
Kecemasan sebagai Penyebab Gangguan Kesehatan Mental pada Kehamilan di Layanan Kesehatan Primer Kota Surakarta

Siti Zulaekah^{1,*}, Yuli Kusumawati²

^{1,2} Universitas Muhammadiyah Surakarta, Jalan A. Yani, Mendungan, Pabelan, Kec. Kartasura, Kabupaten Sukoharjo, Jawa Tengah 57169, Indonesia

¹sz102@ums.ac.id, ²yuli.kusumawati@ums.ac.id

* corresponding author

Tanggal Submisi: . 18 Desember 2020 , Tanggal Penerimaan: 14 April 2021

Abstrak

Penelitian bertujuan menggali informasi penyebab gangguan kesehatan mental pada ibu hamil. Penelitian menggunakan pendekatan fenomenologi. Partisipan penelitian adalah sembilan ibu hamil beserta suami dan tujuh bidan. Pengumpulan data dilakukan dengan diskusi kelompok terarah dan wawancara mendalam. Analisis data, menggunakan analisis isi dilakukan secara manual dengan metode analisis konten. Temuan penelitian, mendapatkan informasi bahwa gangguan kesehatan mental ibu hamil berawal dari perubahan fisik dan perubahan aktivitas yang membuat tidak nyaman. Stress dan kecemasan terjadi karena khawatir dengan hal-hal yang akan dihadapi, seperti: pertumbuhan dan perkembangan janinnya, cukup tidaknya pemenuhan nutrisi janin, khawatir saat melahirkan dan menyusui, takut keguguran, dan karena mendengar komentar orang tentang kehamilannya.

Kata kunci: gangguan; kehamilan; kesehatan mental; kecemasan.

Anxiety as a cause of Antenatal Mental Health Disorders in Primary Health Care Surakarta City

Abstract

This study aims to explored information cause of mental health disorders in pregnant woman. This qualitative study used phenomenology approach. As informants were nine women pregnant and her husband and seven midwives. Data collecting used focus group discussion by midwives and in-depth interview by women pregnant. Data analyses manually used content analysis methods. This study finding, we get information about antenatal mental disorders begins with physical changes, and changes of activities that make uncomfortableness. Woman pregnant stress and anxiety, because the worry with things that will be encountered, such as fetus growth and development, the adequacy of nutrition to her fetus, childbirth and breastfeeding worry, fear of miscarriage, and she hearing people's comments about her pregnancy.

Keywords: antenatal, anxiety, disorder, mental health



PENDAHULUAN

Kehamilan adalah sebuah peristiwa yang membahagiakan terutama bagi pasangan suami dan istri. Namun demikian, kehamilan merupakan masa meningkatnya kerentanan untuk berkembangnya kecemasan dan depresi (Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2016). Kondisi ini terjadi, karena seiring dengan kehamilannya, seorang wanita hamil mengalami banyak perubahan fisik, diikuti perubahan psikologi yang mengakibatkan kondisi emosi tidak stabil. Perubahan emosi yang tidak stabil ini berdampak pada perkembangan janin, lahir prematur, berat bayi lahir rendah dan menjadi emosional bayi setelah lahir (Gelaye, Rondon, Araya, Williams, & Author, 2016; Ibanez *et al.*, 2015; Saeed, Raana, Saeed, & Humayun, 2016). Hal yang sering membuat kondisi lebih parah adalah wanita hamil sering tidak menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan mental, suami dan keluarga kadang juga tidak mengetahui kondisi psikologi wanita hamil yang labil, sehingga kurang memberikan perhatian dan dukungan. Hal ini menyebabkan gejala gangguan jiwa pada wanita hamil tidak tertangani dan dapat memburuk hingga masa nifas dan menimbulkan *baby blues* bahkan depresi postpartum (Elsenbruch *et al.*, 2007).

Gangguan kesehatan mental umum terjadi pada ibu hamil adalah kecemasan dan depresi. Kesehatan mental ibu hamil perlu mendapat perhatian, karena akan berdampak pada kesehatan fisiknya. Kecemasan dan depresi pada ibu hamil memiliki resiko tinggi terjadinya aborsi bahkan bunuh diri pada ibu hamil. Kecemasan merupakan perasaan bingung atau khawatir terhadap sesuatu yang akan terjadi namun penyebabnya tidak jelas (Annerangi & Helda, 2013). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa 6,6 % wanita hamil mengalamai gangguan kecemasan (Howard *et al.*, 2014). Data WHO terkini menunjukkan, bahwa sekitar 10% wanita hamil dan 13% wanita yang baru saja melahirkan mengalami gangguan mental, terutama depresi. Selanjutnya WHO melaporkan di negara berkembang lebih tinggi yaitu 15,6% selama kehamilan dan 19,8% setelah kelahiran anak (WHO, 2018).

Depresi merupakan penyakit gangguan mental atau suasana hati. Depresi dapat berlanjut sampai masa nifas, yang mengakibatkan *baby blues*, sehingga ibu tidak mau mengasuh anaknya, ibu tidak dapat menyusui, karena ASI tidak keluar (Gelaye *et al.*, 2016). Pada bayi yang dilahirkan dapat mengalami gangguan perkembangan psikologis anak, kompetensi intelektual, fungsi psikososial dan tingkat morbiditas kejiwaan (Stein *et al.*, 2014). Penelitian Jarrett, (2016) menunjukkan bahwa 25% wanita hamil mengalami depresi.

Selama ini fokus pemeriksaan ibu hamil di pusat pelayanan kesehatan masih terbatas pada pemeriksaan kesehatan fisik ibu hamil, seperti pemantauan tekanan darah, kadar hemoglobin, keluhan secara fisik ibu hamil, penambahan berat badan dan pemantauan asupan gizi ibu hamil. Pemeriksaan kesehatan mental belum

menjadi perhatian. Peran petugas kesehatan pada pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA), selama ini masih menemukan kendala dalam mengetahui secara pasti status kesehatan mental wanita hamil. Saat ini kesehatan mental wanita hamil, belum mendapatkan perhatian penuh seperti kesehatan fisik, sehingga terjadi gangguan kesehatan mental seperti kecemasan, stress dan depresi belum diketahui dengan baik. Pada saat pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*), bidan mengetahui ibu hamil mengalami gangguan kesehatan mental, hanya berdasarkan raut muka, mimik bicara dan kemampuan komunikasi ibu hamil yang sulit (Misri, Abizadeh, Sanders, & Swift, 2015).

Di layanan kesehatan primer, Bidan hanya menggali permasalahan yang dihadapi ibu hamil berdasarkan anamnesa yang dilakukan ketika melakukan pemeriksaan. Bidan menetapkan gangguan suasana hati ibu hamil yang mengarah ke gangguan mental hanya berdasarkan sikap, raut muka dan mimik ibu hamil ketika melakukan pemeriksaan kehamilan. Bidan belum mengetahui secara pasti, seorang ibu hamil mengalami kecemasan atau depresi kehamilan atau tidak. Hal ini, karena penyedia layanan kesehatan berfokus utama pada kondisi medis fisik kehamilan dan perkembangan fisik janin (WHO, 2016).

Selain hal tersebut, ibu hamil sering tidak menyadari dirinya mengalami gangguan kesehatan mental. Ibu hamil tidak mengetahui tanda dan gejala yang dialami, karena keluhan yang dirasakan sebagian besar terkait perubahan fisik kehamilan. Hal ini, perlu dilakukan upaya menggali informasi tentang pengetahuan pada bidan maupun ibu hamil serta kebutuhan informasi terkait dengan kesehatan mental dan gangguan yang mungkin terjadi seperti adanya tekanan dan kecemasan. Langkah ini merupakan salah satu upaya untuk mengatasi depresi kehamilan dan mencegah depresi postpartum. Tujuan penelitian ini adalah menggali informasi tentang faktor-faktor penyebab gangguan kesehatan mental ibu hamil terutama stress dan kecemasan, yang selama ini belum mendapatkan perhatian pada saat ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan di puskesmas.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi. Pada tahap awal penelitian dilakukan penggalian informasi tentang pengetahuan dan pemahaman ibu hamil terkait kesehatan mental, yang meliputi gangguan kesehatan mental berupa kecemasan atau tekanan/depresi selama hamil, gejala dan tanda, upaya untuk mengatasi masalah yang dialami. Selanjutnya dilakukan penggalian informasi terkait kesehatan mental serta upaya yang sudah dilakukan oleh pelayanan kesehatan berkaitan dengan tekanan dan kecemasan pada ibu hamil.

Subyek penelitian ini adalah Ibu hamil yang melakukan pemeriksaan di puskesmas Ngoresan dan puskesmas Sangkrah Kota Surakarta. Jumlah partisipan penelitian sesuai dengan hasil penggalian informasi yang dibutuhkan sampai mendapatkan jawaban jenuh. Jumlah informan sebanyak Sembilan orang ibu hamil dan sembilan orang suami serta tujuh orang bidan yang memberi pelayanan

pemeriksaan kehamilan (ANC) di puskesmas Kota Surakarta. Penelitian dilakukan di dua puskesmas Kota Surakarta yaitu, Puskesmas Ngoresan dan Sangkrah. Alasan pemilihan puskesmas tersebut berdasarkan jumlah kunjungan ibu hamil terbanyak dan merupakan puskesmas dengan wilayah padat penduduk dengan masalah kesehatan ibu dan anak (KIA) terbanyak.

Pengumpulan data dilakukan dengan metode diskusi kelompok terarah (FGD), ditambah dengan wawancara mendalam apabila diperlukan. Instrumen penelitian kualitatif adalah peneliti sendiri. Dalam menggali informasi peneliti menggunakan pedoman diskusi kelompok terarah dan wawancara dengan sejumlah pertanyaan yang telah disusun terkait kesehatan mental. Peneliti juga menggunakan alat perekam suara, dan kartu catatan.

Keabsahan data kualitatif dijamin dengan menggunakan kriteria 1). *credibility*, yaitu melakukan iterasi atau mengulang pertanyaan pada saat wawancara ataupun diskusi dengan informan, 2). *Member cheking* dan sesi briefing dengan tim peneliti, 3). *Dependability*, dengan melaporkan secara rinci operasional jalannya penelitian, 4). *Confirmability*, peneliti melakukan triangulasi metode dan triangulasi subjek (Patton, 2002). Analisis data secara manual menggunakan metode analisis konten (analisis isi). Analisis data dimulai dengan melakukan transkripsi hasil FGD dan wawancara, melakukan koding, kategori dan menentukan domain temuan. Proses pengumpulan data dilaksanakan setelah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta No.2107/B.2/KEPK-FKUMS/V/2019.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian faktor-faktor penyebab gangguan kesehatan mental terutama stress dan kecemasan pada penelitian ini adalah ibu hamil sebanyak 9 orang dengan usia antara 20-29 tahun. Secara ringkas karakteristik partisipan ditampilkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Partisipan Ibu Hamil

NAMA	Umur (th)	Pendidikan	Pekerjaan	Kehamilan Ke	Usia Kehamilan
Ans	20	SMK	SWASTA	I	10 mgg
Ant	23	SMK	SWASTA	I	37 mgg
AS	27	D3	SWASTA	I	37 mgg
IW	29	SMP	IRT	I	32 mgg
AN	25	S1	IRT	I	22 mgg
GC	26	SMK	IRT	II	30 mgg
Dw	28	SMK	IRT	I	10 mgg
Em	21	SMK	IRT	I	37 mgg
CN	28	S1	WIRASWASTA	I	37 mgg

Tabel 2. Karakteristik Partisipan Suami Ibu Hamil

Kode	Umur (tahun)	Pendidikan	Pekerjaan
Rd	24	SMK	SWASTA
Wn	24	SMK	SWASTA
BD	33	S1	SWASTA
MN	23	SMP	DKP
RN	29	S1	GURU
RA	27	D3	SWASTA
Mt	29	SMK	SWASTA
Ag	24	SMK	SWASTA
BR	27	S1	WIRASWASTA

Bidan merupakan partisipan yang memberikan informasi selaku pemberi pelayanan pemeriksaan kehamilan (ANC) di puskesmas sebanyak tujuh orang. Secara ringkas karakteristik bidan ditampilkan pada Tabel 3.

Tabel 3. Karakteristik Partisipan Bidan

Kode	Usia (tahun)	Masa Kerja (tahun)
P1	42	23
P2	34	9
P3	54	32
P4	32	8
P5	30	9
P6	37	16
P7	43	24

Tabel 3 menunjukkan bahwa sumber informan bidan merupakan bidan senior dengan usia antara 30 – 54 tahun. Masa kerja bidan minimal 9 tahun dan paling lama 32 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah ibu hamil yang sudah dilayani bidan-bidan tersebut banyak dan pengalaman yang dimiliki bidan juga sudah banyak. Bidan sudah sangat faham dengan permasalahan-permasalahan yang dihadapi ibu selama kehamilan.

Berdasarkan hasil analisis data ditemukan beberapa domain antara lain; 1) Pengalaman selama hamil, 2) Penyebab tekanan saat kehamilan, 3) Penyebab kecemasan saat kehamilan, 4) Sumber kekhawatiran dan kecemasan dalam kehamilan, 5) Cara mengatasi kekhawatiran, 6) Kondisi tekanan dan kecemasan pada bumil yang pernah ditangani Bidan, 7) Upaya pencegahan gangguan kesehatan mental pada saat kehamilan. Berikut gambaran temuan spesifik dari masing-masing domain.

Pengalaman selama kehamilan

Pengalaman yang dirasakan ibu hamil berbeda beda, hal ini karena perubahan hormon antara individu satu dengan lainnya berbeda. Pengalaman yang

dirasakan ini terkait dengan perubahan-perubahan yang terjadi selama kehamilan, terutama pada awal kehamilan. Ketidaksiapan seorang ibu hamil untuk menerima perubahan-perubahan ini dapat membawa dampak yang sangat besar terhadap proses kehamilan, proses persalinan dan lebih parah lagi sampai pasca persalinan. Hasil penelitian mendapatkan temuan terkait dengan perubahan-perubahan yang dialami ibu selama proses kehamilan. Perubahan tersebut terangkum dalam pengalaman kehamilan yang disampaikan informan.

Partisipan ibu hamil menyatakan bahwa pengalaman dari awal kehamilan ibu secara fisiologis mengalami mual, muntah, tidak nafsu makan, mengidam dan tidak bisa beraktivitas dengan leluasa. Hampir setiap wanita diawal kehamilannya mengalami gejala yang hampir sama.

“Memasuki bulan kedua, mual berat, tidak bisa makan karena muntah terus, mengidam. Memasuki bulan ketiga dan keempat sudah tidak mual tapi tidak nafsu makan. Memasuki bulan kedelapan, suka makan. (AS, 27 th)

Secara psikologis ibu hamil juga mengalami perubahan. Hal ini merupakan gejala fisik awal kehamilan yang alamiah, namun seringkali membuat ibu hamil tidak nyaman, dan menimbulkan perasaan cemas karena perubahan yang terjadi dan sering emosional. Partisipan ibu hamil menyatakan bahwa di awal kehamilan merasakan mudah marah, emosi tidak stabil.

“Tidak mual dan tidak mengidam. Beraktifitas seperti biasa dan malah tidak bisa diam. Hanya merasa emosional saat trimester pertama. Saat hamil trimester pertama emosi tidak stabil. Mudah marah. Gampang cemburu”. (CN,28 th)

Penyebab Tekanan Saat Kehamilan

Masalah psikologis pada ibu hamil bisa dalam bentuk tidak percaya diri, sering cemas, mudah panik, merasa tertekan dari tingkatan stress ringan sampai dengan depresi berat. Selain itu ibu hamil juga bisa mengalami resksi obsesif-kompulsif, reaksi mania, skizofrenia dan rasa kehilangan.

Hasil penelitian ini mendapatkan temuan terkait dengan beberapa penyebab tekanan atau stress yang dialami ibu selama kehamilan. Partisipan ibu hamil menyatakan bahwa terjadinya stress saat mereka hamil karena adanya perubahan fisik, perubahan aktivitas yang membuat mereka tidak nyaman. Beberapa hal lain adalah sering terbangun di malam hari, susah tidur, tidur tidak nyenyak/nyaman, mudah cemburu, sering jengkel, tidak enak badan, dan sering sedih memikirkan suami.

*“Susah tidur, sering jengkel, gerah, tidak enak badan, saat tidur tidak nyaman, dan tidak bisa minum yang manis-manis ... “(IW,29 th)
“Kalau sedang kelelahan, terkadang terbangun di malam hari, tidur tidak nyenyak karena ingin buang air kecil....” (CN, 28 th)*

Penyebab Kecemasan Saat Kehamilan

Selain tekanan atau stress yang terjadi karena adaptasi perubahan fisik, dan perubahan kebiasaan aktivitas selama hamil, masalah psikologis yang sering dialami oleh ibu hamil adalah kecemasan. Kecemasan ibu hamil dimulai dari rasa khawatir yang muncul seiring dengan kehamilannya. Apabila rasa khawatir ini tidak bisa diatasi dan dikendalikan maka masalah lain akan muncul yaitu kecemasan. Ibu hamil yang mengalami kecemasan harus segera ditangani atau mendapatkan terapi dengan benar, agar tidak mengganggu proses kehamilan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa partisipan ibu hamil merasa khawatir dengan hal-hal yang akan dihadapi selama hamil seperti kesehatan janinnya, perkembangan janinnya dan pemenuhan nutrisinya. Selain itu ibu hamil juga khawatir saat melahirkan, khawatir saat menyusui, takut keguguran, dan khawatir mendengar komentar orang tentang kehamilannya.

“Khawatir karena ini adalah kehamilan yang pertama, khawatir memikirkan nanti saat melahirkan bagaimana, cara menjaga kehamilan. Kadang ada rasa sedih sendiri kalau melihat suami diam karena kelelahan bekerja”. (Ans, 20 th)

Rasa khawatir pada ibu hamil seringkali berkembang, dan tingkatannya meningkat menjadi kecemasan. Hal-hal yang menjadi penyebab kecemasan pada ibu hamil sangat beragam, yaitu mencemaskan keberadaan suami, cemas dengan semakin dekatnya waktu melahirkan, takut tidak lancar saat melahirkan.

“Cemas kalau suami pulang malam. Cemas karena tiga minggu lagi akan melahirkan, takut bisa ngeden atau tidak”. (Ant, 23 th)

Berdasarkan hasil triangulasi dari suami, diperoleh informasi bahwa yang membuat suasana hati istri yang hamil sering tidak nyaman, khawatir dan cemas saat kehamilan adalah terkait bagaimana proses persalinan yang akan istri lalui nanti.

“Pernah, khawatir saat nanti melahirkannya normal atau bagaimana. Sakit atau tidak.” (Ag, 24 th)

Sumber kekhawatiran dan kecemasan pada ibu hamil

Ibu hamil menyatakan bahwa mengenai sumber kekhawatiran dan kecemasan saat kehamilan adalah dari cerita dan pengalaman teman. Jadi

kekawatiran dan kecemasan ini bukan dari apa yang ibu hamil rasakan, tetapi lebih cenderung pada pengalaman dari orang lain.

“Teman saya dulu saat lahiran anaknya di induksi karena ketubannya pecah saat Hari Perkiraan Lahir (HPL) sudah lebih dari seminggu. Kemudian pada mata anaknya ada bintik kuning lalu dilaser, jadi saya kasihan dan terbayang terus....” (Ans, 20 th)

“Teman saya saat hamil punya pikiran yang berat sehingga berefek pada janin yaitu terjadi pendarahan” (AN, 25 th).

Hasil triangulasi dengan suami menyatakan, bahwa istri yang sedang hamil, sering mengalami kekhawatiran terhadap kehamilannya dan proses persalinannya, normal atau tidak.

“Pernah, khawatir saat nanti melahirkannya normal atau bagaimana. Sakit atau tidak.” (Ag, 24 th)

Cara mengatasi kekhawatiran

Dalam mengatasi kekhawatiran selama hamil, informan ibu hamil menyatakan bahwa mereka berusaha tidak mendengarkan perkataan orang hal-hal negatif tentang kehamilan dan melahirkan. Ibu hamil juga menyatakan bahwa untuk mengatasi kekhawatiran dengan membaca materi tentang kehamilan dan melahirkan dari buku dan internet, jalan-jalan, berdzikir, banyak istighfar, sabar bercerita pada orang lain, bersikap tenang, menyibukkan diri dengan aktivitas, mendengarkan murotal, mendengarkan musik, membeli makanan kesukaan dan berfikir positif.

“Tidak mendengarkan perkataan orang yang jelek tentang kehamilan. Membaca berita-berita positif seputar kehamilan dan melahirkan”. (CN, 28 th)

“Banyak istigfar, optimis bisa melahirkan normal demi anak, sabar, cari tempat tenang, jalan-jalan, beli makanan kesukaan. (Ans, 23 th)

“Mendengarkan musik, mendengarkan murrotal, berbagi cerita ke teman dan suami, berpikir positif, tidak berpikir yang berat-berat, dibawa bahagia saja”. (AS, 27 th)

Kondisi tekanan dan kecemasan pada Bumil yang pernah ditangani Bidan

Hasil penelitian mendapatkan informasi bahwa, bidan pernah, bahkan sering memeriksa ibu hamil dengan berbagai masalah kesehatan mental baik strss/tekanan maupun kecemasan. Masalah yang dihadapi ibu hamil ini dapat mengganggu kesehatan jiwanya selama hamil, dan meningkatkan risiko terjadinya gangguan psikologi seperti depresi. Masalah kesehatan mental yang dihadapi ibu

hamil bersumber dari kasus keluarga seperti masalah takut suami selingkuh, takut ditinggalkan suami dan ada juga karena belum siap untuk hamil.

“Ada kasus seorang ibu hamil, ada masalah dengan keluarga, sama suaminya. Suaminya selingkuh. Sehingga ibu ini khawatir dan cemas. Takut nanti suaminya ini meninggalkan dia seperti itu. Kemudian diselesaikan dengan cara baik-baik dengan suaminya itu. Dampaknya pada perkembangan bayinya, anaknya itu sedikit melambat. Dari status gizi, dari pertumbuhan dan perkembangan” (P2).

“Dia belum siap hamil sudah dihamili”.

“Dihamili, belum diketahui kedua belah pihak (secara sembunyi-sembunyi). Dia menyembunyikan kehamilan, ...selama hamil kurang asupan gizinya” (P1)

Penyebab tekanan dan kecemasan yang lain yang ditemukan dalam penelitian terjadi karena kondisi fisik yang lemah, kurangnya dukungan keluarga dan terjadinya KDRT.

“Terjadi tekanan mental karena tidak menghendaki kehamilannya. Terlihat dari raut wajahnya yang sedih saat pemeriksaan.”

“Karena dia kondisi hamil muda, kondisi fisiknya menurun jadi mual muntah dan lemas. Suaminya tidak mendukung kehamilannya. Suaminya melakukan KDRT saat ditolak melakukan hubungan. Akhirnya si ibu tertekan dan memutuskan memberikan bayinya ke orang lain setelah melahirkan”. (P3)

Bidan juga menemukan ibu hamil dengan masalah keluarga, yang akhirnya mengalami kecemasan dan takut yang berlebihan yang akhirnya berdampak pada pada janinnya. Ibu hamil yang merasa sudah memasuki usia berisiko, ternyata hamil yang tidak direncanakan atau tidak dikehendaki, sehingga juga berisiko mengalami gangguan kesehatan mentalnya.

Upaya pencegahan gangguan kesehatan mental pada saat kehamilan

Berdasarkan pengalaman bidan yang disampaikan ketika diskusi, diperoleh informasi bahwa bidan sudah melakukan kegiatan penyuluhan kepada ibu hamil yang mengalami gangguan kesehatan mental baik tekanan maupun kecemasan. Hal ini dilakukan agar gangguan kesehatan mental yang dialami tidak memberikan dampak yang cukup serius.

“Mengadakan penyuluhan kepada calon pengantin tentang persiapan kehamilan, resiko kehamilan, bagaimana cara menghadapi kehamilan yang sehat. Agar ibunya bahagia, keluarga juga bahagia sehingga nanti pada saat kehamilan, persalinan, nifas, dan seterusnya. Ini rencana tahun

2019 (pendampingan untuk calon pengantin). Kita bekerjasama dengan DEPAG". (P2)

Namun demikian upaya yang dilakukan bidan belum mendapatkan hasil yang berarti karena masih banyaknya kendala yang dihadapi. Hambatan tersebut diantaranya adalah kurangnya keterampilan bidan dalam menggali data kesehatan mental ibu hamil, kurangnya pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan terutama bidan dan memberikan informasi menyeluruh tentang segala sesuatu yang harus difahami ibu saat hamil, tidak sebandingnya jumlah pasien yang datang dengan tenaga bidan atau tenaga kesehatan lain yang tersedia, serta tingkat kesabaran ibu hamil yang kurang baik dalam melakukan pemeriksaan kehamilan.

Pembahasan

Kehamilan adalah proses fisiologis seorang wanita ditandai dengan perubahan-perubahan mekanisme pengaturan dan fungsi organ tubuh. Pengalaman sebelum hamil dan saat ini dapat menjadi dasar kehidupan baru dan selanjutnya akan berpengaruh terhadap kesejahteraan generasi baru (Puspitasari, *et. al.* 2019). Perubahan yang terjadi selama kehamilan tersebut, sering berpengaruh pada kesehatan fisik maupun kesehatan mental ibu hamil.

Kesehatan mental merupakan status kesejahteraan dimana setiap orang dapat menyadari secara sadar terkait kemampuan dirinya, kemudian dapat mengatasi berbagai tekanan dalam kehidupannya, dan dapat bekerja secara produktif yang berimbang pada kemampuan dirinya dalam memberikan kontribusi pada lingkungan sekitar. Seseorang yang sehat mental memiliki ciri: dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan, dapat menunjukkan integritas, mandiri dan tidak tergantung pada orang lain (WHO, 2015). Sehat mental memiliki prinsip tidak adanya perilaku abnormal, konsep sehat yang ideal, dan bagian dari karakteristik kualitas hidup manusia. Wanita hamil merupakan individu yang berisiko terjadinya gangguan kesehatan mental.

Gangguan kesehatan mental yang umum terjadi adalah kecemasan, depresi, gangguan perilaku makan. Depresi merupakan penyumbang bermakna terhadap beban penyakit global dan mempengaruhi orang-orang di semua masyarakat di seluruh dunia (Marcus, Yasami, Ommeren, Chisholm, & Saxena, 2012). Depresi adalah penyakit gangguan mental atau suasana hati. Depresi ditandai dengan kesedihan yang terus-menerus dan kehilangan minat dalam kegiatan yang biasanya dinikmati, disertai ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari, setidaknya selama dua minggu (WHO, 2017).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa gangguan kesehatan mental pada ibu hamil bisa berawal dari adanya perubahan fisik, dan perubahan aktivitas yang membuat ketidaknyamanan pada ibu hamil. Informan menyampaikan bahwa gangguan kesehatan mental berupa stress atau tekanan dan kecemasan saat ibu hamil terjadi karena rasa khawatir dengan hal-hal yang akan dihadapi, seperti: pertumbuhan dan perkembangan janinnya, cukup tidaknya pemenuhan nutrisi janinnya, khawatir saat melahirkan, khawatir saat menyusui, takut keguguran, dan

khawatir mendengar komentar orang tentang kehamilannya. Hal ini sesuai dengan studi sebelumnya bahwa banyak faktor yang menjadi sumber kecemasan ibu hamil (Goodman, Chenausky, & Freeman, 2014; Rubertsson, Hellström, Cross, & Sydsjö, 2014).

Secara rinci masalah yang ditemukan bidan berkaitan dengan gangguan kesehatan mental pada kehamilan antara lain: belum siap hamil, memiliki masalah keluarga, mengalami KDRT, kehamilan tidak diinginkan atau tidak direncanakan dan tidak adanya dukungan suami selama kehamilan. WHO menyebutkan bahwa determinan sosial merupakan penyebab penting dari masalah kesehatan mental wanita hamil, terutama pada wanita hamil yang tinggal di negara sedang berkembang, paparan faktor risiko sosial dapat meningkatkan kerentanan terhadap masalah kesehatan mental. Selanjutnya faktor risiko terjadinya depresi kehamilan antara lain: status sosial ekonomi yang buruk, kehamilan yang tidak diinginkan, peran dan status sosial yang kurang dihargai, kekerasan terhadap perempuan (WHO, 2008).

Prediktor bermakna untuk depresi antenatal antara lain harga diri rendah, kecemasan antenatal, dukungan sosial rendah, gaya kognitif negatif, peristiwa besar dalam hidup, pendapatan rendah dan riwayat penyalahgunaan obat (Leigh & Milgrom, 2008). Hasil tinjauan sistematis, menunjukkan faktor yang paling sesuai terkait dengan kecemasan dan depresi kehamilan antara lain jaminan kesehatan, pendidikan rendah, pendapatan rendah, merokok, status sendiri, kualitas hubungan yang buruk (Lancaster *et al.*, 2010), kurangnya dukungan sosial pasangan, riwayat pelecehan dan kekerasan dalam rumah tangga, riwayat penyakit mental pribadi, kehamilan tidak direncanakan dan tidak diinginkan, stress tinggi dan efek samping hidup, serta adanya komplikasi kehamilan sekarang, masa lampau dan keguguran (Biaggi *et al.*, 2016).

Bidan mengatakan bahwa di puskesmas pendampingan kepada ibu hamil terkait dengan upaya mencegah gangguan kesehatan mental belum bisa dilaksanakan karena keterbatasan kemampuan yang tenaga kesehatan miliki di Puskesmas. Hasil penelitian ini menunjukkan perlunya pemberian informasi dan keterampilan tenaga bidan dalam pendampingan ibu hamil untuk mencegah gangguan kesehatan mental selama kehamilan.

Bidan mempunyai peran penting dalam deteksi awal kondisi kesehatan mental ibu hamil, disamping kesehatan fisik (Nice, 2007). Namun hal ini belum dilakukan karena beberapa hal, antara lain diagnosis depresi kehamilan yang sulit, karena gejala kehamilan mirip dengan depresi, dan bidan masih fokus pada pemeriksaan fisik kehamilan dan perkembangan janin (Jarrett, 2015).

Bidan sebagai pemberi pelayanan kesehatan ibu dan anak pada masa antenatal dan postnatal, juga bertugas memberikan promosi kesehatan, untuk menyiapkan ibu hamil dan keluarga berupa dukungan fisik dan emosional untuk persalinan (IMPAC, 2017). Bidan berperan dalam melakukan screening kesehatan mental ibu hamil, memberikan dukungan untuk kesejahteraan ibu dan bayinya. Bidan bersama keluarga dapat mencegah gangguan mental. Apabila menemukan ibu hamil dengan depresi, maka dapat melakukan rujukan dan perawatan awal.

Upaya mengatasi masalah kesehatan pada umumnya, dapat dilakukan dengan mengenal masalah yang terjadi. Pencegahan lebih baik dari pengobatan. Untuk melakukan pencegahan, maka masyarakat dan penyedia layanan kesehatan harus mengetahui masalah kesehatan mental yang terjadi, gejala dan tandanya, memahami faktor risiko yang mendukung, sehingga akan mampu mencegah dengan mengurangi faktor risiko yang ada. Setiap wanita hamil berisiko mengalami kecemasan dan depresi. Wanita yang memiliki riwayat depresi atau kecemasan sebelumnya, dapat melakukan perawatan psikologis dengan *interpersonal therapy (IPT)* dan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* oleh tenaga profesional yaitu psikolog atau psikiatri (Loughnan et al., 2018; Nillni, Mehralizade, Mayer, & Milanovic, 2018). Namun wanita yang tidak memiliki riwayat depresi, dapat diberikan edukasi dan konseling untuk mencegah depresi oleh tenaga non professional seperti bidan (Chowdhary et al., 2014; Clarke, King, Prost, & Tomlinson, 2013).

Bidan juga berperan dalam promosi kesehatan, untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil sampai nifas dan mengasuh anaknya (Maryam, 2015). Pengetahuan bidan tentang kesehatan mental ibu hamil, dan gangguan yang mungkin terjadi, dapat menjadi modal dalam memberikan layanan, terutama pada ibu hamil yang pertama kali kontak dengan bidan untuk pemeriksaan (Nice, 2007).

Pendidikan kesehatan mental merupakan bagian dari upaya promosi kesehatan. Promosi kesehatan berusaha menyampaikan pesan atau informasi kesehatan agar, masyarakat tahu dan berperilaku sehat. Promosi kesehatan juga menggerakkan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoadmodjo, 2012). Pemberian pendidikan kesehatan mental terutama tentang depresi pada ibu hamil diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan mental dan perubahan sikap dalam hal mengatasi dan mengendalikan emosi atau gangguan suasana hati yang labil. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan mental berupa psikoedukasi dapat mengatasi kecemasan dalam penyesuaian kehamilan dan nifas (Serçekuş & Mete, 2010) dan mencegah depresi postpartum (Basri, Zulkifli, & Abdullah, 2014; Mahayati, 2015).

SIMPULAN

Beberapa faktor yang menyebabkan gangguan kesehatan mental pada ibu hamil adalah adanya perubahan fisik, dan perubahan aktivitas yang membuat tidak nyaman. Stress atau tekanan dan kecemasan saat kehamilan, terjadi karena rasa khawatir terhadap terjadinya gangguan pertumbuhan dan perkembangan janinnya, ketidakcukupan pemenuhan nutrisi janinnya, takut keguguran, khawatir saat melahirkan, saat menyusui dan khawatir mendengar komentar orang tentang kehamilannya.

Masalah gangguan kesehatan mental kehamilan diantaranya berkaitan dengan kondisi: belum siap hamil, memiliki masalah keluarga, mengalami KDRT, kehamilan tidak diinginkan atau tidak direncanakan dan tidak adanya dukungan suami selama kehamilan. Pendampingan ibu hamil dalam mencegah gangguan kesehatan mental belum bisa dilaksanakan karena keterbatasan kemampuan tenaga

kesehatan di Puskesmas. Banyak faktor berperan mengganggu kesehatan mental ibu hamil. Diperlukan pemberian informasi dan keterampilan bidan dalam pendampingan ibu hamil untuk mencegah gangguan kesehatan mental.

DAFTAR PUSTAKA

- Annerangi, W., & Helda, H. (2013). *Prevalensi dan Determinan Ansietas dan Depresi Antenatal di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu tahun 2013* (Universitas Indonesia). Repository:Thesis, Universitas Indonesia. Retrieved from [http://www.lib.ui.ac.id/naskahringkas/2015-09/S53325-wiyar annerangi](http://www.lib.ui.ac.id/naskahringkas/2015-09/S53325-wiyar%20annerangi)
- Basri, A. H., Zulkifli, A., & Abdullah, M. T. (2014). *Efektivitas Psikoedukasi terhadap Depresi Postpartum di RSIA Siti Fatimah dan RSIA Pertiwi Makassar Tahun 2014*. Repository: Thesis, Universitas Hasanudin, Makasar.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Chowdhary, N., Sikander, S., Atif, N., Singh, N., Ahmad, I., Fuhr, D. C., ... Patel, V. (2014). The content and delivery of psychological interventions for perinatal depression by non-specialist health workers in low and middle income countries: A systematic review. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 113–133. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.013>
- Clarke, K., King, M., Prost, A., & Tomlinson, M. (2013). Psychosocial Interventions for Perinatal Common Mental Disorders Delivered by Providers Who Are Not Mental Health Specialists in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 10(10), e1001541, 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001541>
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M. K., ... Arck, P. C. (2007). Social support during pregnancy: Effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869–877. <https://doi.org/10.1093/humrep/del432>
- Gelaye, B., Rondon, M., Araya, R., Williams, M. A., & Author, C. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries HHS Public Access. *Lancet Psychiatry*, 3(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
- Goodman, J. H., Chenausky, K. L., & Freeman, M. P. (2014). Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(10), 292-33. <https://doi.org/10.4088/JCP.14r09035>
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*,

-
- Vol. 384(9956). 1775-1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Ibanez, G., Bernard, J. Y., Rondet, C., Peyre, H., Forhan, A., Kaminski, M., & Saurel-Cubizolles, M. J. (2015). Effects of antenatal maternal depression and anxiety on children's early cognitive development: A prospective Cohort study. *PLoS ONE*, *10*(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135849>
- IMPAC. (2017). Provision of Effective antenatal care. In *Standart for MAternal and Neonatal Care developed by The Departement of Making Pregnancy Safer*, WHO. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/effective_antenatal_care.pdf
- Jarrett, P. (2015). Student midwives' knowledge of perinatal mental health. *British Journal of Midwifery*, *23*(1), 32–39. <https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.1.32>
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *202*(1), 5–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, *8*(8), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-24>
- Loughnan, S. A., Wallace, M., Joubert, A. E., Haskelberg, H., Andrews, G., & Newby, J. M. (2018). A systematic review of psychological treatments for clinical anxiety during the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health*, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0812-7>
- Mahayati, A. (2015). *Pengaruh psikoedukasi terhadap pencegahan terjadinya depresi postpartum di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta*. Repository: Thesis Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
- Marcus, M., Yasami, M., Ommeren, V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression, a global public health concern. *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse*, (Mental Health), 1–8. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
- Maryam, S. (2015). *Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kebidanan (Pertama; W. Praptiani & E. Tiar, Eds.)*. Jakarta: EGC.
- Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S., & Swift, E. (2015). Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *Journal of Women's Health*, *24*(9). <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5150>
- Nice. (2007). *CG45 Antenatal and postnatal mental health: NICE guideline; (February 2)*. Retrieved from www.nice.org.uk
- Nilni, Y. I., Mehralizade, A., Mayer, L., & Milanovic, S. (2018). Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period:
-

-
- A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 66.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.004>
- Notoadmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku* (Tiga). Jakarta: Rineka Cipta.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3 th). United State of America: Sage Publications.
- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*, 17(3). <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0409-0>
- Saeed, A., Raana, T., Saeed, A. M., & Humayun, A. (2016). Effect of antenatal depression on maternal dietary intake and neonatal outcome: A prospective cohort. *Nutrition Journal*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12937-016-0184-7>
- Serçekuş, P., & Mete, S. (2010). Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 999–1010. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05253.x>
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., ... Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9902), 1–10. doi:10.1016/S0140-6736(14)61261-3
- WHO. (2015). WHO | Maternal mental health. Retrieved March 11, 2018, from WHO website: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/#.WqS3lHX-oo.mendeley
- WHO. (2017). Depression and other common mental disorders Global: health estimates. *World Health Organization*, 1–24. <https://doi.org/CC BY-NC-SA 3.0 IGO>
- WHO, D. of R. H. and R. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience WHO Library Cataloguing-in-Publication Data WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. *World Health Organization*. Retrieved from <http://www.who.int>
- WHO, & World Health Organisation. (2008). Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. *World Health*, (February), 1–34. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf?ua=1
- WHO. (2018). World Health Organization | Maternal health. Retrieved from Mental Health and Substance Use website: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health>
-