saya akan kembali sepuluh menit lagi untuk mengobati.

2. Intensif II: 24-72 jam (skor:11-20 skala RUFA)
 - 1) Tindakan kepada pasien
 - a) Melatih pasien untuk berusaha menghentikan masalahnya

- b) Berkolaborasi dengan dokter agar program pengobatan korban dengan menggunakan prinsip lima (5) benar
- c) Menjaga korban sampai inportasi ke ruang intensif III setiap 30 menit sekali
- d) Menjaga semua barang yang berbahaya (seperti pisau, silet, gelas, ikat pinggang, dll.)
- e) Melakukan perawatan luka atau kondisi yang disebabkan percobaan untuk mengakhiri hidup.
- f) Berikan terapi musik
- 2) Tindakan bagi keluarga
 - a) Beri tahu keluarga pasien tanda dan gejala mengakhiri hidup.
 - (1) Berbicara mengenai gejala dan tanda yang biasa ditemukan pada orang yang mempunyai resiko bunuh diri.
 - (2) Mendidik kepada pihak keluarga cara melindungi dari keinginan untuk percobaan mengakhiri hidup
 - b) Berbicara mengenai apa yang bisa dilakukan keluarga jika pasien menunjukkan gejala dan tanda-tanda untuk mengakhiri hidup.
 - (1) Memberikan penjelasan metode yang dapat melindungi korban, antara lain:
 - (a) Menyediakan lingkungan yang menyenangkan. Tempatkan korban pada tempat yang sangat mudah untuk diawasi, jangan membiarkan berada sendirian di dalam kamar, atau jangan meninggalkan mereka sendiri di rumah. Jauhkan dari benda yang bisa dipergunakan untuk mengakhiri hidup, seperti api, pisau, bensin atau bahan bakar,

tali, dan zat berbahaya seperti obat nyamuk atau racun .

- (b) Tetap mengawasi pasien
 - (c) Mengawasi dan tetap meningkatkan pengawasan setiap kali muncul tanda dan gejala keinginan mengakhiri hidup
 - (d) Menjelaskan kepada pihak keluarga mengenai korban sehingga melakukan percobaan mengakhiri hidup
 - (e) menjelaskan kepada keluarga tentang mekanisme koping positif yang dapat dilakukan oleh korban sehingga dapat mencegah tindakan percobaan mengakhiri hidup
 - (f) Meminta kepada pihak keluarga atau orang terdekat agar melakukan hal-hal yang disebutkan di atas.
- 2) Beri tahu keluarga apa yang harus mereka lakukan jika korban melakukan percobaan mengakhiri hidup, seperti:
- (a) Meminta bantuan kepada tetangga atau pemuka masyarakat agar menghentikannya.
 - (b) Segera bawa korban ke rumah sakit atau puskesmas untuk memperoleh pertolongan pertama.
- 3) Mendorong keluarga pasien untuk melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan
- (a) Memberi tahu informasi kepada keluarga mengenai nomor telepon darurat tenaga medis.

(b) Meminta kepada pihak keluarganya agar membantu korban meminum obat sesuai dengan prinsip lima benar: benar orangnya, benar obatnya, benar dosisnya, dan benar cara penggunaan, dan waktu pemberian obatnya.

- SpP : Latih korban untuk menggunakan teknik koping positif.

Orientasi:

"Assalamualikum, apakah A. Masih merasa putus asa? (Setiap interaksi harus mengevaluasi RUFA agar menentukan tingkat intervensi.) Apakah anda masih ingat bagaimana solusi untuk mengurangi rasa ingin bunuh diri? A masih teringat. Bagaimana kalau kita sekarang belajar bagaimana apakah A ingin?, di mana?, dan berapa lama?

Kerja:

"Baiklah coba anda berfikir positif dari kejadian yang tak menyenangkan" "Bagus sekali Anda bisa menyebutkannya dengan baik." "Sekarang apakah aktivitas sekarang anda sukai?" "Wah banyak juga ya. Bagaimana jika kita masukkan hal-hal yang anda sukai ke dalam jadwal Anda. Kemudian jadwal sholat dan baca doanya bisa dimasukkan ke dalam jadwal Anda."

Terminasi

"Bagaimana perasaan A pasca latihan mengenai hal – hal yang positif?

"Sementara saya meninggalkan coba A untuk menjalankan jadwal yang telah kami buat sebelumnya?" "Saya akan kembali 30 menit lagi untuk memberi obat."

3. Tindakan Intensif III berlansung : 72 jam- 10 hari (skor: 21-30 skala RUFA)
 1. Tindakan untuk pasien
 - a) Mendorong korban meningkatkan harga diri dengan cara:
 - (1) Memberikan kesempatan kepada korban untuk meluapkan perasaannya
 - (2) Memberikan pujian kepada korban yang dapat mengungkapkan perasaannya
 - (3) Meyakinkan pasien bahwa dia berharga
 - (4) Berbicara mengenai kondisi yang harus pasien syukuri

➤ SpP : Membantu pasien menjadi lebih percaya diri

Orientasi:

Assalamualaikum B! Bagaimana keadaanya hari ini ? Apa yang telah dilakukan untuk mendorongnya melakukan bunuh diri? Hari ini akan berbicara mengenai rasa syukur atas apa yang masih dimiliki B. Berapa lama waktu yang diinginkan? Di mana itu?"

Kerja:

(Ikuti tindakan keperawatan untuk harga diri yang rendah, berkonsentrasi pada hal-hal positif tentang keluarga dan diri sendiri) "keluarga masih menyanyangi dan membutuhkan B. Coba B ceritakan hal-hal yang baik dan menyenangkan dalam kehidupan B. Keadaan apa yang membuat B merasa puas? Ternyata masih ada hal-hal baik di kehidupan B, dan patut untuk bersyukur. Coba beri tahu B apa yang masih dapat dia lakukan.

Terminasi:

"Bagaimanakah perasaannya setelah melakukan percakapan hari ini?" "Ingat dan lakukan hal-hal baik dalam kehidupan B jika terjadi dorongan untuk melakukan tindakan bunuh diri (affirmasi)." Baiklah, B. Coba ingat lagi hal-hal lain yang masih perlu di syukuri!

Kita akan bertemu 30 menit lagi untuk membahas cara terbaik dalam menyelesaikan masalah. Apa lokasinya? Itu baik. Tapi jika ada yang tidak terkendali, beri tahu mereka segera!

➤ Evaluasi

Tanda keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan terhadap korban dan keluarganya.

1. Percobaan dan ancaman tindakan mengakhiri hidup
 - a. Keadaan pasien yang aman dan selamat menunjukkan bahwa perawatan yang diberikan kepada pasien yang melakukan mengakhiri hidup berhasil.
 - b. Sebaliknya, kemampuan keluarganya untuk melindungi anggota keluarga mereka yang mengancam atau melakukan percobaan bunuh diri menunjukkan seberapa baik perawatan yang diberikan kepada pasien.
2. Tanda Bunuh diri
 - a. Keberhasilan dalam melakukan perawatan kepada pasien menunjukkan isyarat percobaan bunuh diri ditandai dengan:
 - 1) Mampu meningkatkan harga dirinya,
 - 2) Mampu mengungkapkan perasaannya
 - 3) mampu menggunakan strategi penyelesaian masalah yang baik.
 - b. Bagi keluarga korban yang menunjukkan isyarat untuk melakukan tindakan mengakhiri hidup, keberhasilan perawatan ditandai dengan kemampuan pihak keluarga untuk merawat pasien dengan risiko mengakhiri hidup. agar mencapai tujuan ini, diharapkan bahwa:
 - 1) Keluarga dapat mengingat kembali gejala dan tanda mengakhiri hidup;
 - 2) Keluarga dapat mengingat kembali cara melindungi anggota keluarga yang berisiko

melakukan tindakan percobaan mengakhiri hidup.

5.3 Kekerasan Oleh Pasangan

Kekerasan oleh pasangan adalah Ketika salah satu dari pasangan berusaha mengontrol, mengatur, membuatnya takut, atau bahkan bergantung padanya. Tidak perlu mengalami luka fisik untuk menjadi korban kekerasan pasangan intim. Kekerasan oleh pasangan terjadi ketika pasangan mengontrol satu sama lain secara fisik, psikis, dan seksual sehingga mengganggu korban. Bentuk kekerasan ini dapat terjadi secara online maupun dalam kehidupan sehari-hari. Distribusi konten intim non konsensual adalah salah satu bentuk kekerasan.

5.3.1 Dampak Kekerasan Oleh Pasangan

Menurut tulisan Tara L. Cornelius dan Nicole Resseguie dari Grand Valley State University, "Program pencegahan utama kekerasan dalam hubungan: sebuah tinjauan literatur", efek kekerasan pasangan adalah sebagai berikut:

1. Korban pacaran berkecenderungan memiliki self-esteem yang rendah, perasaan tidak berharga, sering menyalahkan diri, dan mudah emosi sehingga merasa khawatir.
2. Korban pacaran berkecenderungan menunjukkan kesulitan dalam berkomunikasi dan kesulitan menyelesaikan masalah yang dihadapi.
3. Mereka percaya bahwa tindak kekerasan dapat menjadi cara untuk menyelesaikan permasalahan.

Adapun dampak lain yang bisa dialami jika kita mengalami kekerasan dari pasangan, yaitu :

1. Dampak Fisik
Sebab dari tindakan kekerasan fisik yang dialami pada bagian tubuh berupa kondisi permanen (cacat) dan tidak permanen (luka, lebam).
2. Pengaruh Psikologis

Sebab pengaruh psikis korban, seperti perasaan tidak berharga, ketakutan, dan malu.

3. Pengaruh Seksual dan Reproduksi:

Akibat dari kekerasan yang mengganggu fungsi atau kerusakan organ seksual dan reproduksi, baik pada bagian dalam maupun bagian luarnya.

4. Dampak Ekonomi

Tindakan kekerasan pada kondisi ekonomi korban, seperti kehilangan kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan sebagai mata pencaharian.

5. Dampak Sosial

Akibat dari tindakan kekerasan yang mengganggu posisi sosial, relasi sosial, dan modalitas sosial korban.

6. Dampak Kejiwaan

Akibat dari tindakan kekerasan yang mengganggu modalitas sosial dan posisi sosial korban.

7. Perempuan mengalami trauma atau membenci laki-laki, dapat menyebabkan mereka takut untuk menjalin hubungan dengan pria karena menimbulkan kecemasan dan trauma yang mendalam.

5.3.2 Bentuk-Bentuk Kekerasan oleh Pasangan

Di berbagai literatur, ada banyak jenis pengklasifikasian kekerasan pasangan. Sebagai contoh, diperkirakan bahwa antara 20 dan 37 persen pasangan yang berpacaran juga mengalami kekerasan dalam hubungan mereka. Beberapa jenis kekerasan antar pasangan :

1. Kekerasan Fisik: memukul, menendang, mendorong, menonjok, menampar, mencekik, melempar, dan mengancam dengan benda tajam sampai menyebabkan perawatan medis saat sakit atau terluka.
2. Kekerasan Emosional atau psikis terus-menerus mengkritik, memanggil, mengejek, membentak, membuat kita percaya bahwa kita selalu salah, membuat berbagai peraturan yang menekang, bahkan memberi hukuman jika kita tidak menurut. Termasuk

juga jenis ancaman dan intimidasi, seperti mengatakan bahwa mereka akan melukai kita dan orang-orang yang kita sayangi, atau bahkan diri mereka sendiri. Selain itu, ekspresi dan tindakan kita menunjukkan ketakutan, berteriak hingga menghancurkan benda-benda di sekitar kita. Ketika pasangan kita selalu mengambil keputusan penting tentang hidup kita itu juga merupakan bentuk kekerasan psikis. Jangan lupa bahwa mengontrol apa yang kamu lakukan, siapa yang kamu temui, dan ke mana kamu pergi, serta mengawasi telepon, laptop, atau sosial media juga merupakan bentuk kekerasan.

3. Pemaksaan agar berhubungan seksual, termasuk memaksa melakukan hal-hal yang berbau seksual, seperti mengambil foto seksi, untuk kepuasan diri, sampai pelecehan.
4. Kekerasan Ekonomi: Beberapa contoh kekerasan ekonomi termasuk menahan uang di ATM, melarang bekerja atau menuntut ilmu, terlibat terlalu banyak dalam keputusan karir, dan memaksa pasangan membeli apa pun yang mereka inginkan.

5.3.3 Faktor-Faktor Kekerasan oleh Pasangan

Menurut *World Report On Violence And Health* (2002), ada enam faktor yang dapat berkontribusi pada kekerasan pasangan, di antaranya:

1. Faktor Individu

Usia muda, status ekonomi yang buruk, prestasi akademik atau pendidikan yang rendah adalah beberapa faktor demografi yang dapat mengakibatkan seseorang dapat berbuat kekerasan terhadap pasangannya.

2. Sejarah Kekerasan dalam Keluarga

Studi di Brazil, Afrika, dan Indonesia menunjukkan bahwasanya laki-laki yang sering melihat kekerasan didalam keluarganya cenderung akan melakukan tindakan kekerasan.

3. Penggunaan Alkohol

Seseorang dapat mengalami penurunan kemampuan untuk memahami apa yang mereka lihat.

4. Studi menunjukkan gangguan kepribadian terhadap laki-laki yang melakukan kekerasan terhadap pasangannya cenderung mengalami emosi yang bergantung, tidak aman, dan rendahnya kepercayaan diri, sehingga sulit untuk mengendalikan atau mengontrol dirinya.

5. Faktor Hubungan

O'Kefee (2005) menyatakan bahwa kekerasan meningkat jika tidak ada kepuasan dalam hubungan dan konflik lebih banyak.

6. Faktor Sosial

Seseorang dapat menjadi putus asa karena hidup dalam kemiskinan. Kemiskinan dapat menjadi pemicu stres, frustrasi, dan perasaan yang tidak mampu memenuhi

DAFTAR PUSTAKA

- Ayers, Susan. 2017. Birth trauma and post-traumatic stress disorder: the importance of risk and resilience. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(5): 427 - 430
- Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JS, Koorengevel KM, Steegers EA, Kushner SA. *Prevention of postpartum psychosis Am J Psychiatry*. 2012 Jun;169(6):609-15.
- Carter K & Seifert M, 2018. Psikologi Umum. EGC, Jakarta.
- Error! No bookmark name given.** Nirwana, Ade Benih. 2011. *Psikologi Kesehatan Wanita (Remaja, Menstruasi, Menikah, Hamil, Nifas, dan Menyusui)*. Yogyakarta. Nuha Medika.

BAB 6

KERJASAMA DAN KOMUNIKASI INTERPERSONAL DALAM PENANGANAN MASALAH KESEHATAN MENTAL

Oleh Nanik Susanti

Komunikasi interpersonal adalah salah satu bentuk komunikasi. Komunikasi interpersonal mengacu pada komunikasi yang terjadi secara langsung antara satu orang dengan orang lain. Ada berbagai jenis komunikasi yang dapat Anda gunakan untuk berkomunikasi dengan orang lain. Salah satu metode yang dianggap efektif adalah komunikasi interpersonal. Hal ini dikarenakan komunikasi interpersonal meningkatkan keintiman dan intensitas interaksi antar individu dalam masyarakat (Universitas Pahlawan, 2019).

Kolaborasi adalah tentang hubungan antara dua individu atau organisasi untuk mencapai tujuan yang sulit dan berpotensi mahal untuk dicapai sendirian. Setiap orang atau organisasi yang terlibat dalam kerjasama harus yakin bahwa mitranya dapat mencapai tujuan tersebut. Bidan dapat memberikan pelayanan kebidanan. *Outcome* kerja bidan dalam praktik kebidanan meliputi prosedur administrasi, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetrik, konsultasi, rujukan ibu hamil risiko tinggi, hubungan dengan ibu hamil, keamanan dan kenyamanan, dan lain-lain. (Junawan & Haksama, 2015).

Meningkatkan keterampilan dan pengetahuan kebidanan baik secara praktis maupun teoritis. Salah satu hal yang dibutuhkan seorang bidan adalah kemampuan komunikasi. Komunikasi adalah salah satu dari berbagai komponen yang dinilai pada akhir program intervensi. Tinjauan ini mengidentifikasi penelitian yang berfokus pada keterampilan komunikasi. Komunikasi kebidanan merupakan suatu bentuk komunikasi yang digunakan bidan pada saat memberikan asuhan kebidanan kepada klien. Hal ini dapat dilihat misalnya ketika bidan memberikan pelayanan kebidanan, mencari data atau screening klien, dan dengan adanya komunikasi yang baik antara bidan dengan tim pelayanan kesehatan lainnya, interaksi mempengaruhi outcome pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan.

Dalam praktik kebidanan, komunikasi interpersonal yang baik diperlukan untuk memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas (Sazwani et al., 2020). Komunikasi antarpribadi (diri sendiri) adalah penggunaan bahasa dan pikiran yang berlangsung di dalam diri komunikator itu sendiri. Dalam komunikasi interpersonal, individu menjadi pengirim (komunikator) dan penerima (komunikator) pesan, serta bertanggung jawab dalam menentukan makna hidup, mewujudkan nilai-nilai pribadi, dan memantau dalam mencapai tujuan hidup. Komunikasi interpersonal merupakan komunikasi yang terjadi dalam diri seseorang (Arinda & Herdayati, 2021). Kesehatan mental merupakan aspek penting dalam mencapai kesehatan secara keseluruhan.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa kesehatan mental adalah bagian penting dalam kehidupan. Kesehatan jiwa di Indonesia perlu mengoptimalkan integrasi layanan kesehatan jiwa. Kebijakan kesehatan mental di Indonesia dinilai sudah lebih maju dibandingkan dekade-dekade sebelumnya, meski kemajuannya cenderung lambat. Seperti halnya di banyak negara berkembang lainnya, pengembangan kebijakan kesehatan mental belum didukung oleh data pendukung yang memadai. Memang kita sangat membutuhkan data yang berkualitas untuk menyusun kebijakan yang efektif

agar upaya pengelolaan kesehatan jiwa di tingkat pelayanan kesehatan primer dan sekunder lebih optimal (Ridlo, 2020)

Menurut Merriam Webster, *Health Professionals* adalah keadaan di dimana seorang individu mampu memanfaatkan kemampuan kognitif dan emosionalnya untuk berfungsi dalam masyarakat dan memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari mengacu pada negara (Dewi dalam Zulkarnain dan Fatimah, 2019). Tidak mungkin setiap orang berada dalam kondisi psikologis yang sama. Oleh karena itu, topik kesehatan mental perlu segera dikaji dan dibahas karena berkaitan dengan potensi individu, keluarga, lingkungan, dan komunitas yang ada dan diharapkan kesehatan mental yang utuh dapat mengoptimalkan kepentingan pemangku kepentingan dalam menjalankan perannya dalam kehidupan sehari-hari (Rozali et al., 2021). Tingkat kejadian gangguan kesehatan mental pada ibu hamil yang terjadi di seluruh dunia, sekitar 10% wanita hamil dan 13% wanita yang baru saja melahirkan mengalami gangguan mental, terutama depresi (Roof et al., 2019). Di negara berkembang tingkat kejadiannya mencapai 15,6% selama kehamilan dan 19,8% setelah melahirkan. Dalam kasus yang parah, ibu hamil dapat melakukan bunuh diri. Selain itu, ibu yang mengalami gangguan kesehatan mental tidak dapat melakukan peran dengan baik (Sartika et al., 2021).

Beberapa faktor yang berkaitan dengan penyebab terjadinya gangguan mental pada ibu hamil seperti dukungan suami saat hamil, dukungan orang tua dan keluarga, kritik yang kurang baik dari lingkungan sekitar, rasa malu atau kurang percaya diri dengan keadaan yang sedang dialaminya serta kurang cukupnya masalah ekonomi dalam keluarganya (Franks et al., 2017). Meskipun faktor-faktor penyebab terjadinya stres telah dievaluasi pada populasi umum. Untuk secara efektif mengurangi dampak negatif yang akan timbul terhadap wanita dan bayi, penelitian diperlukan untuk memajukan pemahaman tentang stres, kekhawatiran dan kesehatan mental orang yang melahirkan (Liu et al., 2021). Kesehatan mental ibu hamil berkaitan erat dengan kondisi psikisnya, dimana kejadian yang mengganggu kesehatan mental ibu hamil ini dapat juga

dikaitkan dengan kurangnya dukungan yang diberikan oleh keluarganya dengan keadaannya saat ini (Sapkota et al., 2022).

Penelitian (Shahid et al., 2022) dalam tulisannya mengatakan bahwa dukungan sosial merupakan hal penting dan sangat dibutuhkan dalam menjaga kesehatan mental ibu hamil. Sebuah penelitian dilakukan di Iran untuk menguji hubungan antara dukungan sosial yang dirasakan dan ketakutan menghadapi persalinan. Selain itu penelitian lain juga mengatakan dengan adanya dukungan keluarga pada ibu hamil ini akan menurunkan tingkat stres takut yang dialami ibu hamil sehingga dapat menjaga kondisi mental ibu hamil (Keskin et al., 2022). (Sunarmi et al., 2023).

Gangguan mental sama pentingnya dengan kesehatan fisik, karena kesehatan sangat penting bagi manusia. Kondisi tubuh yang sehat mendukung segala aktivitas yang dilakukan seseorang. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan. Menurut data yang dirilis pada tahun 2018 oleh Survei Kesehatan Dasar, sekitar 9,8% orang Indonesia yang berusia antara 15 hingga 24 tahun, awal masa pubertas, menderita masalah kesehatan mental emosional. Jumlahnya meningkat dari tahun 2013 hingga saat ini. (Hadi Saputra, 2022). Permasalahan kesehatan mental saat ini perlu diatasi karena dapat menurunkan angka ekonomi serta kesejahteraan kesehatan masyarakat. Salah satu cara untuk mengatasinya adalah dengan memberikan informasi yang akurat dan terperinci serta menumbuhkan sikap masyarakat dalam menjaga dan peka terhadap kesehatan mental satu sama lain. Teknologi informasi seperti media sosial dapat dimanfaatkan untuk menyebarkan informasi dan menumbuhkan sikap peduli terhadap kesehatan mental (Sa'diyah et al., 2022). (Aryshinta et al., 2023).

Penelitian Goebert, et al (2006), menyatakan bahwa kesehatan mental selama kehamilan terlihat dari empat hal, yaitu konsumsi alkohol, konsumsi rokok, adanya kemungkinan depresi, dan kecemasan. Depresi dan kecemasan memiliki resiko tertinggi untuk ibu hamil yang dapat menyebabkan dilakukannya aborsi dan bunuh diri. Penelitian Fredheim et al (2011) menjelaskan bahwa dalam meningkatkan layanan perawatan kesehatan mental diperlukan kolaborasi antara institusi layanan kesehatan, dokter umum dan profesional layanan kesehatan mental dalam satu layanan kesehatan masyarakat yang terintegrasi. Kolaborasi interprofessional dianggap berpotensi sebagai strategi yang kuat untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal (Green, 2013; Lapkin, LevettJones (2013) & Gilligan, 2011).

Praktek kolaborasi juga dapat menurunkan angka komplikasi, lama rawat di rumah sakit, konflik diantara tim kesehatan, dan tingkat kematian. Sedangkan di bidang kesehatan mental, praktek kolaboratif dapat meningkatkan kepuasan pasien dan tim kesehatan, mengurangi durasi pengobatan, mengurangi biaya perawatan, mengurangi insiden bunuh diri, dan mengurangi kunjungan rawat jalan (WHO, 2010). Kesehatan mental ibu yang buruk telah diteliti dapat berdampak negatif terhadap kesehatan fisik ibu, interaksi dan keterikatan antara ibu dan bayi yang tidak terjalin, ketidakmampuan ibu untuk menjadi orang tua, terjadi gangguan secara fisik, emosional, perilaku maupun perkembangan kognitif pada anak (Chuang et al., 2011; Hart dan McMahon, 2006; Sabuncuoglu dan Basgul, 2014; Topiwala et al., 2012).

Komunikasi interpersonal secara umum adalah komunikasi antara orang-orang secara tatap muka, masing-masing orang yang terlibat dalam komunikasi tersebut saling mempengaruhi persepsi lawan komunikasinya. Bentuk khusus komunikasi interpersonal ini adalah komunikasi dyadik. DeVito berpendapat bahwa komunikasi interpersonal adalah komunikasi yang terjadi diantara dua orang yang telah memiliki hubungan yang jelas, yang berhubungan dengan beberapa cara. Jadi komunikasi interpersonal misalnya komunikasi yang terjadi antara ibu dengan anak, dokter dengan pasien, dua orang dalam suatu

wawancara, dsb. Deddy Mulyana (2005) menyatakan: "komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*) adalah komunikasi antara orang-orang secara tatap muka, yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal ataupun nonverbal." (Mulyana, 2005:73).

Beberapa Ahli Komunikasi menjelaskan apa itu Komunikasi Interpersonal salah satunya Deddy Mulyana dalam buku "Ilmu Komunikasi: suatu pengantar" sebagai berikut: Mulyana (2000: 73) menjelaskan komunikasi interpersonal adalah komunikasi antara orang-orang yang bertatap muka, memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal atau non verbal. Komunikasi Interpersonal ini adalah komunikasi yang melibatkan hanya dua orang, seperti suami istri, dua sejawat, dua sahabat dekat, guru-murid dan sebagainya. Selain komunikasi Interpersonal merupakan model komunikasi yang paling efektif. Peristiwa komunikasi masif dua orang mencakup hampir semua komunikasi informal dan basabasi, percakapan sehari-hari yang kita lakukan sejak saat kita bangun pagi sampai kembali ke tempat tidur. Komunikasi didik juga merupakan komunikasi yang mencakup hubungan antar manusia yang paling erat, misalnya komunikasi antara dua orang yang saling menyayangi. Perspektif situasional mengatakan bahwa komunikasi interpersonal secara khusus mengamati interaksi dua orang yang berkomunikasi verbal maupun nonverbal sekaligus. komunikasi interpersonal juga memiliki kecepatan umpan balik yang cepat.

Komunikasi interpersonal merupakan komunikasi antara dua orang yang mengalami tahap interaksi dan relasi tertentu mulai dari tingkatan akrab sampai tingkat perpisahan dan berulang kembali terus menerus. Dalam perspektif interpersonal, bahkan kelompok atau organisasi yang terdiri lebih dari dua individu dipandang sebagai kumpulan bentuk dyad. Dyadic Communication adalah komunikasi yang melibatkan dua individu. Sehingga komunikasi interpersonal selalu terjadi dalam konteks komunikasi kelompok, organisasi atau bahkan level komunikasi yang lebih luas lagi. Tanpa Dyadic

communication, hubungan tidak akan tercipta. Tanpa hubungan maka komunikasi interpersonal tidak akan tercipta, tanpa hubungan maka komunikasi interpersonal tidak akan ada. Artinya, jika salah satu individu menarik diri dari hubungan, maka hubungan akan berakhir selamanya atau sementara sampai hubungan diantara mereka di perbaiki kembali. Dua individu memiliki tanggung jawab yang sama dalam menentukan sifat hubungan dengan menciptakan makna dari setiap interaksi.(Anggraini et al., 2022).

Menyusui dan kesehatan mental ibu pada periode perinatal adalah dua isu penting dalam kesehatan masyarakat. Isu tersebut berdampak terhadap kuantitas dan kualitas hidup manusia. Menyusui adalah cara yang paling ideal untuk memberi makan pada bayi. Menyusui adalah proses biologis yang mempunyai efek protektif pada ibu dan nampaknya berhubungan dengan keadaan fisik dan emosional yang baik saat masa nifas, periode menyusui, dan pada masa yang akan datang (Binns et al., 2016). Anak-anak yang mendapatkan ASI atau disusui dalam jangka waktu yang lebih lama, memiliki tingkat morbiditas dan mortalitas yang lebih rendah, insiden maloklusi gigi yang lebih rendah, dan tingkat kecerdasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak-anak yang disusui dalam jangka waktu yang lebih pendek atau tidak disusui sama sekali.

Selain itu, terdapat bukti bahwa ASI dapat mencegah kelebihan berat badan dan diabetes pada anak di masa yang akan datang. Menyusui juga mempunyai dampak positif terhadap ibu, yaitu dapat mencegah kanker payudara, mengatur jarak kelahiran, dan dapat mencegah risiko diabetes dan kanker ovarium (Victora et al., 2016). Periode perinatal (dari kehamilan sampai tahun pertama pascapersalinan) merupakan periode yang rentan untuk perkembangan gangguan kesehatan mental pada ibu, seperti gangguan kecemasan, gangguan suasana hati, dan psikosis. Data epidemiologis telah menunjukkan bahwa gangguan depresi mayor perinatal mempengaruhi setidaknya 20% ibu dan kecemasan perinatal mempengaruhi 10%, sementara sekitar 10-15% ibu melaporkan gejala depresi sedang selama kehamilan dan/atau masa nifas. Gejala-gejala ini mungkin tidak dikenali atau didiagnosis oleh ibu itu sendiri,

keluarganya, atau tenaga kesehatan. Gangguan kesehatan mental perinatal adalah salah satu morbiditas yang paling umum dari kehamilan dan periode paska melahirkan dan tampaknya memiliki efek negatif pada perawatan perinatal, hasil kelahiran dan pada perkembangan kognitif, sosial, dan emosional anak (Dagla, Mrvoljak-Theodoropoulou, et al., 2021).

Berdasarkan hasil penelitian di beberapa negara, ibu yang memiliki tingkat kecemasan dan/atau depresi yang tinggi (peningkatan skor pada pemeriksaan psikometri yang mendeteksi gangguan Kesehatan mental) sebelum atau selama kehamilan atau setelah melahirkan lebih banyak mengalami kesulitan dengan menyusui dibandingkan dengan yang lain (Hamdan & Tamim, 2012). Ibu yang mengalami masalah psikologis pada kehamilan dan paska persalinan tidak akan mulai menyusui sama sekali (Grigoriadis et al., 2013), akan berhenti sebelum waktunya dan akan menyusui selama periode yang lebih pendek (Grigoriadis et al., 2013; Mathews et al., 2014) atau akan menyusui secara eksklusif pada tingkat yang lebih rendah dan untuk durasi yang lebih pendek daripada ibu yang tidak menunjukkan gejala tersebut (Fallon et al., 2018; Jain et al., 2014; Lara Cinisomo et al., 2017) Karena itu, perkembangan gejala kecemasan dan depresi perinatal tampaknya menjadi faktor risiko untuk tidak melakukan inisiasi menyusui, penyapihan dini, serta tidak memberikan ASI secara eksklusif (Rahmaika et al., 2023) (Rahmaika et al., 2023) (Dagla, Mrvoljak-Theodoropoulou, et al., 2021).

Studi literatur ini dilakukan untuk mensintesis hasil penelitian terkini tentang hubungan antara kesehatan mental perinatal terhadap luaran menyusui. Analisis pada sebagian besar penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa kesehatan mental perinatal mempengaruhi luaran menyusui. Penelitian yang dilakukan secara longitudinal (Ritchie-Ewing et al., 2019) mengukur keyakinan ibu tentang menyusui serta tekanan psikologis pada masa prenatal dan postpartum dalam kaitannya dengan inisiasi menyusui dan penyapihan dini. Kelompok dengan penyapihan dini mempunyai *Pregnancy-specific distress* yang lebih tinggi di trimester pertama kehamilan

Kesehatan mental perinatal mempengaruhi praktik dan kontinuitas menyusui. Sebaliknya, praktik dan kontinuitas menyusui juga mempengaruhi kesehatan mental ibu setelah melahirkan. Tenaga kesehatan perlu melakukan deteksi dini masalah menyusui untuk menghindari gangguan kesehatan mental ibu serta melakukan deteksi dini gejala patologis kesehatan mental ibu untuk menghindari penyapihan dini dan masalah menyusui.(Rahmaika et al., 2023).

Pentingnya keterampilan komunikasi interpersonal telah menjadi bahan kajian di berbagai bidang ilmu untuk meningkatkan efektivitas program KIE atau keperluan lainnya. Tenaga kesehatan yang memberikan konseling pasti berkomunikasi dengan kliennya. Proses komunikasi yang dilakukan dapat menentukan tercapainya suatu informasi sesuai sasaran yang pada akhirnya mempengaruhi tercapai atau tidaknya tujuan program KIE. Komunikasi interpersonal yang baik akan mampu membangun kedekatan dan keakraban dalam proses penyampaian pesan. Ketika membahas status pasien dan rencana pelayanan yang akan dilakukan, diperlukan komunikasi yang kreatif, termasuk penggalan informasi medis retrospektif untuk kebutuhan pelayanan.(Suiraoaka & Kusumajaya, 2021).

Keterampilan komunikasi dan interpersonal merupakan bagian integral dari kemampuan perawat untuk mengembangkan hubungan terapeutik dengan pasien/klien. Hal ini juga penting dalam memastikan komunikasi yang efektif dengan anggota masyarakat dan tim layanan kesehatan. Selama beberapa tahun terakhir, banyak yang telah ditulis tentang manfaat komunikasi(Tuohy, 2008). Komunikasi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Mahasiswa kedokteran dan petugas kesehatan perlu menguasai keterampilan komunikasi yang efektif untuk memahami kebutuhan pasien Kemampuan untuk menjalin komunikasi yang efektif dan memperoleh keterampilan yang diperlukan untuk membentuk dan memelihara hubungan kemampuan komunikasi bidan. kurangnya keterampilan komunikasi bidan, yang dapat menjadi penyebab utama ketidakpuasan ibu terhadap pelayanan persalinan. Kemampuan untuk menjalin komunikasi yang efektif dan memperoleh keterampilan yang diperlukan untuk

membentuk dan memelihara hubungan antarpribadi adalah salah satu keterampilan terpenting yang diperkenalkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Kemampuan menjalin komunikasi yang efektif mengacu pada verbal atau non ekspresi verbal perasaan, kebutuhan dan pandangan pribadi. Padahal, keterampilan komunikasi untuk menjaga hubungan interpersonal diperlukan untuk menjalin interaksi positif dengan orang lain.(Khadivzadeh et al., 2015).

Keterampilan interpersonal, dalam lingkungan layanan kesehatan, adalah keterampilan yang ditunjukkan ketika perawat menggunakan gaya komunikasi berbasis bukti dan teori dengan pasien dan kolega mereka. Mereka juga dapat dianggap sebagai perilaku yang membantu kita mencapai suatu tujuan. Orang yang telah mengembangkan keterampilan interpersonal yang kuat biasanya lebih baik dalam kehidupan profesional dan pribadinya. (Villa, 2013). Kata komunikasi berasal dari kata Latin “communis” yang berarti umum. Definisi tersebut menggarisbawahi fakta bahwa kecuali adanya pemahaman umum yang dihasilkan dari pertukaran informasi, maka tidak akan ada komunikasi. Komunikasi dapat diartikan sebagai proses penyampaian informasi dan pemahaman bersama dari satu orang ke orang lain.(Mahvar et al., 2020). Hak komunikasi antara Perawat dan pasien menimbulkan dampak positif antara lain perbaikan tanda-tanda vital, penurunan nyeri dan kecemasan serta peningkatan kepuasan dan partisipasi yang lebih baik dalam program terapi. Di sisi lain, komunikasi yang tidak tepat dapat menyebabkan diagnosis yang tidak tepat, sehingga mengurangi partisipasi pasien dalam program pengobatan (Siamian et al., 2014).

Keterampilan komunikasi interpersonal yang praktis sangat penting untuk interaksi sosial dan membangun serta memelihara hubungan. Keterampilan komunikasi yang buruk dapat menyebabkan kerusakan hubungan yang tidak dapat diperbaiki; dan mempengaruhi produktivitas, kepuasan, kinerja, moral, kepercayaan, rasa hormat, kepercayaan diri, dan bahkan kesehatan fisik (Ibrahim, 2019). sifat hubungan perawat-pasien, melihat pasien secara individual, kurangnya kualitas pelayanan

keperawatan dan dampaknya, asuhan keperawatan, proses perawatan yang efisien, perasaan berharga sebagai pribadi versus perasaan tidak berharga, rasa aman pasien sehubungan dengan perawatan dan keberadaannya dirawat oleh tim (Melek & Indonesia, 2020). Kepuasan pasien merupakan parameter penting dari kualitas pelayanan kesehatan yang juga mencakup harapan dan asumsi mereka terhadap pelayanan kesehatan, namun juga merupakan hasil dari pelayanan dan pengobatan yang diberikan dan pada akhirnya, merupakan kontribusi penting dalam pengobatan selanjutnya karena menginspirasi pasien untuk terus bekerja sama dengan dokter. untuk mengatasi masalah kesehatannya sendiri. Semua bersama-sama dengan motif lain harus mengarah pada (Cook & Testa, 2012) (Mohammed & Adea, 2022).

Kerjasama membahas hubungan antara dua orang atau organisasi. Kerjasama sendiri adalah penggabungan aktivitas antara dua orang atau organisasi untuk mencapai tujuan yang mungkin sulit dicapai dan memakan biaya besar bila dilakukan sendirian. Setiap orang atau organisasi yang terikat dalam kerjasama harus percaya bahwa rekannya akan mencapai tujuan tersebut. Para bidan percaya bahwa mereka memberikan layanan yang sangat baik kepada perempuan yang kurang beruntung secara sosial dan rentan dalam melahirkan anak. Bidan mendapatkan kepuasan dari bekerja dalam kemitraan dengan perempuan, bekerja di seluruh lingkup praktik mereka, dan membuat perbedaan bagi perempuan. Bidan merasa bangga dengan pekerjaannya karena dapat membantu pasien yang menjalani proses kehamilan, persalinan, dan persalinan serta merasa senang ibu dapat mengambil keputusan untuk hidupnya sendiri. Hal ini sesuai dengan filosofi kebidanan. Keyakinan tentang pemberdayaan perempuan dan pengambilan keputusan.

Perempuan harus diberdayakan untuk mengambil keputusan mengenai kesehatan mereka sendiri dan keluarga mereka melalui komunikasi, informasi dan pendidikan Bidan di Indonesia masih belum merata; karena banyak faktor, misalnya sebagian besar bidan tidak mau ditempatkan di daerah terpencil, sehingga mengakibatkan kekurangan bidan di beberapa daerah di Indonesia. Hal ini memungkinkan

tercapainya target pelayanan kebidanan secara holistik, untuk memperoleh pelayanan yang maksimal, hasil yang maksimal dan tetap mempertimbangkan kualitas bidan. Bidan menjalankan tugasnya sesuai falsafah kebidanan yaitu mengikuti seluruh proses kehidupan perempuan dalam kelangsungan pelayanan dan banyak membuat laporan namun justru menjadi beban dan membuat bidan kewalahan. Dengan membuat tim praktik bidan atau kerjasama dimana bidan dapat bekerja dengan sesama bidan utama dan saling melengkapi tugasnya dapat meringankan pekerjaan bidan dan menurunkan tingkat stres pada bidan. Kemampuan untuk bekerja sebagai bagian dari tim adalah salah satu keterampilan yang paling penting saat ini. Salah satu faktor penting yang menyatukan tim adalah pembelajaran dan keterampilan interpersonal sangat membantu esensi pembelajaran dalam tim. Edmondson menjelaskan kerja tim adalah aktivitas penting dan memiliki banyak manfaat. (Tripathy, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, C., Denny, J., Ritonga, H., Kristina, L., Syam, M., & Kustiawan, W. (2022). Komunikasi Interpersonal. *Jurnal Multidisiplin Dehasen*, 1(3), 337–342.
- Aryshinta, A. A., Ayuningtyas, F., & Muqsith, M. A. (2023). *Komunikasi Interpersonal Dalam Kesehatan Mental Followers Akun Instagram @ Ibunda . Id.* 11(1), 29–48.
- Hertati, D., Mujahadatuljannah, M., Rabiattunnisa, R., Setyoningsih, D., & Nurhidayati, E. (2022). Perawatan Kolaborasi untuk Kesehatan Mental Perinatal: Tinjauan Literatur. *Jurnal Surya Medika*, 8(1), 21–28. <https://doi.org/10.33084/jsm.v8i1.3419>
- Khadivzadeh, T., Katebi, M. S., Shamloo, S., & Esmaily, Z. (2015). Assessment of Midwives' Communication Skills at the Maternity Wards of Mashhad Teaching Hospitals in 2014. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(3), 394–400. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2015.4409>
- Mohammed, A. W., & Adea, M. K. (2022). Effect of nurses interpersonal communication skills on quality of care in hospitals. *International Journal of Health Sciences*, 6(April), 6947–6962. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6ns3.7609>
- Rahmaika, D. A., Sukma, F., & Istianingrum, Y. (2023). Kesehatan Mental perinatal dan Luaran Menyusui. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 0231, 96–113.
- Suiraoka, I. P., & Kusumajaya, A. A. N. (2021). Interpersonal Communication Training for Midwives and Nutritionists in Efforts To Support Antenatal Services in Badung *International ...*, December, 14–16. <http://conference.juriskes.com/index.php/IC/article/view/106%0Ahttps://conference.juriskes.com/index.php/IC/article/download/106/76>

- Sunarmi, A., Muhammadiyah, U., Kampus, M. A., Panagiang, J., Pandu, K., Bunaken, K., & Manado, K. (2023). Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Pada Ibu Hamil: Scoping Review. *Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(3), 32–38. <https://doi.org/10.55606/detector.v1i3.2065>
- Tripathy, M. (2018). Building quality teamwork to achieve excellence in business organizations. *International Research Journal of Management, IT and Social Sciences*, October. <https://doi.org/10.21744/irjmis.v5i3.662>
- Tuohy, D. (2008). Communication Skills for Nursing Practice. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1680–1680. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02058.x>
- Anggraini, C., Denny, J., Ritonga, H., Kristina, L., Syam, M., & Kustiawan, W. (2022). Komunikasi Interpersonal. *Jurnal Multidisiplin Dehasen*, 1(3), 337–342.
- Aryshinta, A. A., Ayuningtyas, F., & Muqsith, M. A. (2023). *Komunikasi Interpersonal Dalam Kesehatan Mental Followers Akun Instagram @ Ibunda*. Id. 11(1), 29–48.
- Hertati, D., Mujahadatuljannah, M., Rabiattunnisa, R., Setyoningsih, D., & Nurhidayati, E. (2022). Perawatan Kolaborasi untuk Kesehatan Mental Perinatal: Tinjauan Literatur. *Jurnal Surya Medika*, 8(1), 21–28. <https://doi.org/10.33084/jsm.v8i1.3419>
- Khadivzadeh, T., Katebi, M. S., Shamloo, S., & Esmaily, Z. (2015). Assessment of Midwives' Communication Skills at the Maternity Wards of Mashhad Teaching Hospitals in 2014. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(3), 394–400. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2015.4409>
- Mohammed, A. W., & Adea, M. K. (2022). Effect of nurses interpersonal communication skills on quality of care in hospitals. *International Journal of Health Sciences*, 6(April), 6947–6962. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6ns3.7609>

- Rahmaika, D. A., Sukma, F., & Istianingrum, Y. (2023). Kesehatan Mental perinatal dan Luaran Menyusui. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 0231, 96–113.
- Suiraoaka, I. P., & Kusumajaya, A. A. N. (2021). Interpersonal Communication Training for Midwives and Nutritionists in Efforts To Support Antenatal Services in Badung *International ...*, December, 14–16. <http://conference.juriskes.com/index.php/IC/article/view/106%0Ahttps://conference.juriskes.com/index.php/IC/article/download/106/76>
- Sunarmi, A., Muhammadiyah, U., Kampus, M. A., Panagiang, J., Pandu, K., Bunaken, K., & Manado, K. (2023). Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Pada Ibu Hamil: Scoping Review. *Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(3), 32–38. <https://doi.org/10.55606/detector.v1i3.2065>
- Tripathy, M. (2018). Building quality teamwork to achieve excellence in business organizations. *International Research Journal of Management, IT and Social Sciences*, October. <https://doi.org/10.21744/irjmis.v5i3.662>
- Tuohy, D. (2008). Communication Skills for Nursing Practice. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1680–1680. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02058.x>

BAB 7

CLINICAL RESOURCES FOR PROFESSIONAL

Oleh Made Dewi Sariyani

7.1 Pendahuluan

Saat ini profesionalisme mempunyai arti khusus dalam berbagai bidang ilmu kedokteran. Tidak ada definisi tunggal untuk profesionalisme dalam literatur, dan profesionalisme terutama mencakup serangkaian perilaku yang menciptakan kepercayaan dan keyakinan dalam interaksi antara kelompok medis yang berbeda dengan pasien dan masyarakat. *Cilical Resources for Professional* bertujuan untuk menyintesis semua bukti yang tersedia untuk topik klinis utama bagi petugas layanan kesehatan ketika memberikan perawatan pasien. Tenaga kesehatan harus memiliki sikap profesional dan melaksanakan praktik kepada pasien, sehingga mampu memberikan kepuasan pelayanan baik pada pasien, keluarga dan petugas kesehatan.

Kebidanan merupakan profesi yang mengintegrasikan ilmu pengetahuan, seni, dan nilai-nilai etika pada saat-saat paling kritis dalam kehidupan seseorang. Bidan peduli terhadap kesehatan ibu secara holistik dan menerapkan pengetahuan, kemampuan dan keterampilannya untuk membangun pengalaman positif bagi mereka. Profesi ini membutuhkan pengetahuan yang mendalam dengan ke-terampilan praktis karena memiliki ilmu dan seni yang unik. Tentunya untuk mencapai tujuan yang tinggi dari profesi ini diperlukan ketaatan

pada profesionalisme, karena ke-mampuan seorang bidan tidak hanya bergantung pada keterampilannya dalam melakukan kegiatan profesionalnya, tetapi juga pada kepatuhan terhadap profesionalisme. Mengingat peran bidan yang berpengaruh terhadap kesehatan perempuan, profesi seperti ini layak untuk dilakukan oleh mereka yang berkomitmen. Ketaatan pada prinsip-prinsip profesionalisme mendorong kepedulian dan rasa hormat terhadap perempuan, sehingga dapat diambil langkah-langkah untuk meningkatkan kesehatan perempuan sebagai kunci kesehatan masyarakat. Walaupun perilaku profesional mahasiswa dan tenaga profesional kebidanan sangat penting, namun konsep profesionalisme dalam bidang ini tidak dijelaskan dengan pendekatan ilmiah dan terstruktur (Khakbazan, et al, 2019).

7.2 Konsep Profesionalisme

Profesionalisme adalah kemampuan, kompetensi, dan perilaku seseorang dalam suatu profesi tertentu. Hal ini bertujuan untuk mencapai standar yang lebih tinggi, kinerja yang lebih luar biasa, dan hubungan yang lebih baik dengan klien dan rekan kerja. Profesionalisme bisnis berarti menghormati komitmen, menghasilkan karya yang unggul, dan menjadikan diri sebagai seorang ahli (Wallstreetmojo, 2022). Profesionalisme ditentukan oleh beberapa faktor yang dapat digolongkan dalam tiga kategori; disiplin diri, lingkungan sekitar, dan karir seseorang. Disiplin diri melibatkan keputusan seseorang. Itu adalah kunci profesionalisme dan penentu utama sejauh mana profesionalisme seseorang (Jenifer, 2022).

Profesionalisme memiliki ciri-ciri penting yang berlaku di setiap pelayanan kesehatan yaitu:

1. *Ethics* (Etika)

Sebagai tenaga kesehatan yang profesional, wajib memperhatikan etika dengan memperhatikan kode etik profesi yang berlaku.

2. *Reliability*

Penting juga untuk membalas pesan dengan cepat dan menepati janji Anda saat berkomitmen. Memenuhi harapan memerlukan keterampilan komunikasi yang kuat. Selalu berhati-hati saat membuat asumsi.

3. *Competence* (Kompetensi)

Para profesional bercita-cita menjadi ahli di bidangnya, membedakan diri mereka dari pesaing, memperluas pendidikan mereka dengan mendaftar di kelas, menghadiri konferensi, dan mendapatkan kredensial profesional yang relevan.

4. *Appearance* (penampilan)

Saat bertemu calon pelanggan atau klien, perhatikan baik-baik penampilan dan ambil isyarat gaya dari pakaian mereka. Berhati-hatilah untuk mematuhi atau bahkan melampaui persyaratan aturan berpakaian perusahaan.

5. *Accountability* (akuntabilitas)

Profesional selalu bertanggung jawab atas perilaku mereka. Jika ada kesalahan, akui dan coba selesaikan. Hindari mencoba menyalahkan rekan kerja. Sebaliknya, terimalah kebutuhan untuk berkompromi ketika hal itu muncul dan gunakan pengalaman tersebut untuk meningkatkan diri.

6. *Communication* (Komunikasi)

Salah satu ciri penting seorang profesional adalah komunikasi yang efektif. Komunikasi adalah mendengarkan dengan penuh perhatian, memahaminya secara efektif. Para profesional memiliki pemahaman untuk mengkomunikasikan ide (Wallstreetmojo, 2022).



Gambar 7.1 Konsep Profesionalisme
(Sumber: Wallstreetmojo, 2022)



Gambar 7.2 Karakteristik Profesional
(Sumber:<https://safetyculture.com/topics/risk-assessment>)

7.2.1 Clinical Resources

Clinical Resources meru pakan suatu manajemen sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal kepada pasien dan kliennya. Tentunya ini akan menjadi sebuah tanggung jawab yang besar bagi tenaga kesehatan. Sebuah perusahaan akan berkembang dengan pesat apabila memperhatikan *clinical resources*. Adapun bentuk tanggung jawab yang dimaksud yaitu :

1. Melakukan feedback terhadap keterampilan dari SDM
2. Mengidentifikasi peluang, meningkatkan kualitas luaran, pengalaman merawat pasien
3. Menyeragamkan antara pimpinan dan staf agar tercipta kekompakan dalam bekerja
4. Mengurangi konflik internal dan fokus kepada perawatan kepada pasien dan kualitas perusahaan

Memperkuat pendidikan kebidanan agar sesuai dengan standar internasional merupakan langkah penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan mengurangi angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Kerangka Aksi untuk Memperkuat Pendidikan Kebidanan merupakan panduan untuk mengembangkan pendidikan pra dan pasca jabatan yang berkualitas tinggi dan berkelanjutan untuk menyelamatkan nyawa. Rencana ini telah dikembangkan oleh WHO, UNFPA, UNICEF dan ICM dan mencakup rencana aksi tujuh langkah untuk digunakan oleh semua pemangku kepentingan di bidang kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

WHO bekerja keras untuk memberikan solusi untuk mentransformasikan pendidikan kebidanan melalui perangkat Pendidikan Kebidanan interprofesional pertama yang bersifat global, dalam pelayanan, dan berbasis bukti. *Tool kit* ini menyatukan kesehatan ibu, bayi baru lahir, seksual, reproduksi dan mental untuk pembelajaran seumur hidup dalam pelayanan kebidanan yang penuh kasih, termasuk selama pandemi dan untuk digunakan dalam situasi rentan dan kemanusiaan. Berfokus pada model pelayanan kebidanan yang berkesinambungan,

dengan menempatkan perempuan, bayi baru lahir dan keluarga mereka sebagai pusatnya, perangkat ini memberikan para bidan semua pelatihan yang diperlukan untuk merawat perempuan sehat dan bayi baru lahir mereka, mencegah intervensi yang tidak perlu, sekaligus memastikan tindakan penyelamatan jiwa dan memungkinkan kesehatan profesional untuk bekerja secara efektif dalam tim multidisiplin. Pendidikan kebidanan dirancang untuk mengatasi tiga prioritas strategis:

1. Semua bidan harus dididik dengan standar yang tinggi dan disanggupi untuk melakukan praktik secara maksimal
2. Bidan harus dilibatkan dalam kebijakan pendidikan pada tingkat tertinggi
3. Proses pendidikan harus dikoordinasikan dan diselaraskan (WHO, 2019).

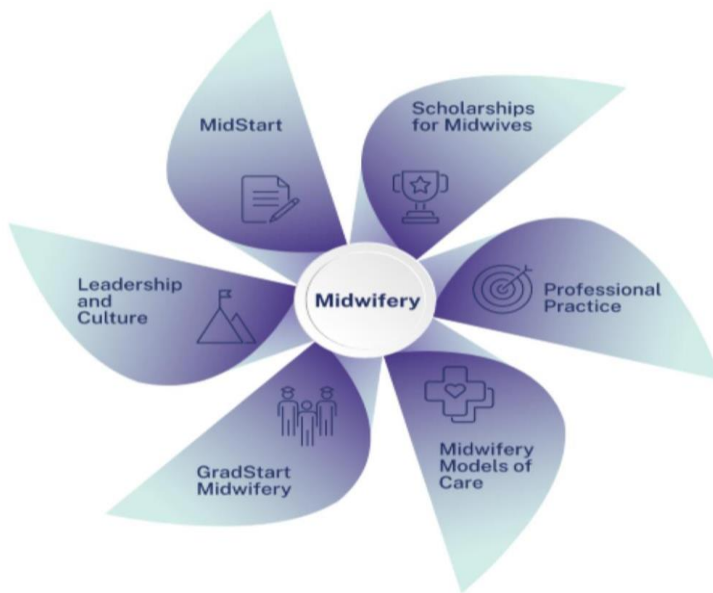


Gambar 7.3 Kualitas Pelayanan untuk Menuju Profesional
(sumber : WHO, 2019)

7.2.2 Professional for Midwife

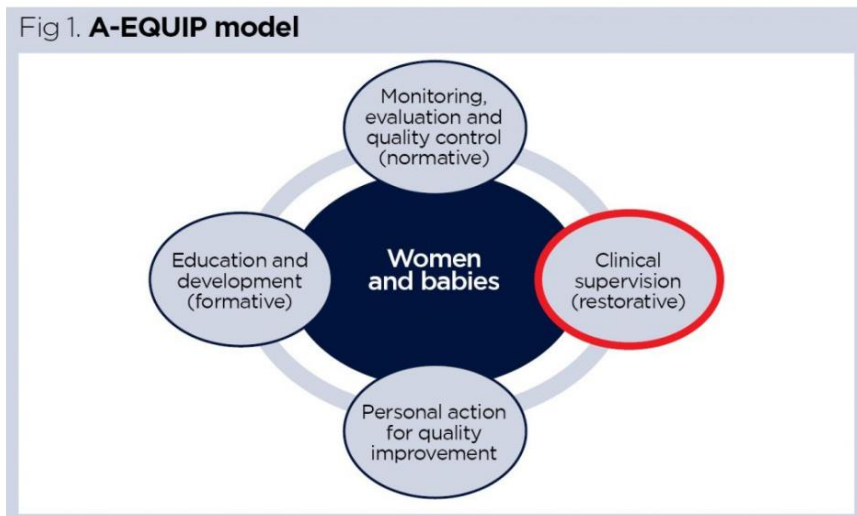
Profesionalisme, yang merupakan salah satu pilar terpenting dalam praktik medis telah diabaikan dalam banyak kasus. Sementara asosiasi internasional telah menekankan pentingnya profesionalisme dalam merawat perempuan, yang memperjelas perlunya menjelaskan konsep ini dalam kebidanan. Bidan sebagai tenaga kesehatan memang perlu dilengkapi dengan nilai-nilai karakter agar menjadi mampu melaksanakan tugasnya secara profesional. Bidan wajib mempunyai tenaga yang memadai pengetahuan tentang kebidanan dan juga perlu mengembangkan nilai-nilai karakter. Profesional dibentuk saat para bidan mulai menuntut ilmu di bangku kuliah. pengembangan karakter profesional dalam mengajar dan kegiatan pembelajaran, Budaya Kelembagaan, kegiatan ekstrakurikuler dan organisasi kemahasiswaan serta Kompetensi Profesional berkaitan dengan karakter profesional kebidanan (Budiarti, 2021).

Profesi memerlukan ketaatan pada profesionalisme, karena Kemampuan seorang bidan tidak hanya bergantung pada keterampilannya dalam melaksanakan kegiatan profesional, tetapi juga pada kepatuhan terhadap profesionalisme. Mengingat peran bidan yang berpengaruh terhadap kesehatan perempuan, profesi seperti itu pantas bagi mereka yang berkomitmen padanya. Ketaatan pada prinsip-prinsip profesionalisme mendorong peningkatan yang diinginkan kepedulian dan rasa hormat terhadap perempuan, dimana langkah-langkah dapat diambil meningkatkan kesehatan perempuan sebagai kunci kesehatan masyarakat. Padahal perilaku profesional mahasiswa dan kebidanan profesional sangatlah penting, konsep profesionalisme dalam bidang ini tidak dijelaskan dengan menggunakan pendekatan ilmiah dan terstruktur (Khakzaban et al, 2019).



Gambar 7.4 Karir Kebidanan

(sumber:<https://www.health.nsw.gov.au/nursing/careers/Pages/midwifery.aspx>)



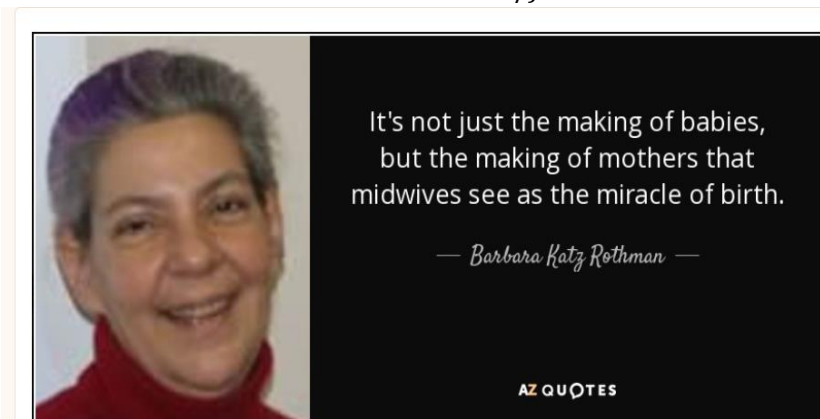
Gambar 7.5 *A Professional Midwifery Advocate (PMA)*

(sumber: <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-managers/professional-midwifery-advocates-delivering-restorative-clinical-supervision-17-01-2022/>)



Gambar 7.6 Sifat Profesional

(Sumber: <https://news.uad.ac.id/menjadi-guru-profesional-dan-berkarakter/>)



Gambar 7.7 Quote Untuk Bidan-Bidan Hebat

(sumber:https://www.azquotes.com/quotes/topics/midwife.html#google_vignette)

DAFTAR PUSTAKA

- Ard. 2020. Menjadi Guru Profesional dan Berkarakter. Available: <https://news.uad.ac.id/menjadi-guru-profesional-dan-berkarakter/>
- Budiarti, Y. 2021. Midwifery Professionalism Character Development. Proceeding of the 4th International Conference on Interprofessional Health Collaboration and Community Empowerment.
- Capito,C. 2022. Professional midwifery advocates: delivering restorative clinical supervision. Available: <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-managers/professional-midwifery-advocates-delivering-restorative-clinical-supervision-17-01-2022/>
- Jennifer. 2022. Professionalism Definition, Concept, and Major Determinants. Available: <https://studycorgi.com/professionalism-definition/>
- Khakbazan,Z.,Ebadi,A.,Geranmayeh,M.,Momenimovahed,Z. 2019. *Midwifery Professionalism:An Integrative Review*. Available: https://www.researchgate.net/publication/331047790_Midwifery_Professionalism_An_Integrative_Review#:~:text=According%20to%20the%20literature%2C%20professionalism,requirements%20and%20intra%2Dprofessional%20morality.
- Health,N. Careers in Midwifery. Available: <https://www.health.nsw.gov.au/nursing/careers/Pages/midwifery.aspx>
- Wallstreetmojo. 2022. Professionalism. Available: <https://www.wallstreetmojo.com/professionalism/>
- WHO. 2019. Midwifery Education and Quality The Care. Available: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/midwifery>

BAB 8

PENCEGAHAN DAN PENANGANAN TRAUMA-TRAUMA

Oleh Kadek Sri Ariyanti

8.1 Pendahuluan

Proses kehamilan dan persalinan dapat membawa ibu ke dalam dua situasi yang jauh berbeda. Situasi yang pertama, kehamilan dan persalinan dapat menjadi awal yang sangat baik dalam menjalani peran baru sebagai seorang ibu. Sedangkan situasi yang kedua, dapat menjadi situasi yang jauh berbeda dengan situasi yang pertama, dimana kehamilan dan persalinan yang traumatis dapat menjadi jalur yang membawa ibu ke dalam awal yang sangat buruk dalam hubungannya dengan bayi, suami, keluarga serta masalah psikologis lainnya. Hal ini juga merupakan penyebab berbagai masalah sosial dalam kehidupan ibu. Meskipun kelahiran merupakan pengalaman yang sangat mengesankan bagi ibu, namun apabila proses tersebut meninggalkan trauma, maka dapat menimbulkan dampak yang sangat besar dan tak terlupakan.

Trauma psikologis kelahiran merupakan situasi dimana seorang ibu mengalami penderitaan akibat cedera pada dirinya dan bayinya, atau rasa sakit dan kesedihan yang sedemikian besar. Kondisi ini menyebabkan ibu sangat rentan terhadap kondisi traumatis, dengan efek fisik dan psikologis yang berkepanjangan. Tidak sedikit ibu yang mengalami gangguan psikologis setelah melahirkan. Meskipun kehamilan dan persalinan sangat diinginkan oleh ibu, namun tidak jarang ibu mengalami kecemasan pada tingkat tertentu. Prevalensi depresi pasca persalinan dan gejala trauma setelah persalinan cukup tinggi. Sekitar 20-30% ibu di berbagai negara mengalami trauma psikologis setelah melahirkan. Perasaan tidak terkendali, cemas, depresi dan gangguan stres pasca trauma merupakan akibat dari trauma kelahiran. 1,9% wanita menganggap kelahiran sebagai sesuatu yang traumatis dan berkembang menjadi stres pasca trauma. Sekitar 13% dari seluruh wanita akan mengalami episode depresi pasca melahirkan.

Trauma psikologis melahirkan dapat menyebabkan berbagai dampak, antara lain merusak hubungan keluarga dan memperpendek masa menyusui. Selain itu, dalam jangka panjang, anak-anak yang terlahir dari ibu yang mengalami trauma psikologis akan mengalami gangguan emosional, kognitif dan perilaku. Depresi pasca melahirkan dapat berdampak buruk terhadap perkembangan bayi dan anak, serta berpotensi menimbulkan dampak negatif pada ibu dan keluarga. Selain itu, gangguan fisik yang terjadi, seperti kelelahan yang berlebihan dan penurunan kapasitas fungsional dapat pula disebabkan oleh depresi pasca persalinan dan trauma psikologis kelahiran.

Trauma pasca melahirkan juga sering dikaitkan dengan hubungan suami istri. Dalam sebuah penelitian menemukan bahwa terdapat penghindaran untuk melakukan hubungan seksual dan ketakutan akan melahirkan. Pada tahun pertama pasca melahirkan, tidak sedikit wanita menghindari untuk berhubungan seksual dengan pasangan, bersikap dingin dan menjaga jarak dengan pasangannya. Sebagian besar wanita merasa berada di bawah tekanan terkait dengan hubungannya dengan pasangannya karena pengalaman melahirkan yang traumatis (Taghizadeh, Irajpour and Arbabi, 2013).

8.2 Trauma Psikologis pada Kehamilan

Trauma dapat dijelaskan sebagai tekanan secara fisik maupun psikologis yang dapat menimbulkan dampak secara fisik dan psikologis pada ibu maupun janin. Trauma psikologis dapat berbentuk kegundahan, kepanikan dan kecemasan yang berlebihan (Ahmar, 2023). Trauma psikis sering terjadi pada awal kehamilan. Hal ini disebabkan karena hari-hari pertama kehamilan merupakan hari-hari yang sangat rentan terjadi stres. Tingginya stres pada awal kehamilan dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain: pengaruh hormonal, perubahan fisik ibu hamil dan adaptasi ibu hamil. Trauma psikologis pada ibu hamil dapat berupa kecemasan, kegundahan dan kepanikan yang berlebihan (Ahmar, 2023).

8.2.1 Etiologi Trauma Psikologis pada Kehamilan

1. Usia Kehamilan

Ibu yang hamil di usia muda maka semakin rentan mengalami trauma psikis. Hal ini dikarenakan masih terjadi perubahan hormon dan adaptasi psikologis ibu dalam menghadapi kehamilan. Trauma psikologis dapat pula terjadi akibat kurangnya kematangan mental yang dapat berpengaruh terhadap perkembangan janin dan ibu. Ibu yang hamil untuk pertama kali (primigravida) lebih rentan mengalami trauma psikis dibandingkan dengan ibu yang sudah berung kali hamil (multigravida) yang telah memiliki pengalaman sebelumnya.

2. Pola Hidup

Ibu hamil sebaiknya selalu menerapkan pola hidup yang sehat. Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk menjaga pola hidup sehat adalah tidak minum minuman keras, tidak merokok, tidak menggunakan narkoba, dan lain-lain. Ibu hamil sebaiknya berolahraga secara teratur sesuai dengan umur kehamilan. Ibu hamil yang menerapkan pola hidup sehat cenderung memiliki kesiapan fisik dan psikologis yang lebih baik jika dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak menerapkan pola hidup sehat.

3. Sosial Budaya

Hubungan interpersonal yang baik, serta dukungan dari suami dan keluarga dapat mengurangi tingkat stres dan tekanan bagi ibu. Tekanan dan stres yang berlebihan adalah pemicu trauma psikologis pada ibu hamil.

4. Ekonomi

Faktor ekonomi menjadi hal yang memberikan kontribusi yang cukup besar pada tingkat stres ibu hamil. Ibu hamil yang memiliki status ekonomi rendah memiliki tingkat stres yang lebih besar daripada ibu hamil dengan status ekonomi yang cukup. Ekonomi yang cukup berkaitan dengan tingkat kesiapan ibu dalam menjalani proses persalinan. Ibu hamil yang memiliki kesiapan yang cukup, maka kecemasan untuk menghadapi persalinan pun akan berkurang.

Keadaan psikologis ibu selama kehamilan sangat berdampak pada aktifitas fisiologisnya. Suasana hati yang kurang baik, emosi yang tidak terkendali, memberikan efek pada detak jantung, tekanan darah, produksi hormon adrenalin, aktifitas kelenjar keringat, sekresi asam lambung dan lain-lain. Stres dan trauma, serta tekanan psikologis dapat menimbulkan gejala fisik seperti mudah marah, gelisah, sakit kepala, letih, lesu, malas dan lain-lain (Ahmar, 2023).

8.2.2 Tanda dan Gejala Trauma Psikis Ibu Hamil

1. Reaksi Cemas

Ibu hamil mengalami rasa takut, panik, cemas yang berlebihan pada hal yang biasa terjadi. Hal ini dialami ibu pada awal trimester I dan berlangsung singkat tanpa penyebab yang jelas. Gejala yang muncul tidak spesifik, seperti jantung berdebar-debar, gemetar, otot kaku, susah tidur, gelisah dan mudah lelah. Dapat pula timbul gejala-gejala seperti sesak nafas, tangan berkeringat dan dingin dan gejala-gejala somatik lainnya.

2. Reaksi Panik

Reaksi panik dapat berupa perasaan takut dan gelisah yang sangat hebat. Terjadi dalam waktu yang singkat dan tanpa penyebab yang jelas. Ibu mengeluh nafas sesak, telinga berdenging, jantung berdebar-debar dan pandangan mata kabur. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan keakutan dan kegelisahan, nafas pendek, muka pucat dan takikardi.

3. Reaksi hipersensitif

Perasaan ibu hamil menjadi lebih peka, mudah marah dan tersinggung, mudah terpancing emosinya, serta sering menangis. Ibu hamil lebih sering menyendiri (Ahmar, 2023).

8.2.3 Diagnosis Trauma Psikis pada Ibu Hamil

Diagnosis dan deteksi adanya trauma psikologis selama kehamilan dilakukan dengan cara anamnesa pada ibu hamil. Hal yang perlu dikaji antara lain: riwayat kelaian psikologis dalam keluarga, adanya permasalahan psikologis seperti: *broken home*, permasalahan dengan keluarga saat proses pernikahan dan lain-lain. Terdapat riwayat obstetri dan ginekologi yang kurang baik seperti: keguguran yang berulang, riwayat kematian janin dalam kandungan, riwayat infertilitas, kelainan bawaan dan lain-lain (Ahmar, 2023).

8.2.4 Dampak Trauma Psikis pada Ibu Hamil

Depresi pada ibu hamil dapat disebabkan karena perasaan sedih dan frustrasi yang berkepanjangan. Hal ini dapat memberikan dampak fisik maupun psikologis, karena terjadinya ketegangan otot-otot dan organ tubuh lainnya. Sistem tubuh yang dipengaruhi antara lain: produksi adrenalin, aktifitas kelenjar keringat, detak jantung, tekanan darah dan sekresi asam lambung yang dapat mengganggu jalannya proses metabolisme dalam tubuh serta mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin. Depresi yang berlangsung terus menerus dapat menimbulkan berbagai komplikasi pada masa kehamilan

muda seperti: risiko keguguran, hipertensi dalam kehamilan, kelahiran prematur dan komplikasi persalinan.

Rasa cemas dan stres yang terus menerus memicu kerja jantung menjadi lebih cepat, sehingga menyebabkan terjadinya penyempitan pembuluh darah. Akibatnya pertukaran darah dan oksigen dari ibu ke janin terhambat dan dapat menimbulkan *fetal distress*. Kurangnya motivasi diri ibu akibat trauma psikologis dapat menyebabkan kehilangan power pada proses persalinan yang menyebabkan partus lama dan partus macet serta *prolonged phase*.

8.3 Trauma Psikologis Pasca Persalinan

Trauma pasca persalinan adalah luka atau kerusakan yang ditimbulkan selama proses atau setelah melahirkan. Trauma ini dapat berupa trauma fisik maupun trauma psikologis. Dampak trauma psikologis seringkali disebabkan oleh perbedaan antara ekspektasi ibu hamil terhadap persalinan dengan apa yang sebenarnya terjadi dalam proses tersebut (Australian Government, 2023).

8.3.1 Etiologi Trauma Psikologis Pasca Persalinan

Trauma Psikologis Pasca Persalinan dapat terjadi karena banyak faktor. Perasaan tidak didukung, tidak berdaya, atau tidak didengarkan yang dirasakan oleh ibu dapat menjadi penyebab terjadinya trauma psikologis pasca melahirkan. Perasaan terkejut, kaget, atau mati rasa dapat menyebabkan kecemasan, depresi dan gangguan stres pasca trauma. Diperkirakan 1 dari tiga ibu melahirkan mengalami trauma pasca melahirkan. Ibu dapat menganggap pengalaman melahirkan traumatis secara emosional walaupun tidak ada trauma fisik.

Faktor risiko terjadinya trauma pasca melahirkan antara lain:

1. Mengalami rasa sakit atau stres fisik
 2. Tidak menerima pereda nyeri yang cukup
 3. Mengalami tekanan emosional atau kekhawatiran bahwa Ibu akan mati
 4. Memerlukan intervensi medis
 5. Tidak siap menghadapi sensasi, emosi dan intervensi
 6. Merasa kehilangan kendali atau tidak dihormati
- Faktor risiko yang ada sebelum persalinan dan kelahiran antara lain:

1. Pelecehan seksual atau pelecehan lain sebelumnya
 2. Masalah kesehatan mental
 3. Cidera lahir fisik yang sudah sebelumnya
 4. Lahir mati atau kehamilan sulit
 5. Tidak menerima pereda nyeri yang cukup pada persalinan sebelumnya.
- (Australian Government, 2023)

8.3.2 Tanda dan Gejala Trauma Psikologis Pasca Persalinan

Trauma psikologis pasca melahirkan ditandai dengan reaksi terhadap peristiwa stres yang menyebabkan perubahan patofisiologi pada sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal. Gambaran klinis yang dihasilkan dari trauma psikologis pasca persalinan dapat mempengaruhi antara 1-6% wanita setelah melahirkan. Pengelompokan gejala trauma psikologis dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. Pikiran yang mengganggu: kilas balik, kenangan yang mengganggu atau mimpi buruk saat melahirkan, menggambarkan rekaman mental yang berulang-ulang dari pengalaman tersebut.
2. Menghindari pemicu: menghindari orang, tempat atau aktivitas yang memicu ingatan atau pengalaman traumatis melahirkan dan bayi sebagai pemicu terus menerus yang mungkin menyebabkan pelepasan dan penghindaran menyusui.

3. Pikiran dan perasaan negatif: ketidakpercayaan terhadap kemampuan ibu, rasa bersalah atau malu seputar perilaku terhadap bayi, kurangnya minat pada aktifitas sehari-hari dan yang sebelumnya dinikmati, berkurangnya aktifitas seksual dan hubungan yang terpisah dari pasangan, ketakutan akan kehamilan di masa depan.
 4. Gejala gairah dan reaktif: mudah tersinggung dan ledakan amarah, sulit tidur atau berkonsentrasi, mudah terkejut.
- (Bromley, Martin and Patterson, 2017)

8.3.4 Dampak Trauma Psikologis Pasca Persalinan

Trauma psikologis dapat memberikan berbagai dampak pada ibu pasca bersalin. Beberapa gejala psikologis termasuk baby blues sangat umum terjadi saat kelahiran. Jika ibu hamil masih merasa tertekan selama dua minggu atau lebih setelah melahirkan, ibu mungkin saja mengalami depresi atau kecemasan pasca melahirkan atau gangguan stres pasca trauma. Dalam hal ini sangat penting untuk berkonsultasi dengan dokter psikiater yang dapat menangani masalah kejiwaan pasca persalinan (Australian Government, 2023).

Stres dan kecemasan dapat menekan hipofisis sehingga meningkatkan kadar FSH dan LH, namun kadar prolaktin menjadi terhambat. Hal ini memberikan dampak pada penurunan produksi ASI. Terhambatnya produksi ASI berhubungan dengan pemberian pendamping ASI awal yang sering menimbulkan reaksi alergi dan imunitas yang kurang. Stres dan kecemasan juga berdampak pada perlakuan ibu terhadap bayi yang kurang baik sehingga bayi tidak terawat dan tidak mencapai *bounding attachment*. Bayi kekurangan kasih sayang dan perhatian yang dapat berdampak pada terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan mental bayi (Ahmar, 2023).

8.4 Pencegahan Trauma Psikologis

8.4.1 Pencegahan Trauma Psikologis pada Ibu Hamil

Beberapa langkah untuk pencegahan trauma psikis pada ibu hamil antara lain:

1. Ibu hamil menambah informasi tentang kehamilan, perubahan-perubahan fisik dan psikologis yang terjadi selama kehamilan dan hal-hal yang perlu dihindari agar janin tumbuh sesuai dengan tahap perkembangan. Rasa cemas ibu hamil dapat dikurangi jika ibu memiliki informasi dan pengetahuan yang cukup terkait dengan kehamilan.
2. Perubahan-perubahan yang terjadi selama kehamilan, hendaknya didiskusikan dengan suami, sehingga suami memiliki pengetahuan dan dapat memberikan dukungan psikologis dan empati kepada ibu hamil. Suami hendaknya menggali perasaan ibu hamil terkait dengan kehamilannya, sehingga dapat mengantisipasi perubahan yang dapat menimbulkan masalah.
3. Melakukan pemeriksaan kehamilan/ *Antenatal Care* (ANC) secara teratur. Menambah informasi dari tenaga kesehatan, dokter atau bidan yang dipercayakan melibatkan suami saat berkonsultasi dengan tenaga kesehatan.
4. Memahami dengan baik pengetahuan terkait dengan pemenuhan nutrisi untuk janin. Hindari mengkonsumsi alkohol, rokok, obat-obatan yang tidak dianjurkan untuk ibu hamil, zat aditif dan zat-zat lain yang berbahaya bagi janin. Menjauhkan zat-zat yang dapat membahayakan bagi ibu hamil, seperti asap kendaraan yang mengandung zat berbahaya bagi perkembangan janin di dalam kandungan.
(Ahmar, 2023)

8.4.2 Pencegahan Trauma Psikologis Pasca Melahirkan

Trauma psikologis pasca melahirkan tidak selalu dapat dicegah, beberapa tindakan yang dilakukan untuk mengurangi risiko antara lain:

1. Menambah pengetahuan tentang persalinan melalui kelas antenatal, podcast, media sosial dan lain-lain.
2. Berpikir realistis: tidak ada cara yang tepat untuk melahirkan. Segala sesuatu tidak selalu berjalan seperti yang diharapkan dan ada beberapa hal di luar kendali kita.
3. Cobalah untuk tetap berpikir terbuka: tidak ada yang bisa memprediksi apa yang akan atau tidak akan terjadi selama kehamilan dan persalinan.
4. Membangun jaringan pendukung: mendampingi ibu hamil dengan orang-orang yang dapat mendukung proses, dengan fokus kelahiran yang aman bagi ibu dan bayi.
5. Carilah dukungan kesehatan mental: jika ibu mengkhawatirkan kesehatan emosionalnya selama kehamilan, maka diskusikanlah dengan dokter yang dapat merekomendasikan pilihan dukungan kesejahteraan mental.
6. Keputusan mengenai kelahiran harus merupakan proses pengambilan keputusan bersama antara ibu hamil dengan dokter atau bidan dan keluarga.
7. Tenaga kesehatan memberikan informasi dan penjelasan mengenai intervensi apapun serta risiko dan manfaatnya bagi ibu dan bayi sebelum mendapatkan persetujuan.

(Australian Government, 2023)

8.5 Penangan Trauma Psikologis

8.5.1 Penanganan Trauma Psikologis pada Ibu Hamil

Pasien dengan gangguan psikologis harus dilakukan seleksi. Perlu diperhatikan adanya riwayat gangguan psikologis pada kehamilan, persalinan dan nifas sebelumnya. Pasien yang memiliki riwayat gangguan psikologis pada kehamilan, persalinan dan nifas sebelumnya memiliki peluang yang lebih besar akan mengalami gangguan psikologis kembali pada kehamilan, persalinan dan nifas saat ini bahkan dapat memiliki risiko yang lebih berat. Perlu adanya komunikasi yang baik antara tenaga kesehatan dan ibu hamil untuk memberikan terapi psikologis yang dibutuhkan. Berikut merupakan langkah-langkah untuk mendeteksi, mencegah dan menangani kelainan psikologis, yaitu:

1. Membuat perencanaan bersama guna mendeteksi gangguan psikologis pada ibu hamil. Deteksi dini kelainan psikologis berguna untuk memberikan terapi lebih awal.
2. Suami dan keluarga perlu diberikan penjelasan mengenai tahapan-tahapan persalinan dan nifas sehingga dapat memberikan dukungan untuk ibu.
3. Berikan tanggapan dan berikan kesempatan kepada klien untuk mengemukakan keluhannya dan dengarkan setiap keluhan yang ia sampaikan. Perlu dilakukan pemeriksaan secara cermat dan apabila diperlukan dilakukan pemeriksaan pelengkap diagnostik antara lain: laboratorium, roentgen, MRI, USG dan lain-lain. Hal ini digunakan sebagai dasar untuk memantapkan langkah-langkah untuk kehamilan dan persalinan berikutnya.
4. Memberikan arahan kepada klien dan keluarga untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan-kemungkinan adanya penyulit kehamilan, persalinan dan nifas sehingga klien dan keluarganya memiliki keyakinan yang besar terhadap tenaga kesehatan, dokter ataupun bidan dan sarana kesehatan yang tersedia.

(Australian Government, 2023)

8.5.2 Penanganan Trauma Psikologis Pasca Persalinan

Timbulnya rasa sakit dan ketidaknyamaan pada saat persalinan sangat mempengaruhi kondisi emosional ibu. Kondisi ini memiliki risiko yang lebih besar pada ibu primigravida jika dibandingkan dengan ibu multigravida. Oleh karena itu, sebaiknya ibu hamil dipersiapkan dengan cara memperkenalkan ruang bersalin dan situasi di rumah sakit sebelum menjalani proses persalinan. Ibu hamil sebaiknya ada dalam suasana aman dan nyaman. Tenaga kesehatan hendaknya memberikan empati kepada pasien. Keluhan dan kebutuhan pasien hendaknya ditanggapi dengan baik. Tenaga kesehatan harus memberikan penjelasan yang lengkap tentang kemajuan persalinan sehingga ibu dan keluarga tidak panik. Suami hendaknya sudah memahami proses persalinan serta siap siaga mendampingi ibu hamil dalam proses persalinan (Ahmar, 2023).

Komunikasi efektif dan pengawasan yang baik sangat diperlukan pada perawatan masa nifas, guna memberikan keamanan dan kenyamanan pada ibu dalam menjalani peran barunya. Ibu dan bayi sebaiknya dirawat secara *rooming in* untuk mempercepat *bounding attachment*. Bantuan dari petugas kesehatan hanya dilakukan ketika ibu dan keluarga tidak mampu melakukan secara mandiri atau mengalami kesulitan. Arahan dan pengawasan tentang pemberian ASI yang benar dan perawatan bayi harus diberikan dengan baik oleh petugas kesehatan. Dengan demikian ibu nifas akan mendapatkan rasa percaya diri dalam merawat diri dan bayinya. Dengan demikian, saat kembali ke rumah ibu sudah mendapatkan keterampilan untuk mengatasi masalah yang muncul selama masa nifas (Ahmar, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmar, S. R. (2023) *Trauma Pada Kehamilan*. Available at: https://www.academia.edu/28251700/TRAUMA_PADA_KEHAMILAN.
- Australian Government (2023) *The emotional impact of birth trauma, Departement of Health and Age Care*. Available at: <https://www.pregnancybirthbaby.org.au/birth-trauma-emotional>.
- Bromley, P., Martin, C. J. H. and Patterson, J. (2017) 'Post Traumatic Stress Disorder Post Childbirth Versus Postnatal Depression: a Guide for Midwives', *British Journal of Midwifery*, 25(8). Available at: <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/clinical-practice/post-traumatic-stress-disorder-post-childbirth-versus-postnatal-depression-a-guide-for-midwives/>.
- Taghizadeh, Z., Irajpour, A. and Arbabi, M. (2013) 'Mothers' Response to Psychological Birth Trauma: A Qualitative Study', *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(10). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3950773/>.

BIODATA PENULIS



Fidatul Jamila, S.ST., M.Si.
Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Institut Kesehatan dan Bisnis Surabaya

Penulis lahir di Lumajang, 26 April 1990. Latar belakang pendidikan D-IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang dan menyelesaikan pendidikan Magister di Universitas Muhammadiyah Jember tahun 2014. Saat ini bekerja di Institut Kesehatan dan Bisnis Surabaya jurusan D3 Kebidanan.

BIODATA PENULIS



Rufidah Maulina, SST., M.Sc

Dosen Program Studi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret (UNS) Surakarta

Rufidah Maulina, SST., M.Sc adalah dosen kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. Ia lulus dari D3 Poltekkes Kemenkes Surakarta pada tahun 2016 dan melanjutkan studi D4 Bidan Pendidik FK UNS dan berhasil lulus pada tahun 2017. Penulis lalu melanjutkan studi Master di National Taipei University of Nursing and Health Sciences (NTUNHS), Taiwan jurusan Master of Science in Nurse-Midwifery dan lulus pada tahun 2020. Topik riset yang sedang ia kembangkan adalah Perinatal Mental Health dan kaitannya dengan Maternal Fetal Attachment. Penulis bisa dihubungi lewat email dengan alamat: maulinarufidah@staff.uns.ac.id.

BIODATA PENULIS



Rully Fatriani, S.ST., M.Keb., CMBC.

Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panca Bhakti

Penulis lahir di Kotabumi tanggal 16 Oktober 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panca Bhakti. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjung Karang tahun 2011 dan pendidikan S2 Ilmu Kebidanan Universitas Andalas tahun 2017. Selain membimbing dan mengajar mahasiswa, penulis juga melakukan penelitian, kegiatan pengabdian kepada masyarakat, aktif mengikuti berbagai pelatihan, mempublikasikan hasil penelitian dan menulis buku. Buku yang telah ditulis bersama tim dan diterbitkan yaitu: Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir (Evaluasi Berbasis Uji Kompetensi) (2023) penerbit Nuansa Fajar Cemerlang, Prediksi Soal UKOM DIII Kebidanan (2023) penerbit Nuansa Fajar Cemerlang, Adaptasi Anatomi dan Fisiologi dalam Kehamilan, Kelahiran dan Persalinan (2023) penerbit Get Press Indonesia, Kebidanan (Teori dan Praktik) (2023) penerbit Get Press Indonesia, Modul Pemeriksaan Fisik pada Kehamilan (2022) penerbit STIKes Panca Bhakti, Panduan Laporan Tugas Akhir (2022) penerbit STIKes Panca Bhakti dan Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Pasca Bersalin (2022) penerbit STIKes Panca Bhakti. Untuk diskusi dan korespondensi penulis dapat dihubungi melalui email : rully.fatriani@gmail.com

BIODATA PENULIS



Rahmi Padlilah, SST.Bdn.,M.Keb

Dosen Program Profesi

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan

Penulis lahir di Murung Pudak Kalsel 2 Juni 1971. Penulis adalah dosen tetap pada Program Profesi Kebidanan di Jurusan Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan, Menyelesaikan pendidikan D4 pendidik pada Jurusan Kebidanan Universitas Padjajaran Bandung pada tahun 2007, dan S2 di Univeritas Padjajaran bandung pada tahun 2017. Penulis aktif di beberapa organisasi, Organisasi Profesi Bidan, KONI, PP KORI dan pada saat ini sebagai ketua Pengurus Daerah IBI Provinsi Kalimantan Utara dan ketua Jurusan Kebidanan. Menulis beberapa buku bahan ajar antara lain Asuhan Kebidanan Persalinan, komunikasi dalam pelayanan kebidanan, Etika profesi dan hukum kesehatan, telah melakukan penelitian yang dipublish dalam beberapa jurnal Internasional bereputasi dan jurnal Nasional serta pelaksanaan pengabdian yang dipublikasikan dan memiliki HKI dari buku-buku yang telah diterbitkan. Pengampu beberapa mata kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan, pengantar Praktik, Kebidanan, Konsep Kebidanan serta menjadi pembicara dan pelatihan pada tingkat Provinsi, Menjadi Trainer Triple Eliminasi, *Midwifery update*, dan Trainer Tim Pendamping Keluarga Resiko Stunting.

BIODATA PENULIS



Salina, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

Penulis lahir di Sinjai tanggal 03 April 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar. Menyelesaikan pendidikan D4 bidan pendidik dan melanjutkan S2 Kebidanan. Penulis menekuni bidan menulis sejak tahun 2022

BIODATA PENULIS



Nanik Susanti, AMd.Keb., S.Psi., M.Pd.

Dosen Program Studi Kebidanan STIKes Kendedes Kota Malang

Penulis lahir di Kediri, 5 Mei 1983. Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi Program Studi Kebidanan STIKes Kendedes Kota Malang. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Dharma Husada Kediri, Pendidikan S1 Psikologi di Universitas Wisnuwardhana Malang dengan peminatan Psikologi Pendidikan. Selanjutnya penulis menempuh pendidikan S2 Magister Kebijakan dan Pengembangan Pendidikan di Universitas Muhammadiyah Malang. Penulis pernah bekerja menjadi Bidan di klinik rumah bersalin pada tahun 2006-2007 dan bekerja menjadi Dosen sejak tahun 2007 sampai dengan sekarang.

Untuk mewujudkan karir sebagai Dosen professional, penulis aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut, penelitian yang telah dilakukan didanai oleh Kemenristek DIKTI dalam hibah penelitian Dosen. Penulis juga mengembangkan ilmu Psikologi sebagai Ka. Unit Bimbingan Konseling di lingkup kampus.

BIODATA PENULIS



Dr.Made Dewi Sariyani, S.ST.,M.Kes

Dr. Made Dewi Sariyani, SST.,M.Kes lahir di Kota Denpasar, 25 April 1988 adalah seorang Dosen Kesehatan di STIKES Advaita Medika Tabanan, Bali. Putri kedua dari Bapak Drs.G.N.Sudana Yasa dan Ibu Dewa Ayu Kt.Arini, B.A ini menyelesaikan Pendidikan terakhirnya yaitu S3 Ilmu Kedokteran konsentrasi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Udayana, Bali. Pada tahun 2021, penulis menjabat sebagai Ketua STIKES Advaita Medika Tabanan. Penulis aktif sebagai narasumber di beberapa seminar nasional dan internasional. Selain penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, penulis juga aktif menulis di jurnal nasional dan internasional, serta menjadi reviewer di beberapa jurnal. Penulis juga aktif memberikan edukasi kepada masyarakat tentang Public Health dan Teknologi Kesehatan melalui media Bali Wake.

Correspondence:sariyani27@ymail.com

BIODATA PENULIS



Kadek Sri Ariyanti, S.Si.T., M.Kes

Prodi DIV Promosi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kartini Bali

Penulis lahir di Tabanan Bali pada tanggal 5 Juli 1988. Ia menyelesaikan studi S2nya pada Program Pasca Sarjana Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) Universitas Udayana (tahun 2015-2017). Ia berkarir sebagai dosen di STIKES Advaita Medika Tabanan mulai tahun 2011-2023. Saat ini ia melanjutkan kariernya sebagai dosen pada Program Studi DIV Promosi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kartini Bali. Ia juga aktif sebagai anggota Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI). Penulis aktif melaksanakan Tri Darma Perguruan Tinggi dan beberapa hasil penelitiannya telah diterbitkan pada jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional bereputasi. Ia juga aktif menulis buku-buku referensi dan beberapa buku hasil karyanya telah dipersembahkan untuk mahasiswa dan umum.