

Buku Ajar

PSIKOLOGI DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

Ardiyanti Hidayah • Imelda M.G Sianipar • Maryam • Kiftiyah



BUKU AJAR PSIKOLOGI DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

Penulis:

Bd. Ardiyanti Hidayah, SST., M.Kes.

Bdn. Imelda M.G Sianipar, SST., M.Keb.

Maryam, SST., M.Keb.

Kiftiyah, SST., M.Kes.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BUKU AJAR PSIKOLOGI DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

Penulis:

Bd. Ardiyanti Hidayah, SST., M.Kes.
Bdn. Imelda M.G Sianipar, SST., M.Keb.
Maryam, SST., M.Keb.
Kiftiyah, SST., M.Kes.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Muhammad Ilham

ISBN: 978-623-8775-32-3

Cetakan Pertama: Oktober 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan atas berkat dan karunia Allah SWT atas terselesainya buku ajar ini. Rasa terimakasih yang dalam penulis sampaikan pada semua pihak dan sumber bacaan baik yang berasal dari media buku maupun internet yang telah banyak membantu dari segi referensi dalam penyusunan buku ajar ini.

Buku ajar ini hadir sebagai upaya melengkapi materi kuliah dan sebagai bahan bacaan dibidang kebidanan, hal ini mengingat masih minimnya buku yang membahas tentang psikologi dalam praktik kebidanan sehingga diharapkan dapat menjadi acuan dan sumber referensi dalam pembelajaran baik bagi mahasiswa, dosen maupun para akademisi lain yang membutuhkan. Buku Ajar ini membahas mengenai teori-teori Psikologi Dalam Praktik Kebidanan untuk memperdalam pemahaman pembaca mengenai materi yang dibahas dalam buku ajar ini dan disusun berdasarkan kebutuhan akan pengetahuan tentang pencegahan dan penanganan trauma yang sangat berpengaruh dalam proses kesehatan mental. Seorang bidan diharapkan mampu memberikan pelayanan dengan baik sesuai dengan tahap-tahapan perkembangan individu dan buku ajar ini juga disusun guna mempermudah para ibu dan keluarga dalam pencegahan dan penanganan kesehatan mental pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui.

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penulisan buku ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik pada para pembaca semoga buku ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca sehingga pembaca dapat mengimplementasikannya sebagai wujud pelayanan masyarakat.

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 PENCEGAHAN DAN PENANGANAN TRAUMA	1
A. Definisi Trauma	3
B. Trauma Selama Proses Kehamilan – Post Partum	6
C. Pencegahan Trauma.....	14
D. Penyembuhan Trauma.....	22
E. Latihan.....	25
F. Rangkuman Materi	26
G. Glosarium	27
Daftar Pustaka	27
BAB 2 KESEHATAN MENTAL PADA PERINATAL (I)	29
A. Definisi Kesehatan Mental Pada Perinatal.....	31
B. Perubahan Normal Emosi Selama Kehamilan, Persalinan Dan Nifas	31
1. Perubahan Normal Emosi Selama Masa Kehamilan	31
2. Perubahan Normal Emosi Selama Masa Persalinan.....	32
3. Perubahan normal emosi selama masa nifas	33
C. Faktor yang mempengaruhi perubahan emosi selama kehamilan, persalinan dan nifas.....	34
1. Faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Emosi Selama Kehamilan	34
2. Faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Emosi Selama Persalinan.....	34
3. Faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Emosi Selama Nifas.....	35
D. Tantangan Kesehatan Mental dalam Periode Kehamilan, Persalinan Dan Nifas	36
E. Latihan.....	38
F. Rangkuman Materi	39
G. Glosarium	39
Daftar Pustaka	39
BAB 3 PSIKOLOGI PADA MASA REPRODUKSI.....	41
A. Psikologi Dan Komunikasi Ibu Dan Bayi	42

B. Psikologi Ibu.....	42
C. Gangguan Psikologi Ibu.....	42
D. Psikologi Anak	43
E. Gangguan Psikologi Anak	44
F. Komunikasi Ibu dan Bayi.....	44
G. Komunikasi Pada Bayi dan Balita	44
H. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi perkembangan bahasa Pada Bayi	46
I. Manfaat Komunikasi Dengan Anak	47
J. Adaptasi Menjadi Orang Tua	47
K. <i>Bonding Attachment and Bonding Attunement</i>	49
L. Latihan	54
M. Rangkuman Materi	55
Daftar Pustaka	55

BAB 4 KESEHATAN MENTAL PADA PERINATAL (II)..... 59

A. Peran Bidan dalam Mempromosikan Mental Yang Naik/ Positif dalam Masa Reproduksi	60
B. Kebijakan Asuhan Pada Perempuan Dengan Gangguan Kesehatan Mental Baik Lokal, Nasional Dan Internasional	60
1. Kebijakan Asuhan Di Tingkat Lokal.....	60
2. Kebijakan Asuhan di Tingkat Nasional	61
3. Kebijakan Asuhan di Tingkat Internasional.....	62
4. Tantangan dalam Implementasi Kebijakan.....	62
5. Rekomendasi untuk Perbaikan Kebijakan	63
C. Hal – Hal Yang Beresiko Mempengaruhi Kesehatan Mental Kekerasan Terhadap Perempuan, Pengawasan Terhadap Perempuan, Penyalahgunaan Obat, Kelemahan – Kelemahan Dan Kabar Duka	63
1. Kekerasan Terhadap Perempuan.....	63
2. Pengawasan Berlebihan Terhadap Perempuan	64
3. Penyalahgunaan Obat	64
4. Pengaruh Kabar Duka	65
D. Komunikasi Dengan Perempuan Dengan Disabilitas (Fisik Dan Mental)	65
1. Disabilitas.....	65
2. Jenis-Jenis Disabilitas	66

3. Karakterisrik Disabilitas	67
4. Faktor-Faktor Penyebab Disabilitas	68
5. Hak Disabilitas.....	69
6. Strategi Pemberdayaan Wanita Disabilitas.....	70
7. Prinsip Komunikasi yang Inklusif	71
8. Komunikasi dengan Perempuan dengan Disabilitas Fisik	71
9. Komunikasi dengan Perempuan dengan Disabilitas Mental	71
E. Sasaran Promosi Kesehatan secara Spesifik	72
F. Visi dan Misi Promosi Kesehatan	72
G. Promosi kesehatan mental yang dapat dilaksanakan dengan pendekatan dan strategi yang baik seperti berikut :.....	73
H. Prinsip-Prinsip Dasar Promosi Kesehatan terhadap Kesehatan Reproduksi	74
I. Edukasi dan Konseling Kesehatan Mental.....	76
J. Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Mental	76
K. Dukungan Emosional dan Psikologis	77
L. Rujukan ke Layanan Kesehatan Mental	77
M. Peningkatan Kapasitas Bidan dalam Kesehatan Mental.....	78
N. Latihan	78
O. Rangkuman Materi	79
P. Glosarium	80
Daftar Pustaka	81
PROFIL PENULIS	85

BAB 1

PENCEGAHAN DAN PENANGANAN TRAUMA

Pendahuluan

Sacara umum trauma didefinisikan sebagai benturan, tekanan, atau singgungan yang menimbulkan dampak berupa perlukaan baik luka terbuka, tertutup, maupun luka memar. Tekanan bisa berasal dari benda tumpul maupun benda tajam. Trauma tidak hanya bersifat fisik melainkan bisa berupa tekanan psikologis yang lebih banyak berefek pada kelainan psikologis seperti rasa cemas, gelisah, takut, sulit tidur sampai depresi. Secara khusus trauma dalam kehamilan adalah trauma yang berdampak tidak hanya pada ibu tetapi juga pada janinnya.

Berdasar akibat yang ditimbulkan, trauma bisa diklasifikasi sebagai trauma mayor dan trauma minor. Trauma mayor adalah trauma yang dampaknya mengancam kehidupan, memerlukan perawatan di rumah sakit, menimbulkan cacat fisik yang permanen sampai disabilitas atau menyebabkan kehidupan janin terganggu. Beberapa tanda klinis untuk sebuah trauma mayor antara lain adalah adanya gejala shock maternal seperti penurunan kesadaran, tekanan sistolik <90 mmHg, respirasi <10 atau >30 kali per menit, $SpO_2 <95\%$, nadi >120 kali per menit.⁽¹⁾ Trauma minor adalah trauma yang tidak memenuhi kriteria mayor atau trauma yang hanya berdampak ringan seperti luka memar, lecet, nyeri, atau luka tajam yang penanganannya selesai dengan penjahitan dan tidak memerlukan pemondokan. Meskipun demikian trauma minor bisa berdampak serius pada janin dalam kandungan. Pada kesempatan ini kami akan membicarakan trauma fisik pada ibu hamil yang baik yang bersifat mayor maupun minor dan akibatnya pada ibu dan produk konsepsi. Klasifikasi lain berdasar kejadian benturannya maka trauma dapat diklasifikasi sebagai trauma tumpul dan trauma tajam. Trauma tumpul adalah trauma yang terjadi karena benturan atau tekanan benda tumpul sedang trauma tajam adalah trauma yang terjadi karena tekanan benda tajam seperti pisau, panah, senjata api dll.

Tujuan Intruksional

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan dapat memahami dan menjelaskan pencegahan dan penanganan trauma mulai dari kehamilan sampai post partum.

Capaian Pembelajaran:

Mampu mengidentifikasi bentuk trauma pada kehamilan sampai post partum dan mampu mengimplementasikan penanganan trauma pada ibu hamil, bersalin dan nifas.

Uraian Materi

A. Definisi Trauma

Trauma didefinisikan sebagai cedera jaringan yang terjadi lebih atau kurang tiba-tiba akibat kekerasan atau kecelakaan dan bertanggung jawab untuk memulai aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal dan respons imunologis dan metabolik yang bertanggung jawab untuk memulihkan homeostasis. Berdasarkan mekanisme cedera yang berbeda, trauma dapat dikategorikan secara luas menjadi 3 (tiga) kelompok: trauma tembus, trauma tumpul, dan trauma deselerasi. Setiap orang merespons trauma secara berbeda dan kondisi medis kronis yang mendasarinya dapat mengubah respons fisiologis normal. Selain itu dipengaruhi entitas lain yakni koagulopati yang diinduksi trauma yang muncul pada pasien trauma.

Trauma merupakan pengalaman yang menggoncangkan jiwa atau tingkah laku yang tidak normal atau tidak biasa akibat mengalami tekanan jiwa. Trauma merupakan salah satu luka psikologis yang sangat berbahaya bagi kehidupan masyarakat terutamanya remaja, karena dapat menurunkan daya intelektual, emosional, dan perilaku. Trauma biasanya terjadi bila dalam kehidupan seseorang sering mengalami peristiwa yang traumatis seperti kekerasan, perkosaan, ancaman yang datang secara individual atau juga secara massal seperti konflik bersenjata dan bencana alam tsunami. Trauma bisa menimpa siapa saja dan kapan saja tanpa memandang ras, umur dan waktu. Stres dan trauma yang dialami akibat kejadian hebat menimbulkan perasaan sakit pada seseorang, baik fisik maupun mental, dan bahkan sering menyebabkan beberapa gangguan emosional atau psikologis dikemudian hari yang disebut dengan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) atau gangguan stress pasca trauma. Orang yang mengalami PTSD umumnya "dihantui" pengalaman traumatis yang mereka alami baik langsung maupun tidak langsung.

Pada saat kejadian traumatis dialami seseorang, ia akan merespon dan mengatasi nya dengan mekanisme rekoveri yang dimilikinya sehingga tidak berdampak negatif pada waktu kemudian. Namun pada orang-orang tertentu tidak terselesaikan dengan tuntas yang akan membekaskan luka atau sakit, dalam jangka waktu yang cukup lama yang kemudian berpengaruh terhadap prilakunya, orang-orang tersebutlah yang dikatakan mengalami stress pasca traumatic (*Post Traumatic Stress Disorder*), dalam keadaan yang

demikian seseorang memiliki resiko yang tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan mental seperti fobia, panik, depresi, kebingungan, keresahan (anxiety), dan obsesif kompulsif.

Peristiwa traumatis dapat memengaruhi perkembangan otak. Dan itu dapat memiliki konsekuensi seumur hidup. Studi menunjukkan bahwa semakin banyak pengalaman buruk yang dialami seseorang, semakin tinggi risiko mereka terhadap masalah kesehatan dan kesejahteraan di kemudian hari, Karena memiliki efek jangka panjangnya seperti asma, depresi, penyakit jantung koroner bahkan stroke. Sebuah studi yang diterbitkan pada tahun 2016 di *Psychiatric Times* mencatat bahwa prevalensi upaya bunuh diri secara signifikan lebih tinggi pada orang dewasa yang mengalami trauma, seperti pelecehan fisik, pelecehan seksual, dan kekerasan dalam rumah tangga orang tua. Suatu kejadian traumatis akan kembali muncul manakala terdapat suatu pemicu yang memunculkan kembali ingatan terhadap kejadian itu, seperti kesamaan tempat, warna, suara, setting peristiwa dan sebagainya. Orang-orang yang mengalami gangguan pasca traumatik biasanya berada pada keadaan stress yang berkepanjangan, sehingga dapat berakibat munculnya gangguan otak, berkurangnya kemampuan intelektual, gangguan emosional, maupun gangguan kemampuan social.

Shapiro menyatakan trauma merupakan pengalaman hidup yang mengganggu keseimbangan biokimia dari sistem informasi pengolahan psikologi otak. Keseimbangan ini menghalang pemrosesan informasi untuk meneruskan proses tersebut dalam mencapai suatu adaptif, sehingga persepsi, emosi, keyakinan dan makna yang diperoleh dari pengalaman tersebut "terkunci" dalam sistem saraf. Jarnawi menyatakan bahwa trauma merupakan gangguan psikologi yang sangat berbahaya dan mampu merusak keseimbangan kehidupan manusia. Cavanagh dalam *Mental Health Channel* menyatakan tentang pengertian trauma adalah suatu peristiwa yang luar biasa yang menimbulkan luka dan perasaan sakit, tetapi juga sering diartikan sebagai suatu luka atau perasaan sakit berat akibat sesuatu kejadian luar biasa yang menimpa seseorang langsung atau tidak langsung baik luka fisik maupun luka psikis atau kombinasi kedua-duanya. Berat ringannya suatu peristiwa akan dirasakan berbeda oleh setiap orang, sehingga pengaruh dari peristiwa tersebut terhadap perilaku juga berbeda antara seseorang dengan orang lain.

American Psychiatric Association (APA) dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM.IV-TR)*, menyatakan ledakan trauma merangkumi salah satu atau dua daripada berikut, yaitu: (1) seseorang yang mengalami, menyaksikan atau berhadapan dengan kejadian ngeri yang menyebabkan kematian, kecederaan serius atau mengancam fisik diri atau orang lain, (2) respon individu terhadap ketakutan, rasa tidak ada harapan, horror (kanak-kanak mungkin mengalami kecelaruan tingkahlaku). Begitu juga hal nya dengan gejala trauma. Cavanagh, dalam *Mental Health Channel*, mendefinisikan trauma adalah suatu peristiwa yang luar biasa, yang menimbulkan luka atau perasaan sakit namun juga sering diartikan sebagai suatu luka atau perasaan sakit "berat" akibat suatu kejadian "luar biasa" yang menimpa seseorang, secara langsung maupun tidak langsung, baik luka fisik maupun psikis atau kombinasi dari keduanya. Berat ringannya suatu peristiwa akan dirasakan berbeda oleh setiap orang, sehingga pengaruh dari peristiwa itu terhadap perilaku juga berbeda antara seorang dengan yang lainnya.

Kasus trauma merupakan kasus yang banyak ditemui di lapangan dan insidennya semakin meningkat seiring perkembangan teknologi transportasi maupun penggunaan senjata. Menurut World Health Organization (WHO) dan Centers for Disease Control (CDC), lebih dari 9 orang meninggal setiap menit karena trauma dan 5,8 juta orang setiap tahunnya karena trauma yang tidak disengaja.

Trauma adalah respons tubuh ketika dihadapkan dengan peristiwa buruk yang dapat membahayakan kondisi fisik maupun mental. Trauma adalah kondisi yang umum terjadi dan bisa dialami oleh siapa saja. Kendati demikian, kondisi ini tetap memerlukan penanganan yang tepat agar tidak menimbulkan efek berkepanjangan yang dapat mengganggu kualitas hidup penderitanya.

Berdasarkan penyebabnya, trauma dikelompokkan menjadi beberapa jenis, yaitu trauma akut, trauma kronis, dan trauma kompleks.

- Trauma akut, yaitu jenis trauma karena peristiwa membahayakan yang terjadi satu kali, seperti kecelakaan atau bencana alam.
- Trauma kronis, yaitu jenis trauma karena kejadian buruk yang terjadi secara terus-menerus, seperti bullying atau kekerasan dalam rumah tangga.
- Trauma kompleks, yaitu jenis trauma yang disebabkan oleh beberapa kejadian traumatis.

Salah satu respons yang umum terjadi saat seseorang mengalami trauma yakni depresi. Depresi merupakan suatu gangguan mood (Sadock, 2007). Mood adalah suasana perasaan yang meresap dan menetap yang dialami secara internal dan yang mempengaruhi perilaku seseorang dan persepsinya terhadap dunia. Kaplan dkk. (2010) berpendapat bahwa gangguan mood adalah suatu kelompok klinis yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat.

Menurut Kaplan dkk (2010) juga disebutkan bahwa gangguan depresi adalah gangguan yang sering dengan prevalensi seumur hidup kira-kira 15 persen, kemungkinan setinggi 25 persen pada wanita. Maslim berpendapat (dalam Suprapti S. Markam 2008) bahwa depresi adalah suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (noradrenalin, serotonin, dopamin) pada sinaps neuron di SSP (terutama pada sistem limbik).

Dari beberapa teori yang telah dipaparkan di atas tentang pengertian depresi dapat disimpulkan bahwa depresi atau gangguan mood yakni suasana perasaan sedih dan cemas yang menetap pada diri seseorang sehingga dapat mempengaruhi perilaku dan persepsi seseorang. Depresi terjadi karena adanya perubahan antara norepinefrin dan serotonin yang merupakan bagian dari neurotransmitter. Keadaan depresi dapat mengakibatkan tubuh seseorang tidak dapat memproduksi hormon adrenalin, sehingga tubuh kurang siap dalam mempertahankan diri.

B. Trauma Selama Proses Kehamilan – Post Partum

Kehamilan merupakan sesuatu yang wajar yang terjadi pada wanita yang produktif. Selama masa kehamilan terjadi perubahan pada ibu baik fisik maupun psikis. Secara umum perubahan fisik selama masa kehamilan ialah tidak haid, membesarnya payudara, perubahan bentuk rahim, perubahan sistem kerja organ tubuh, membesarnya perut, naiknya berat badan, melemahnya relaksasi otot-otot saluran pencernaan, sensitivitas pada penginderaan, serta kaki dan tangan mulai membesar (Pieter & Lubis, 2010). Selama kehamilan, ibu mengalami perubahan fisik dan psikis yang terjadi akibat ketidakseimbangan hormon progesteron dan estrogen yaitu hormon kewanitaan yang ada di dalam tubuh ibu sejak terjadinya proses kehamilan, untuk itu seorang ibu hamil harus mempersiapkan fisik dan psikologisnya

selama proses kehamilan dan persalinan agar berjalan sesuai dengan harapan.

Stres kehamilan adalah salah satu fenomena yang dialami oleh setiap ibu khususnya ibu yang pertama kali mengalami kehamilan yang dipicu oleh adanya prasangka-prasangka buruk yang akan menimpa dirinya ketika akan bersalin berdasarkan pengalaman yang selama ini diperoleh utamanya pengalaman yang dialami langsung selama proses kehamilan, salah satu penyebab terjadinya stres adalah diproduksi adrenalin dan noradrenalin yang memberi dampak pada ibu utamanya pada bayi berupa abortus, dan bayi dengan BBLR, kelahiran bayi prematur sampai pada kematian janin.

Lepasnya hormon-hormon stres tersebut mengakibatkan terjadinya vasokonstriksi sistemik, termasuk diantaranya konstriksi vasa utero plasenta yang menyebabkan gangguan aliran darah di dalam rahim, sehingga penyampaian oksigen ke dalam miometrium terganggu dan mengakibatkan lemahnya kontraksi otot rahim. Dampak buruk yang terjadi pada ibu hamil akibat mengalami stres yaitu perdarahan, eklamsi dan infeksi. Akibat tersebut dapat meningkatkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan jika hal ini dibiarkan terjadi maka angka mortalitas dan morbiditas akan semakin meningkat.

Menjelang proses persalinanpun ibu dapat mengalami stress karena sekitar 95% tenaga kesehatan tidak terlalu memperhatikan kondisi psikis wanita yang sedang hamil tetapi lebih memperhatikan kondisi fisik ibu dan bayi yang akan dilahirkannya (Istikhomah & Suryani, E, 2014). Gejala-gejala stres mencakup sisi fisik dan psikis. Hal ini meliputi nyeri dada, sakit kepala, mual, jantung berdebar, lelah dan sukar tidur. Gejala psikis stres yaitu dan mengganggu stabilitas kehidupan sehari-hari pada ibu hamil (Mumpuni & Wulandari, A, 2010). Stress pada ibu hamil dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti dukungan keluarga, dukungan suami, pengalaman traumatis ibu, tingkat kesiapan personal ibu dan tingkat aktivitas.

Dukungan suami dapat mempengaruhi ibu hamil menjelang persalinan. Merujuk pada teori Buffering Hipotesis yang berpandangan bahwa dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dengan cara melindungi individu dari efek negatif stress. Dukungan yang diberikan pada ibu, terutama dukungan yang diperoleh dari suami akan menimbulkan perasaan tenang, senang, sikap positif terhadap diri sendiri dan kehamilannya sampai saat persalinan tiba (Astria, 2009). Pengalaman yang buruk tentang proses kehamilan atau persalinan yang meninggalkan trauma berat bagi ibu dapat

juga menimbulkan gangguan emosi yang mempengaruhi kehamilannya. Pengalaman traumatis ibu dapat mempengaruhi stres pada ibu hamil, karena terkait dengan aspek psikologis.

Pada ibu yang pertama kali melahirkan, belum ada bayangan mengenai apa yang akan terjadi saat bersalin dan ketakutan karena sering mendengar cerita mengerikan dari teman atau kerabat tentang pengalaman saat melahirkan seperti seorang ibu atau bayi meninggal dan ini akan mempengaruhi persepsi ibu mengenai proses persalinan yang menakutkan. Kesiapan personal ibu yang berkaitan pada masa kehamilannya ialah kemampuannya untuk menyeimbangkan perubahan atas kondisi psikologisnya. Beban fisik dan mental atas kondisi adalah hal yang normal dialami ibu hamil, seperti bentuk tubuh yang melebar dan kondisi emosi yang labil. Namun, terkadang beban seperti ini seringkali diperparah dengan munculnya trauma kehamilan, sehingga masalah yang dihadapi pun semakin kompleks. Ketika seorang ibu mengetahui bahwa dia hamil merupakan hal yang mengejutkan namun meskipun demikian, segala persiapan untuk menjadi orang tua harus direncanakan sedini mungkin bersama-sama dengan pasangan selama kehamilan dan berbeda dengan wanita yang tidak siap dengan kehamilannya.

Data Amerika Serikat Enam hingga delapan persen dari semua ibu hamil mengalami beberapa jenis trauma, dengan frekuensi tertinggi pada trimester terakhir. Meskipun biasanya tidak disengaja, cedera terkadang disebabkan oleh kekerasan yang disengaja. Sekitar 0,3-0,4% ibu hamil mengalami cedera traumatis yang memerlukan rawat inap.

Jatuh menyebabkan lebih dari setengah dari cedera yang dilaporkan selama kehamilan; 51,6% dan 9,5% dari cedera yang dilaporkan dilakukan dengansengaja. Ibu yang melaporkan cedera selama kehamilan lebih mungkin berusia lebih dari 18 tahun dan lebih kecil kemungkinannya berusia 30 tahun atau lebih. Ibu-ibu ini lebih mungkin mengonsumsi alkohol selama kehamilan, merokok selama kehamilan, menderita epilepsi, dan bekerja dibandingkan ibu yang tidak melaporkan cedera.

Trauma pada kehamilan memiliki spektrum yang luas, mulai dari yang ringan (jatuh dari ketinggian atau terbentur laci terbuka di bagian perut) hingga yang berat (cedera tajam atau cedera tumpul yang kuat seperti kecelakaan kendaraan bermotor). Trauma pada kehamilan telah meningkat secara drastis dalam 25 tahun terakhir dan kini menjadi penyebab utama

kematian ibu nonobstetrik di Amerika Serikat. Pada trauma berat, terdapat risiko kematian janin sebesar 40% hingga 50%. Bahkan pada trauma ringan, jika terjadi pada trimester pertama atau kedua, terdapat peningkatan risiko melahirkan bayi prematur atau berat badan lahir rendah. Meskipun jarang ditemui dalam situasi klinis, dokter spesialis kegawatdaruratan, ahli bedah trauma, dan dokter spesialis kandungan dan ginekolog harus menyadari dan siap menangani berbagai komplikasi yang terkait dengan trauma pada kehamilan. Dengan pengetahuan yang memadai tentang fisiologi ibu normal dan pola cedera potensial yang berhubungan dengan kehamilan, dokter yang menangani korban trauma pada ibu hamil dapat lebih siap menanganinya, sehingga mengurangi morbiditas dan mortalitas.

Cedera langsung pada janin relatif jarang terjadi karena jaringan lunak ibu, rahim, plasenta, dan cairan ketuban cenderung menyerap dan mendistribusikan energi benturan. Penyebab kematian janin yang paling umum adalah syok ibu, yang dikaitkan dengan angka kematian janin sebesar 80%. Hal ini menjelaskan mengapa upaya untuk menilai kesejahteraan janin merupakan hal sekunder setelah resusitasi ibu.

Dalam sebuah studi kohort yang disesuaikan, berbasis populasi, dan retrospektif di Kanada yang mengevaluasi hasil resusitasi jantung paru (RJP) pada wanita hamil di unit gawat darurat (UGD), para peneliti mencatat bahwa status trauma merupakan prediktor signifikan hasil selama kehamilan. Wanita hamil memiliki kelangsungan hidup keseluruhan yang lebih baik (36,9%) dibandingkan dengan wanita yang tidak hamil (25,9%), dan ketika tidak ada trauma yang melibatkan wanita yang memerlukan RJP, peluang untuk bertahan hidup setelah RJP secara signifikan lebih baik pada wanita hamil dibandingkan dengan wanita yang tidak hamil. Namun, jika terjadi trauma, tidak ada perbedaan signifikan antara kedua kelompok.

Solusio plasenta merupakan penyebab kematian janin kedua yang paling umum, dengan tingkat kematian janin mencapai 30-68%. Solusio plasenta terjadi ketika gaya geser menyebabkan pemisahan plasenta yang kaku dari uterus yang elastis. Hingga 30-50% pasien dengan cedera traumatis mayor dan sebanyak 5% pasien dengan cedera minor mengalami solusio plasenta setelah trauma. Cedera tumpul pada kehamilan tampaknya tidak menimbulkan risiko kematian yang lebih tinggi daripada pada pasien yang tidak hamil, dengan sebagian besar kematian terjadi akibat cedera kepala atau pendarahan.

Pembunuhan (36%) dan kecelakaan kendaraan bermotor (32%) merupakan cedera paling umum yang mengakibatkan kematian. Luka tembus dapat melukai janin sebanyak 70% dari kasus trimester ketiga dan menyebabkan cedera organ dalam pada ibu sebanyak 19% kasus. Angka kematian janin dan morbiditas ibu secara keseluruhan masih sangat tinggi (masing-masing 73% dan 66%) setelah cedera tembus perut.

Dalam tinjauan retrospektif (2009-2012) tentang hasil ibu-janin setelah kecelakaan kendaraan bermotor pada 728 wanita hamil di Kuwait, peneliti mencatat penyebab utama hasil buruk pada 648 wanita (89%) termasuk solusio plasenta (58,8%), persalinan prematur (40%), dan ruptur uteri (1,6%). Kematian ibu terjadi pada 100 (13,7%) dan kematian janin pada 78 (10,7%). Hanya 44,8% dari kunjungan prenatal yang mencakup konseling penyedia layanan prenatal mengenai penggunaan sabuk pengaman. Wanita yang mengenakan sabuk pengaman selama kecelakaan mengalami cedera ringan/terkilir.

Cedera tembus memiliki angka kematian perinatal sebesar 40-70%, meskipun angka kematian ibu lebih rendah dibandingkan pasien yang tidak hamil karena adanya efek perlindungan rahim yang besar dan berotot pada organ visceral ibu.

Dalam satu studi perkotaan, kekerasan menyebabkan 57% kematian ibu (48% pembunuhan, 9% bunuh diri). Peneliti dalam studi lain melaporkan angka kematian ibu sebesar 7% akibat kecelakaan mobil yang serius dan angka cedera sebesar 14% pada ibu yang selamat.

Komplikasi trauma kehamilan meliputi hal berikut:

1. Eksanguinasi: peningkatan dramatis dalam aliran darah uterus (60 hingga 600 mL/menit) dapat mengakibatkan eksanguinasi cepat jika terjadi avulsi pembuluh uterus atau ruptur uterus.
2. Perdarahan retroperitoneal: komplikasi umum dari fraktur panggul akibat peningkatan besar dalam vaskularitas akibat kehamilan.
3. Ruptur uterus: pembesaran uterus membuatnya rentan terhadap trauma abdomen langsung. Komplikasi langka ini diperkirakan terjadi pada 0,6% cedera traumatis. Ruptur uterus dikaitkan dengan tingkat kematian janin yang mendekati 100%. Kematian ibu sebesar 10% biasanya merupakan akibat dari cedera terkait.
4. Pecahnya selaput ketuban dapat menyebabkan korioamnionitis, persalinan prematur, dan prolaps tali pusat.

5. Emboli cairan ketuban (dapat menyebabkan sindrom gangguan pernapasan akut)

Abruptio plasenta merupakan komplikasi yang paling ditakutkan dalam kasus trauma. Abruptio plasenta terjadi pada 38-66% kasus cedera mayor dan 2-4% kasus cedera minor. Abruptio plasenta merupakan penyebab kematian janin yang paling umum ketika ibu selamat dari trauma. Abruptio plasenta dapat tertunda hingga 24-48 jam setelah kejadian traumatis.

Diagnosis dibuat dengan 2 dari 3 kriteria berikut:

1. Perut tegang dengan hipotonia uterus
2. Hipertensi atau hipotensi ibu
3. Bukti ultrasonografi dari abruptio

Pengalaman melahirkan berbeda bagi setiap ibu, namun umumnya ibu melahirkan akan mengalami berbagai perubahan fisik maupun psikologis sebagai dampak dari proses kelahiran. Dampak fisik misalnya adalah perut buncu dan menggembung, munculnya stretchmark di berbagai bagian tubuh seperti perut, payudara, bokong, atau kaki; payudara dan kaki terasa bengkak juga nyeri, vagina terasa lebih lebar dan sebagainya. Hal ini tak pelak memunculkan masalah psikologis. Banyak ibu dengan pengalaman melahirkan anak pertama (Primipara) belum dapat menerima sepenuhnya kenyataan akan perubahan "bentuk" dirinya, yang kemudian membuatnya kecewa, sedih, merasa tidak percaya diri atau tidak lagi menarik. Hadirnya anak pertama yang dilahirkan juga turut menyumbang bagi kondisi psikologis ibu. Bayi yang masih sangat bergantung pada ibu sehingga kegiatan menyusui, menggendong, memandikan atau menidurkan seringkali membuat ibu merasa sangat kelelahan, belum lagi ibu perlu menyesuaikan dengan jam tidur bayinya dan aktivitas lain sebagai istri atau pekerja. Adanya perubahan fisik ibu maupun perubahan kehidupan karena kelahiran dapat memunculkan rasa bahagia sekaligus beban yang baru sehingga ibu dimungkinkan mengalami permasalahan dalam menghadapi beban yang dialami (Mulyati & Silvia Khoerunisa, 2019). Hal eksternal lain seperti tuntutan suami, orang tua atau keluarga besar terhadap peran baru sebagai ibu dapat menjadi tambahan stressor bagi ibu. Kondisi-kondisi tersebut rentan membuat ibu primipara mengalami postpartum blues. Postpartum blues atau yang oleh masyarakat lebih sering dikenal dengan istilah baby blues merupakan suatu gangguan psikologis yang dialami ibu pada masa

postpartum yang ditandai beberapa gejala seperti perubahan mood, merasa terlalu emosional, mudah menangis, letih, serta bingung dan pikiran kacau (Adila et al., 2019), ini merupakan sindroma stress ringan pasca melahirkan yang dialami oleh ibu dalam rentang 3-10 hari namun jika tidak tertangani dengan tepat hal ini rentan berkembang menjadi penyakit/gangguan mental postpartum depression atau postpartum psychosis (Ernawati et al., 2020).

Mengacu pada data WHO yang dilansir dalam BBC News Indonesia (BBC News Indonesia, 2021), sekitar 10% wanita hamil dan 13% wanita yang baru melahirkan mengalami gangguan mental, terutama depresi. Angka kejadian postpartum blues di Asia cukup tinggi antara 26-85%, sedangkan di Indonesia angka kejadian postpartum blues berada di rentang 50-70% (Mardhatillah RMP et al., n.d.). Penelitian yang dilakukan oleh Edward (2017) angka kejadian postpartum blues di Indonesia mencapai 23%, sedangkan skrining dengan menggunakan EPDS didapatkan bahwa 14-17% wanita postpartum beresiko mengalami postpartum blues (Aryani, 2022). Ibu primipara merupakan kelompok yang paling rentan mengalami depresi postpartum dibanding ibu multipara atau grandemultipara. Postpartum blues pada ibu primipara dapat dipicu oleh perasaan belum siap menghadapi lahirnya bayi dan timbulnya kesadaran akan meningkatnya tanggung jawab sebagai ibu (Desfanita et al., 2015)

Faktor-faktor postpartum blues yang terjadi pada ibu pasca melahirkan yaitu penyesuaian diri, coping stress, dan dukungan sosial (Ningrum, 2017). Penelitian lain menyebutkan bahwa faktor-faktor biopsikososial sebelum dan setelah melahirkan berpengaruh pada terjadinya postpartum blues. Adanya kerentanan biologis, kerentanan psikologis, situasi stresfull, dan kurangnya dukungan sosial sangat berpengaruh bagi berkembangnya postpartum blues pada seorang ibu (Kumalasari et al., 2019).

Penelitian mengenai postpartum blues sendiri saat ini lebih banyak dilakukan secara kuantitatif, sehingga dinamika dan penghayatan mendalam mengenai fenomena ini belum sepenuhnya terjelaskan, padahal ini perlu dilakukan agar diperoleh pemahaman yang kelak sebagai berikut: Pertama, membuat transkrip data verbatim, selanjutnya dilakukan proses analisa terhadap transkrip data tersebut, Langkah terakhir adalah membuat unit-unit makna yang ditransformasikan menjadi deskripsi psikologis untuk masing-masing partisipan (tema-tema psikologis), selanjutnya dibuat suatu sintesis

(penyatuan) untuk seluruh deskripsi psikologis (tematema psikologis) dan akhirnya sampai pada esensi dari pengalaman seluruh partisipan.

Menurut the Committee on Trauma of the American College of Surgeons trauma pada ibu hamil terjadi pada 6% sampai 7% dari seluruh kehamilan, dan merupakan sebab terbesar kematian ibu. Penyebab terbanyak trauma pada ibu hamil adalah kecelakaan lalu lintas (MVCs, motor vehicle crashes sebanyak 42%, disusul dengan jatuh (falls, 34%), serangan (assaults, 18%) dan luka bakar (burns, <1%). Insidensinya meningkat seiring meningkatnya usia kehamilan. Lebih dari separoh trauma terjadi pada trimester ketiga, dengan kecelakaan lalu lintas menduduki 50%, sedang jatuh dan serangan masing-masing 22%, meskipun data ini dianggap underestimates, karena banyak trauma pada ibu hamil yang tidak masuk dalam trauma center. Jenis trauma adalah serangan dari partner dekat atau kekerasan dalam rumah tangga (intimate partner violence, IPV 3,3%), bunuh diri (3,3%), pembunuhan dan luka tembak sebesar 4%. Akibat yang timbul karena trauma pada kehamilan. Akibat yang timbul dari sebuah trauma tergantung pada umur kehamilan, jenis, intensitas (berat atau ringan) dan letak trauma.

Trauma mayor dapat terjadi karena beberapa kejadian seperti luka tusuk atau ledakan, luka tumpul yang keras baik di luar regio abdomen maupun yang mengenai abdomen, pukulan yang mengenai tulang belakang, luka bakar >20%, kecelakaan lalu lintas yang serius, fraktur tulang panggul atau tulang panjang lebih dari dua. Keadaan seperti ini sebagian besar terjadi karena kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian >3 meter, terkena ledakan, atau terkena proyektil. Pada trauma minor perhatian utama adalah pada kesejahteraan janin (fetal wellbeing). Bila rekaman kardiotokografi normal, kondisi ibu stabil, tidak ada kontraksi, hasil pemeriksaan laboratorium juga dalam batas normal, tidak ada perdarahan vaginal, tidak ada rembesan air ketuban maka ibu dapat dipulangkan. Ibu harus segera dikonsultasikan dengan ahli obstetrik karena risiko fetal demise, kelahiran prematur, placental abruption dan BBLR meningkat. Pada kehamilan muda (trimester pertama), trauma mayor yang mengenai perut bisa terjadi karena jatuh dengan perut mengenai tanah atau lantai, dan bisa juga karena pukulan atau sebuah tendangan langsung pada perut. Meskipun kejadiannya jarang trauma semacam ini bisa mengakibatkan terjadinya keguguran (abortus, miscarriage). Tanda yang utama adalah perdarahan vaginal, kontraksi rahim

disertai dengan keluarnya produk kehamilan. Terapi tergantung kondisi klinis ibu dan hasil konsepsi, secara umum tindakan kuretase cukup memadai.

C. Pencegahan Trauma

Dengan adanya rasa trauma pada seseorang adapun pencegahan trauma yang dimana contoh kasus dalam pencegahan trauma yaitu trauma perineum didefinisikan sebagai kerusakan bodi/perineum yang terjadi selama proses persalinan, baik secara spontan atau karena episiotomi. Sebuah penelitian di Inggris menunjukkan sekitar 85% dari perempuan yang melahirkan akan mengalami trauma pada perineum. Lebih dari dua-pertiga perempuan tersebut memerlukan penjahitan. Lebih dari itu, laserasi pada perineum setelah melahirkan juga akan melemahkan otot panggul. Akibatnya trauma perineum akan mempengaruhi keadaan fisik, psikologis, dan kehidupan sosial perempuan langsung setelah melahirkan maupun dalam jangka panjang. Efek merugikan yang mungkin terjadi termasuk nyeri saat berhubungan seksual, inkontinensia urin/feses, dan nyeri perineal persisten. Sebesar 22% ibu baru melaporkan adanya keluhan seperti nyeri perineum pada minggu kedelapan pasca melahirkan, dan pada beberapa wanita, nyeri dapat bertahan selama satu tahun atau lebih. Kemungkinan rasa nyeri pada perineum dan masalah seksual pada periode postpartum lebih jarang terjadi pada wanita dengan perineum yang utuh/intak. Baru-baru ini, beberapa studi menunjukkan bahwa pijat perineum dapat mengurangi nyeri perineum dan secara umum dapat diterima dengan baik oleh perempuan. Efek menguntungkan pijat perineum dalam mencegah trauma perineum.

Pijat perineum terbukti mengurangi terjadinya trauma perineum dalam dua studi yang terkendali. Namun, pada kedua studi ini mempunyai kelemahan metodologi yang serius. Pertama, sejumlah besar perempuan dikeluarkan dari analisis, dan yang kedua, peserta memilih kelompok penelitian mereka sendiri. Dalam sebuah penelitian deskriptif retrospektif, Davidson dkk. mengevaluasi ada hubungan antara faktor yang berbeda dengan laserasi perineum. Mereka menemukan bahwa pijat perineum antenatal dikaitkan dengan trauma perineum yang lebih sedikit pada dua kelompok wanita: a) primipara dan b) wanita multipara dengan satu kelahiran yang sebelumnya melalui episiotomi. Selain itu, pijatan perineum juga dihubungkan dengan terjadinya penurunan laserasi pada wanita multipara dengan satu kelahiran sebelumnya yang tidak mengalami episiotomi.

Studi *nonrandomized controlled* lain menunjukkan bahwa pijat perineum yang dilakukan selama kehamilan tidak menunjukkan efek yang merugikan pada kemungkinan terjadinya trauma perineum. Kegagalan untuk mencapai hasil yang signifikan secara statistik dapat dikarenakan kecilnya sampel wanita yang masuk dalam penelitian ini ($n=121$), serta desain penelitian yang *nonrandomized*. Penelitian observasional prospektif terbaru dari Eogan dkk. menunjukkan bahwa nyeri perineum pasca melahirkan jauh berkurang pada kelompok wanita yang dilakukan pijat perineum antenatal dibandingkan dengan kontrol ($P=0,029$). Kejadian melahirkan dengan perineum yang intak lebih besar pada wanita di atas usia 30 tahun pada kelompok dengan pemijatan dibandingkan kontrol, meskipun dalam penelitian ini dampaknya tidak signifikan secara statistik.

Penelitian terbaru yang diterbitkan dalam *The Cochrane Database of Systematic Reviews* termasuk tiga penelitian *randomized* yang terkontrol dengan melibatkan 2.434 perempuan. Labrecque dkk. melaporkan studi mereka yang hanya melibatkan 46 wanita. Labrecque dkk. dan Shipman dkk. mempelajari hanya pada perempuan yang persalinan sebelumnya perabdominal. Labrecque dkk. juga mempelajari perempuan dengan atau tanpa kelahiran pervaginam sebelumnya dan dilakukan *randomized* yang kemudian dikelompokkan berdasarkan paritas. Semua percobaan meliputi pemijatan dengan jari yang dilakukan oleh wanita hamil sendiri atau pasangannya. Temuan utama dari tinjauan sistematis tersebut adalah bahwa pijat perineum antenatal dikaitkan dengan pengurangan secara keseluruhan dalam kejadian trauma yang memerlukan penjahitan. Penurunan ini secara statistik mempunyai makna signifikan hanya untuk wanita yang sebelumnya persalinan perabdominal. Wanita yang dilakukan pemijatan perineum memiliki kecenderungan yang kurang untuk mengalami episiotomi. Tidak ada perbedaan mengenai derajat trauma perineum, derajat satu, dua, tiga, atau empat. Hanya perempuan yang sebelumnya melahirkan pervaginam yang dilaporkan mengalami penurunan secara signifikan adanya rasa nyeri pada 3 bulan postpartum pada satu penelitian yang melibatkan 376 perempuan dengan RR 0,68 (95% CI 0,50-0,91).

Tidak ada perbedaan signifikan yang diamati pada kejadian partus dengan instrument, kepuasan seksual, atau inkontinensia urine/feses/flatus untuk setiap wanita yang dilakukan pemijatan perineum dibandingkan dengan mereka yang tidak dilakukan pemijatan. Sebuah penelitian

randomized terkontrol mengevaluasi efektivitas pijat perineum selama kehamilan pada wanita primipara yang dilakukan oleh Shimada dan diterbitkan dalam bahasa Jepang. Dalam penelitian tersebut, 63 perempuan secara acak dimasukkan ke dalam grup dengan intervensi (30 perempuan) dan kelompok kontrol (33 perempuan). Tingkat episiotomi pada kelompok dengan intervensi berkurang 21%, yang mana tidak bisa dikatakan mengalami penurunan yang signifikan secara statistik. Adapun perbandingan derajat cedera perineum, perempuan dalam kelompok dengan pijat perineum memiliki kemungkinan cedera lebih kecil dibandingkan pada kelompok kontrol. Pemijatan yang dilakukan dalam minggu-minggu terakhir kehamilan tidak memberikan efek yang merugikan atau secara substansial mampu melindungi fungsi perineum pada 3 bulan postpartum.

Paper yang dibuat oleh Mei dan dkk, yang dimuat pada edisi IMAJ menggambarkan percobaan klinis prospektif terkontrol yang dilakukan di Soroka University Medical Center di Beer Sheva. Para penulis membandingkan dua kelompok wanita nulipara: kelompok intervensi terdiri dari 99 perempuan yang memilih untuk bergabung dengan grup ini, dan kelompok kontrol terdiri dari 104 perempuan yang direkrut kebanyakan di ruang bersalin sebelum persalinan. Dan setelah verifikasi yang tidak melakukan pemijatan selama kehamilan.

Perempuan dalam kelompok intervensi diminta untuk melakukan pijat perineum setiap hari mulai dari minggu ke-34 kehamilan. Ada perbedaan yang signifikan secara statistik dalam parameter dasar dari kelompok. Usia ibu rata-rata pada kelompok intervensi secara signifikan lebih tinggi daripada di kelompok kontrol (27,6 tahun dan 25,4 tahun), $P < 0,05$). Usia kehamilan rata-rata saat melahirkan dan rata-rata berat badan lahir janin juga lebih besar pada kelompok pijat (39,3 vs 38,9 minggu, $P = 0,03$); dan 3237 vs 3130 g, $P = 0,06$).

Perempuan dalam kelompok intervensi lebih banyak membutuhkan persalinan dengan vakum ekstraksi dan operasi caesar dibandingkan dengan kontrol. Di sisi lain, ditemukan tidak ada perbedaan jumlah episiotomi secara keseluruhan antara kedua kelompok. Dengan mempertimbangkan kondisi dasar inferior kelompok intervensi, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pijat perineum pada minggu-minggu terakhir kehamilan memang memiliki efek yang menguntungkan dengan mengurangi tingkat episiotomi. Para semua penelitian tersebut menekankan bahwa pijat perineum pada minggu

minggu terakhir kehamilan tidak berbahaya.

Dengan mempertimbangkan hasil *Cochrane Systematic Review*, wanita hamil, terutama mereka yang persalinan sebelumnya tidak pervaginam, harus dibuat sadar akan manfaat kemungkinan pijat perineum dan harus diberikan informasi tentang cara untuk melakukan pemijatan perineum tersebut. Pada penelitian Zare O dkk. terhadap kelompok nullipara partus spontan pijat perineum (n=45) dan kontrol (n=100) tidak didapatkan perbedaan bermakna secara statistik. Pada kelompok pijat perineum didapatkan kejadian intak perineum (22.2%), episiotomy (44.4%) dan laserasi (33.3%), sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan intak perineum (20,2%), episiotomi (49,3%) dan laserasi (28,3%). Pada kedua kelompok tidak didapatkan laserasi perineum grade 2, 3 dan 4.

Berikut upaya pencegahan depresi pasca persalinan pada wanita postpartum:

1. *Spiritual management of relaxation therapy* (SMARTER) untuk mencegah depresi ibu postpartum. Dari keseluruhan artikel yang dianalisis terdapat satu artikel yang membahas terkait upaya pencegahan depresi pada ibu postpartum melalui intervensi *spiritual management of relaxation therapy* (SMARTER). Intervensi *spiritual management of relaxation therapy* (SMARTER) merupakan sebuah metode yang menggabungkan antara spiritual dan psikologi yang menghubungkan manusia dengan Tuhannya, dalam bentuk doa dan zikir serta kepercayaan. Tujuannya adalah untuk membangkitkan harapan, rasa percaya diri sehingga dapat mempercepat penyelesaian masalah fisik/psikis pasien. Cara kerja dari intervensi *spiritual management of relaxation therapy* (SMARTER) ini adalah dengan memadukan berbagai metode diantaranya *spiritual emotional freedom technique* (SEFT) dan *pencerahan qolbu padang lampe* (PQPL) guna memberikan edukasi dan pelayanan kepada masyarakat untuk memberikan rasa rileks, rasa tenang, serta merasa bersemangat kembali dengan memberikan gerakan- gerakan sederhana yang dilakukan untuk membantu menyelesaikan masalah sakit fisik maupun psikis, meningkatkan kinerja serta meraih kedamaian hidup. Dalam penelitian ini, intervensi ini terbukti efektif sebagai langkah pencegahan depresi pasca persalinan karena dapat mempengaruhi tingkat depresi dari ibu postpartum. Hal ini dibuktikan melalui hasil penelitian yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan penurunan tingkat depresi ibu postpartum sebelum dan sesudah intervensi SMARTER

antara kelompok intervensi dan kontrol dengan nilai p-value 0,000. Sehingga dapat disimpulkan bahwa intervensi ini dapat mencegah atau mengurangi depresi pada ibu postpartum dimana hal ini juga dapat dilihat pada kelompok intervensi yang didominasi ibu postpartum yang mengalami gejala dengan batas depresi borderline dan setelah intervensi SMARTER berubah menjadi gangguan mood ringan.

2. *Moderate physical activity in an aquatic environment during pregnancy* (SWEP Study) untuk mencegah depresi postpartum. Dari keseluruhan artikel yang dianalisis terdapat satu artikel yang membahas terkait pencegahan depresi postpartum melalui intervensi *moderate physical activity in an aquatic environment during pregnancy* (SWEP Study). Intervensi *moderate physical activity in an aquatic environment during pregnancy* (SWEP Study) merupakan latihan fisik di lingkungan akuatik yang dilakukan dari minggu ke 20 hingga 37 kehamilan dengan tiga sesi 1 jam dilakukan setiap minggunya berdasarkan latihan yang dijelaskan dalam metode SWEP (Aguilar-Cordero et al., 2016). Tujuannya adalah dengan adanya intervensi ini perubahan fisik dan psikologis selama kehamilan dapat dikontrol dengan mudah. Cara kerja intervensi *moderate physical activity in an aquatic environment during pregnancy* (SWEP Study) ini adalah dengan melakukan aktivitas fisik yang terjadwal dimana di setiap sesinya terdiri dari tiga fase, yaitu pemanasan; fase utama, di mana aktivitas dibagi menjadi sesi aerobik diikuti dengan latihan kekuatan dan daya tahan; dan terakhir peregangan dan relaksasi. Dalam penelitian ini, intervensi ini terbukti efektif sebagai langkah pencegahan depresi postpartum karena dapat menurunkan skor depresi dibandingkan wanita yang tidak banyak bergerak atau tidak melakukan latihan fisik. Hal ini dibuktikan melalui hasil penelitian yang menunjukkan rata-rata skor *edinburgh postnatal depression scale* (EPDS) di antara wanita yang tidak melakukan aktivitas fisik adalah $10,17 \pm 2,38$. Di antara mereka yang mengikuti metode SWEP, nilai yang sesuai adalah $6,41 \pm 3,68$. Jadi, rata-rata *exercise group* (EG) mencetak 3,76 poin lebih sedikit pada skala ini daripada wanita di *control group* (CG) dengan $p < 0.001$, sehingga mereka yang melakukan latihan fisik memiliki risiko DPP yang lebih rendah. Sehingga dapat disimpulkan bahwa intervensi ini menunjukkan bahwa latihan fisik moderat di lingkungan akuatik, selama kehamilan, dapat mengurangi gejala DPP.

3. IMD untuk mengurangi risiko DPP. Dari keseluruhan artikel yang dianalisis terdapat satu artikel yang membahas terkait upaya pencegahan depresi pasca persalinan melalui aplikasi inisiasi menyusui dini. IMD merupakan tindakan menaruh bayi yang baru dilahirkan di atas perut ibu untuk membuat bayinya bergerak dan mencari puting susu ibunya. Tujuan dilakukannya IMD ini adalah meningkatkan hubungan batin antara ibu dan bayi melalui kontak kulit secara langsung. Aplikasi IMD ini dapat memberikan manfaat yang positif baik bagi ibu maupun bayinya. Bagi bayi, IMD ini akan merangsang pengeluaran kolostrum, sehingga bayi dapat meminum ASI terbaik berkualitas tinggi yang dapat memberikan kekebalan tubuh bayi dengan kuantitas yang optimal. Selain itu manfaat bagi bayi juga dapat membantu mengkoordinasikan kemampuan bayi untuk menghisap, menelan serta bernafas, lalu untuk mencegah kehilangan panas, dan memperkuat refleks menghisap bayi. Lalu bagi ibu, IMD ini dapat merangsang produksi oksitosin yang dapat mempercepat proses involusi uteri dan mencegah perdarahan pasca persalinan. Dalam penelitian ini, intervensi IMD ini terbukti efektif sebagai langkah pencegahan depresi pasca persalinan karena ketika ibu dan bayi melakukan kontak kulit secara langsung itu dapat meningkatkan kenyamanan pada kedua belah pihak dan membantu mengaktifkan produksi endorphine. Endorphine merupakan hormon zat penenang yang diproduksi secara alami oleh tubuh yang juga dapat berfungsi sebagai hormon kebahagiaan karena dapat menurunkan kecemasan dan nyeri dan menimbulkan perasaan senang. Sehingga apabila setelah melahirkan, ibu langsung dilakukan IMD, ini dapat membantu menurunkan perasaan depresi yang dialami ibu. Dan hal ini juga dibuktikan melalui hasil penelitian yang dilakukan oleh Karyati (2014) dimana hasil penelitiannya menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara skor depresi pada ibu yang dilakukan IMD dengan ibu yang tidak dilakukan IMD. Dimana rata-rata skor depresi ibu yang tidak dilakukan IMD lebih tinggi (6,03) dibandingkan ibu yang dilakukan IMD (4,32). Sehingga dapat disimpulkan bahwa dengan dilakukannya IMD pada ibu postpartum itu dapat membuat risiko ibu untuk mengalami DPP jadi lebih kecil.
4. Konseling untuk menurunkan DPP. Dari keseluruhan artikel yang dianalisis terdapat satu artikel yang membahas terkait upaya

pengurangan tingkat depresi melalui intervensi konseling. Intervensi konseling yang dimaksud adalah kegiatan psikoedukasi untuk memberikan informasi secara objektif, lengkap, dan sistematis dengan menggunakan panduan keterampilan komunikasi interpersonal, teknik bimbingan, dan penguasaan pengetahuan klinik yang sudah memadai kepada wanita yang sedang hamil di trimester 3 dan mengalami depresi karena cemas akan persalinannya. Tujuannya adalah untuk membantu ibu untuk mengenali kondisi dan masalahnya yang sedang dihadapi, lalu kemudian dibantu untuk mencari solusi atau jalan keluar dari permasalahan tersebut. Konseling ini dilakukan selama 60 menit, melalui 1 kali pertemuan pada ibu hamil trimester ketiga. Dalam penelitian ini, intervensi ini terbukti efektif sebagai langkah pengurangan tingkat depresi pasca persalinan karena hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok yang diberikan intervensi (14,28) memiliki rata-rata skor depresi yang lebih tinggi dibandingkan kelompok yang tidak diberikan intervensi (5,92). Yang artinya penurunan skor depresi lebih signifikan terjadi pada kelompok yang diberikan intervensi konseling, daripada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi konseling. Sehingga darisana dapat disimpulkan bahwa intervensi konseling dapat membantu untuk menurunkan tingkat depresi pasca persalinan pada ibu postpartum karena dengan adanya konseling itu merupakan salah satu bentuk dukungan yang dapat diberikan juga pada wanita postpartum untuk mendampingi mereka dalam menghadapi permasalahan yang sedang dialami dengan cara memberikan informasi-informasi yang diperlukan oleh wanita postpartum secara sistematis. Sehingga ketika wanita postpartum mendapatkan informasi untuk mengatasi masalahnya dari konsultasi, itu dapat menurunkan tingkat kecemasan wanita postpartum, sehingga depresi pun bisa menurun.

5. *Massage terapi effleurage* untuk mencegah gejala depresi postpartum. Dari keseluruhan artikel yang dianalisis terdapat satu artikel yang membahas terkait terapi effleurage melalui intervensi pijat yang dilakukan rutin setiap hari guna menurunkan atau mencegah gejala depresi. Intervensi effleurage adalah bentuk teknik pijatan dengan menggunakan telapak tangan yang memberikan tekanan lembut pada bagian atas tubuh dengan menggerakkan melingkar berulang kali. Tujuan dari terapi pijat ini adalah berkurangnya tingkat stres, terbukti dengan

berkurangnya hormon stres (kortisol, adrenalin dan noradrenalin), dan membuat tidur lebih lelap. Masase dalam hal ini merupakan manipulasi dari struktur jaringan lunak yang dapat menenangkan serta mengurangi stress psikologis dengan meningkatkan hormone morphin endogen seperti endorphen, enkefalin dan endorfin sekaligus menurunkan kadar stress hormon seperti hormon cortisol, norepinephrine dan dopamine. Setelah dilakukan massage effleurage seluruh responden memiliki psikologis normal artinya tidak ada kemungkinan depresi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Murwati dan Henik Istiqomah (2015), yang berarti "Ada perbedaan skor depresi postpartum yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan massage therapy". Sehingga dapat disimpulkan bahwa intervensi ini efektif dalam mencegah depresi postpartum pada ibu pasca melahirkan.

6. *Intervensi exercise dan wellness* untuk mencegah kejadian depresi postpartum dan mengurangi stress. Dari keseluruhan artikel yang dianalisis terdapat satu artikel yang membahas terkait *exercise and wellness* melalui intervensi sambungan telepon yang diberikan setiap hari untuk mendorong ibu hamil untuk melakukan olahraga dengan waktu minimal yang telah ditentukan, serta pendidikan kesehatan atau wellness terkait dengan kesehatan dan kesejahteraan termasuk pencegahan stres, manajemen waktu, tidur yang sehat, mengatasi kelelahan, manajemen berat badan, nutrisi, dan menciptakan rumah yang aman untuk bayi yang dapat membantu mengurangi stres bagi peserta. Hasil menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi, tingkat depresi sangat rendah di antara ibu nifas. Olahraga dapat membantu menurunkan stres yang dirasakan tingkat di antara wanita yang berisiko mengalami depresi pasca melahirkan. Hal ini dikarenakan olahraga yang cukup setiap hari pada ibu pasca melahirkan dapat meredakan stres dan memperbaiki suasana hati (mood) dengan meningkatkan produksi hormon endorfin atau hormon bahagia di dalam tubuh. Selain itu, intervensi kesehatan mungkin efektif untuk menurunkan gejala depresi. Karena studi ini besar dan cukup bertenaga untuk mendeteksi perbedaan antar kelompok, ada kemungkinan bahwa olahraga saja tidak cukup untuk mencegah depresi postpartum. Karena depresi dapat dimulai selama kehamilan, penelitian lebih lanjut adalah dibutuhkan yang menargetkan depresi selama kehamilan hingga pasca persalinan.

D. Penyembuhan Trauma

Advanced Trauma Life Support (ATLS) memberikan pendekatan sistematis dalam menangani pasien trauma, untuk memastikan kondisi yang mengancam jiwa telah dinilai dan ditangani. Prinsip *advanced trauma life support* baik pasien belum hamil atau sudah cukup bulan, tetap sama. Seperti biasa, merawat pasien ibu, pada gilirannya, akan merawat janin. Perawatan dini terbaik untuk janin adalah resusitasi optimal pada ibu. Setelah menentukan graviditas, konsultasi dengan dokter kandungan sangat penting—hampir semua pasien perempuan berusia antara 10 dan 55 tahun memerlukan pengujian *Beta-Human Chorionic Gonadotropin* (HCG). Pemindahan ke pusat trauma yang tepat dengan perawatan khusus obstetri yang sesuai telah menunjukkan hasil yang lebih baik pada ibu dan bayi baru lahir pasca-cedera dibandingkan dengan pusat nontrauma.

Posisi pasien untuk menghindari atau meringankan sindrom kompresi aortocaval, yang juga dikenal sebagai sindrom hipotensi terlentang, mungkin diperlukan. Oleh karena itu, wanita pada trimester kedua dan ketiga harus dibaringkan miring ke kiri dengan tonjolan atau gulungan 15 derajat di belakang mereka sebagai penyangga untuk membantu memindahkan rahim dari kompresi vena cava, meningkatkan aliran balik vena dan dengan demikian curah jantung.

Golongan darah Rh pasien harus dicari. Jika ibu negatif, ada kemungkinan mengembangkan iso-imunisasi dan membahayakan kehamilan lebih lanjut. Imunoglobulin Rh (RhoGham) harus diberikan tanpa memperhatikan mekanismenya, termasuk jatuh dari berdiri, karena sensitisasi Rh ibu terjadi pada 0,01-0,03 ml pada 70% pasien Rh-negatif. Dosis Imunoglobulin Rh bergantung pada usia kehamilan. Pada usia kehamilan kurang dari 12 minggu, 150 mcg diindikasikan. Pada lebih dari 12 minggu, 300 mcg diindikasikan. Jumlahnya perlu ditingkatkan jika perdarahan fetomaternal ditandai pada trauma abdomen tumpul yang masif. Tes Klei-Hauer Betke menentukan hal ini. Tes ini adalah uji elusi asam pada darah yang diambil dari pasien ibu. Setelah melisiskan sel dengan asam, ia menunjukkan jumlah darah janin dalam sistem ibu. Perlu dicatat bahwa tes ini memiliki ambang batas perdarahan ibu-janin sebesar 5 ml, tetapi iso-imunisasi dapat terjadi pada 0,01 ml. Oleh karena itu, tes ini harus digunakan bukan untuk menentukan apakah tetapi untuk menentukan seberapa banyak Imunoglobulin Rh tambahan yang diperlukan.

Tanda-tanda vital ibu kurang sensitif. Jika terjadi hipotensi, investigasi dan pengobatan segera harus dilakukan. Dalam kasus syok hipovolemik, ibu mengalihkan darah dari janinnya. Lebih jauh, plasenta sangat sensitif terhadap katekolamin dan vasopresor. Oleh karena itu, pengisian intravaskular agresif dini dan resusitasi volume sangat penting, dan hipotensi permisif harus dihindari pada populasi ini.

Demikian pula, vasopresor harus digunakan saat tidak hamil dengan pengetahuan bahwa hal ini akan semakin mengganggu aliran darah plasenta. Sama halnya dengan wanita yang tidak hamil, resusitasi produk darah harus dilakukan dengan rasio komponen 1:1:1. Dalam kasus perdarahan hebat dalam waktu 3 jam setelah trauma, asam traneksamat (TXA) dianggap aman dan juga harus digunakan. Bagi mereka yang memerlukan akses vena sentral yang mendesak, kateter femoralis harus dihindari jika memungkinkan, lagi-lagi karena potensi kompresi uterus pada vena cava yang mengurangi aliran balik vena. Pertimbangan khusus juga harus diberikan pada mereka yang memerlukan pemasangan tabung torakostomi. Pada tahap akhir kehamilan, diafragma dapat naik hingga 4 cm tambahan. Dengan demikian, dokter yang memasukkan harus merencanakan lokasi pemasangan 1 hingga 2 ruang interkostal lebih tinggi daripada pemasangan tradisional untuk menghindari penempatan intra-abdomen pada pasien yang tidak hamil untuk laparotomi eksplorasi yang sama pada pasien hamil seperti pada korban trauma yang tidak hamil. Namun, penting untuk dicatat bahwa laparotomi saja bukan merupakan indikasi untuk operasi caesar. Selama laparotomi, rahim harus ditangani dengan hati-hati, berhati-hatilah agar tidak memutar atau memberikan tarikan yang berlebihan, karena hal ini dapat menyebabkan potensi gangguan vaskular. Dengan resusitasi yang memadai, janin akan mentoleransi prosedur operasi dengan baik. Dengan demikian, dokter kandungan harus siap sedia dan datang tepat waktu untuk eksplorasi.

Hampir 25% pasien trauma dengan janin yang hidup mungkin mengalami persalinan prematur dan hampir 40% mengalami kontraksi. Persalinan prematur, secara umum, harus ditangani dengan protokol obstetrik standar. Di samping kematian ibu, solusio plasenta adalah penyebab kematian janin paling umum berikutnya. Denyut jantung janin yang tidak meyakinkan dengan bukti klinis mengenai solusio plasenta menjamin operasi caesar darurat. Selain solusio plasenta, fraktur panggul atau tulang belakang yang parah, malposisi janin dengan persalinan

prematur, koagulasi intravaskular diseminata ibu, dan uterus gravid saat mengganggu paparan potensi cedera/paparan selama laparotomi semuanya merupakan indikasi untuk operasi caesar darurat. Rahim diekspos melalui seliotomi vertikal garis tengah. Rahim itu sendiri diiris vertikal dengan gunting, mengekspos kepala bayi dengan penghisapan segera orofaring saat bayi dilahirkan. Tali pusat kemudian dijepit dan dibagi. Plasenta kemudian dikeluarkan secara manual dengan pemeriksaan endometrium untuk memastikan tidak ada selaput yang tertahan. Rahim kemudian ditutup berlapis-lapis dengan jahitan yang dapat diserap. Oksitosin (pitocin) dapat diberikan untuk pendarahan pascapersalinan. Pertimbangan khusus:

1. Toksoid tetanus aman diberikan selama kehamilan
2. Profilaksis antibiotik standar dapat digunakan; namun, karena potensi teratogenik, aminoglikosida, kuinolon, metronidazol, dan sulfonamida harus dihindari.
3. Enoxaparin atau heparin dapat digunakan untuk profilaksis vena-tromboemboli farmakologis rawat inap karena tidak melewati plasenta.
4. Persalinan sesar peri-mortem dapat dilakukan pada janin yang usia kehamilannya minimal 25 minggu jika jarak antara kematian ibu dan persalinan masih 15 menit. CPR ibu harus dilanjutkan bersamaan dengan protokol ACS agar dukungan neonatal segera dan persalinan dapat dilakukan dalam waktu 4 menit setelah kematian ibu.

Trauma perineum adalah cedera yang terjadi pada perineum saat persalinan dan terjadi 70% pada wanita yang melahirkan pervaginam. Luka perineum sembuh bila luka menjadi kering, tidak merah, tidak bengkak, jaringan menyatu dan sembuh ≤ 7 hari post partum. Edukasi pada pasien sangat penting tentang manajemen perawatan luka perineum pada tingkat penyembuhan luka dan kepatuhan terhadap perawatan luka (Allen Kamrava, 2013). Faktor risiko terhadap kerusakan luka dan tingkat penyembuhan yang buruk dapat diatasi untuk mempercepat penyembuhan luka pasca melahirkan. Penting untuk menilai apakah pendidikan perawatan luka perineum dapat mempengaruhi penyembuhan perineum dan mengurangi rasa trauma atas apa yang telah pasien alami.

Gejala psikis demikian tidak bisa dibiarkan berlarut-larut. Pasien harus dibantu agar pulih dari pengalaman traumatis melalui pemulihan trauma. Gangguan PTSD pada korban bencana muncul setelah 1 bulan, sedangkan gangguan trauma yang lain muncul kurang dari 1 bulan disebut Acute Stress

Disorder (ASD). Biasanya pasien yang mengalami ASD dapat pulih kembali dari gangguan trauma sehingga memerlukan dukungan psikososial.

Sedangkan gangguan PTSD memerlukan penanganan khusus, seperti terapi psikis dengan intervensi khusus dan jika sangat mengganggu dapat dipertimbangkan pemberian obat-obatan.

Berikut beberapa cara untuk penyembuhan trauma:

1. Psikoterapi adalah terapi psikologis untuk mengendalikan cara berpikir dan perasaan yang berhubungan dengan trauma. Psikoterapi yang umum dilakukan untuk mengatasi trauma adalah cognitive behavioral therapy (CBT) dan somatic experiencing.
2. Konsumsi obat-obatan jika diperlukan. Dokter juga dapat meresepkan obat-obatan untuk membantu mengatasi trauma. Adapun dua jenis obat yang kerap digunakan untuk menangani trauma di antaranya: tranquiliser untuk mengurangi kecemasan dan membantu tidur maupun antidepresan untuk menangani depresi yang muncul sebagai akibat dari trauma.
3. Perawatan mandiri. Selain tindakan medis, seseorang yang mengalami trauma juga disarankan untuk melakukan perawatan mandiri di rumah, seperti:
 - a. Mengonsumsi makanan sehat dan bergizi seimbang.
 - b. Mencukupi waktu tidur.
 - c. Berolahraga secara rutin.
 - d. Bercerita dengan keluarga atau orang terdekat.

E. Latihan

1. Berdasarkan penyebabnya, trauma dikelompokkan menjadi beberapa jenis. Jenis trauma karena peristiwa membahayakan yang terjadi satu kali, seperti kecelakaan atau bencana alam. Termasuk jenis trauma....
 - a. Trauma Akut**
 - b. Trauma Kompleks
 - c. Trauma Kronis
 - d. Trauma Primer
 - e. Trauma Sekunder
2. Cara untuk penyembuhan trauma selain tindakan medis yang tepat adalah....
 - a. Cognitive Behavioral Therapy
 - b. Mencukupi waktu tidur dan berolahraga rutin**

- c. Mengonsumsi anti depresan
 - d. Mengonsumsi tranquiliser
 - e. Somatic experiencing
3. *Massage terapi effleurage* untuk mencegah gejala depresi postpartum. Beberapa hormon stress akan tertekan dengan adanya terapi ini. Salah satu yang termasuk hormon stress...
- a. Progesterone
 - b. Esterogen
 - c. Oksitosin
 - d. Kortisol**
 - e. Endorphine
4. Komplikasi trauma pada kehamilan
- a. Eksanguinasi
 - b. Rupture Uteri
 - c. Emboli air ketuban
 - d. Pecah selaput ketuban
 - e. Benar semua**
5. Trauma bisa menimpa siapa saja dan kapan saja tanpa memandang ras, umur dan waktu. Stres dan trauma yang dialami akibat kejadian hebat menimbulkan perasaan sakit pada seseorang, baik fisik maupun mental, dan bahkan sering menyebabkan beberapa gangguan emosional atau psikologis dikemudian hari yang disebut dengan...
- a. *Post Traumatic Stress Disorder***
 - b. Depresi
 - c. Mood
 - d. Trauma Kompleks
 - e. Trauma Akut

F. Rangkuman Materi

Stres kehamilan adalah salah satu fenomena yang dialami oleh setiap ibu khususnya ibu yang pertama kali mengalami kehamilan yang dipicu oleh adanya prasangka-prasangka buruk yang akan menimpa dirinya ketika akan bersalin berdasarkan pengalaman yang selama ini diperoleh utamanya pengalaman yang dialami langsung selama proses kehamilan. Hampir 25% pasien trauma dengan janin yang hidup mungkin mengalami persalinan prematur dan hampir 40% mengalami kontraksi. Persalinan prematur, secara umum, harus ditangani dengan protokol obstetrik standar.

Pada kehamilan muda (trimester pertama), trauma mayor yang mengenai perut bisa terjadi karena jatuh dengan perut mengenai tanah atau lantai, dan bisa juga karena pukulan atau sebuah tendangan langsung pada perut. Meskipun kejadiannya jarang trauma semacam ini bisa mengakibatkan terjadinya keguguran (abortus, miscarriage). Tanda yang utama adalah perdarahan vaginal, kontraksi rahim disertai dengan keluarnya produk kehamilan. Terapi tergantung kondisi klinis ibu dan hasil konsepsi, secara umum tindakan kuretase cukup memadai.

G. Glosarium

AKI	: Angka Kematian Ibu
ATLS	: Advance Trauma Life Support
CDC	: Centers For Disease Control
UGD	: Unit Gawat Darurat
mmHg	: Milimeter Hektogram
PTSD	: Post Traumatic Stress Disorder
SSP	: Sistem Saraf Pusat
SEFT	: Spiritual Emotional Freedom Technuique
SMARTER	: Spiritual Management of Relaxation Theraphy
WHO	: World Health Organization

Daftar Pustaka

- Ardian, Jiemi. (2024, 28 Agustus). Apa itu Trauma? Ini Penyebab, Gejala, dan Cara Mengatasinya. [siloamhospitals.com.
https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/apa-itu-trauma](https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/apa-itu-trauma)
- Chang, Andrew K. (2024, 15 Juli). Trauma Kehamilan. [Emedicine-medspace-com.
https://emedicine-medscape-com.translate.goog/article/796979-overview/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc&form=fpf](https://emedicine-medscape-com.translate.goog/article/796979-overview/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc&form=fpf)
- Dumovich, Jenna & Paramvir Singh. (2022, 19 September). Trauma Physiology. StatPearls(Internet). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538478/>
- Hardaniyati. (2023). *Psikologi dalam Praktik Kebidanan*. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Hardiyanti, Sri. Ahriana & Musfira. (2023, 3 Maret). Makalah Pencegahan dan Penanganan Trauma. [scribd.com.
https://scribd.com/document/636172521/Kelompok-10-MK-Psikologi-dalam-Kebidanan-1](https://scribd.com/document/636172521/Kelompok-10-MK-Psikologi-dalam-Kebidanan-1)

- Krywko, Diann M et. all. (2022, 12 September). Pregnancy Trauma. StatPearls(Internet). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613676/>
- Setyaningrum, Dyah Titi. Litra Amanda Metra dan Viradevi Eka Sukmawati. (2023). Fenomena Postpartum Blues Pada Primipara (Ibu Dengan Kelahiran Bayi Pertama). *Jurnal Kesehatan Mahardika*, 10 (1), 27-34. <https://dpi.org/10.54867/jkm.v10i1.158>
- Widianti, Efri dkk. (2022). Upaya Pencegahan Depresi Pasca Persalinan Pada Wanita Postpartum. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 5(3), 470–483. <https://doi.org/10.32584/jikj.v5i3.2004>
- Yumna, Insira dkk. (2024) Hubungan Trauma Psikologis Pada Ibu Hamil Dengan Gejala Depresi Perinatal di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. *Jurnal Medis Umum*, 1(1), 38-45. <https://doi.org/10.30651/jmu.v1i01>

BAB 2

KESEHATAN MENTAL PADA PERINATAL (I)

Pendahuluan

Kehamilan, persalinan dan nifas adalah suatu peristiwa besar dalam fase kehidupan perempuan. Kehamilan, persalinan dan nifas mengakibatkan banyak perubahan tidak hanya fisik dan psikologis tetapi juga kehidupan sosial pada lingkungan ibu. Perubahan fase yang dialami oleh ibu, tidak hanya berdampak pada ibu saja, tetapi lingkungan seperti anggota keluarga/ suami juga merasakan adanya perubahan hubungan peran dalam keluarga. Lingkungan ibu juga akan memberi respon terhadap perubahan tersebut.

Adalah wajar bila perempuan mengalami reaksi emosi dalam peristiwa tersebut. Pada sebagian calon ibu, kehamilan dan persalinan sebagai proses yang menyenangkan/ membahagiakan dan berdampak positif dalam kehidupannya. Tetapi ada sebagian calon ibu yang mana kehamilan dan persalinan menjadi salah satu tahap transisi dalam kehidupan yang menegangkan. Apabila calon ibu berada di zona tidak nyaman maka respon yang muncul yaitu perasaan-perasaan tidak nyaman sehingga berada pada kondisi krisis yang mengakibatkan stress pada diri ibu tersebut yang pada akhirnya menimbulkan gangguan kesehatan mental (GKM).

Kesehatan mental sama pentingnya dengan kesehatan fisik. Jika kesehatan mental terganggu, seseorang tidak akan mampu menjaga kesehatan fisik yang akan membuat ketidak produktifan. Oleh karena itu perlu adanya pemahaman tentang kesehatan mental yang diakibat oleh kondisi kehamilan, persalinan dan nifas, baik bagi ibu sendiri dan keluarga, maupun bagi petugas kesehatan, yang nantinya akan mendampingi ibu selama dalam fase-fase tersebut.

Tujuan Intruksional:

Mahasiswa memahami tentang kesehatan mental pada perinatal.

Capaian Pembelajaran:

Mampu memahami tentang definisi kesehatan mental pada perinatal; perubahan normal emosi selama kehamilan, persalinan dan nifas; faktor yang mempengaruhi perubahan emosi selama kehamilan, persalinan dan nifas; tantangan kesehatan mental dalam periode kehamilan, persalinan dan nifas.

A. Definisi Kesehatan Mental Pada Perinatal

Definisi kesehatan mental menurut WHO adalah kondisi sejahtera, ketika setiap orang menyadari kemampuannya sendiri untuk dapat mengatasi tekanan kehidupan yang normal, dapat bekerja secara produktif dan mendapat hasil, serta mampu memberikan sumbangan kepada masyarakat. (Kusumawati, 2021).

Seseorang akan mengalami gangguan mental jika gabungan antara faktor rentan yang dibawa dengan tekanan (stressor) melebihi batas normal. Kondisi yang membuat seseorang mudah sakit (kerentanan) mencakup faktor:

1. Keturunan (genetik)
2. Biologis (tubuh)
3. Fisiologis tubuh
4. Pikiran
5. Kepribadian.
6. Status sosial ekonomi (Kusumawati, 2021)

Mengacu pada definisi diatas maka dapat disimpulkan kesehatan mental pada masa perinatal adalah kesejahteraan emosional dan psikologis ibu selama tahap prenatal, persalinan dan pascapersalinan. Kesehatan mental ibu penting tidak hanya untuk kesejahteraan ibu tetapi juga untuk kesejahteraan anak-anak dan seluruh keluarga.

B. Perubahan Normal Emosi Selama Kehamilan, Persalinan Dan Nifas

1. Perubahan Normal Emosi Selama Masa Kehamilan

Pada kehamilan trimester pertama terjadi fluktuasi emosi yang dirasakan oleh ibu. Kecemasan sekaligus kebahagiaan bercampur keraguan dengan kehamilannya antara iya dan tidak. Ibu cemas akan hal-hal yang tidak dipahami karena mereka tidak dapat mengendalikan tubuhnya dan kehidupan yang mereka jalani sedang berada dalam suatu proses yang tidak dapat berubah kembali. Hal ini membuat ibu Jadi tergantung dan bersifat lebih menuntut. Kadang-kadang ibu merasakan ragu dan khawatir dengan kemampuannya untuk merawat dan mengasuh bayi dalam kandungannya. Ibu juga merasakan kebahagiaan karena merasa sudah sempurna sebagai wanita dengan adanya kehamilannya (Yanti, 2023).

Diperkirakan ada 80% perempuan hamil mengalami perubahan psikologis seperti rasa cemas, sedih, kecewa, sikap penolakan dan merasa belum siap terlebih pada ibu yang memiliki problema dengan pasangan, seperti suami yang bersekolah, pasangan muda, masih mengejar karir atau faktor status ekonomi. Pada awal kehamilan adalah normal seorang ibu merasakan sikap ambivalen, dimana terdapat konflik perasaan terhadap kehamilannya. Sikap ambivalen muncul dikarenakan konsekuensi peran baru yang akan diterima kedepannya. Perasaan ambivalen dapat muncul sekalipun kehamilan ini direncanakan atau sangat diharapkan. Perubahan hasrat seksual dapat terjadi pada trimester pertama kehamilan. Penurunan libido dipengaruhi oleh kecemasan, kekhawatiran dan masalah lain (Yanti, 2023).

2. Perubahan Normal Emosi Selama Masa Persalinan

Biasanya selama masa persalinan, ibu mengalami emosi yang bercampur aduk. Ada perasaan gembira, bahagia, merasa lega dapat mengakhiri penantian yang panjang masa kehamilan dan sekaligus ada perasaan khawatir menghadapi persalinan dan apa yang akan terjadi. Secara umum, ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi situasi tersebut dengan baik. Tetapi pada ibu yang tidak mempersiapkan persalinan, akan merasa khawatir dan ketakutan terutama saat mengalami kontraksi persalinan. Bagi wanita yang mengalami kesulitan dan penderitaan selama masa kehamilan, akan memberikan respon dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan coping. Walaupun merasa letih, wanita ini akan tahu bahwa pada akhirnya ia benar-benar bersalin dan akan mengakhiri masa kehamilannya. (Diana, 2019)

Seiring dengan majunya persalinan, kontraksi akan semakin kuat dengan frekuensi yang semakin sering. Ibu akan merasa ketakutan dan merasa semua berada diluar kendalinya. Dengan keadaan ini ibu akan menunjukkan keseriusan dalam menghadapi proses persalinannya. Ia membutuhkan pendampingan dan takut ditinggal sendiri dalam mengatasi persalinannya. Selain perasaan itu, muncul juga perasaan seperti gelisah, rasa tidak nyaman, bingung, emosi yang meledak-ledak, kesadaran terhadap martabat turun dan menolak hal-hal yang ditawarkan.

Pada akhirnya ibu juga akan merasakan bahagia saat kelahiran bayinya tiba. Ibu merasa bahagia telah dapat menyelesaikan tugasnya

untuk melahirkan bayinya, bahagia dapat memberikan anak untuk suaminya dan bahagia karena bisa melihat anaknya. (Diana, 2019)

3. Perubahan normal emosi selama masa nifas

Perubahan emosi pada ibu nifas sudah dimulai sejak masa kehamilan. Perubahan emosi dan psikologis ibu nifas terjadi akibat perubahan tugas dan peran menjadi orangtua. Saat ini ibu merasakan memiliki tanggungjawab terhadap bayinya. Pada masa ini, akan muncul beberapa perubahan perilaku pada ibu (Priansiska, 2024)

Periode postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu nifas, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Satu atau dua hari postpartum, ibu cenderung pasif dan tergantung. Ia Hanya menuruti nasihat, rag-ragu dalam membuat keputusan, masih berfokus untuk kebutuhannya sendiri, masih menggebu untuk menceritakan pengalamannya ketika bersalin. (Bahiyatun, 2009)

Dalam masa nifas, ibu akan mengalami beberapa fase psikologis:

a. Fase Taking In

Fase ini berlangsung antara 2 hingga 3 hari setelah bayi lahir. Fase ini disebut fase ketergantungan. Seorang wanita sehat dewasa yang baru melahirkan akan mengesampingkan tanggungjawabnya. Mereka akan tergantung pada orang lain. Pada periode yang penuh kegembiraan karena ibu baru saja melahirkan bayinya. Fokus perhatian ibu kepada diri sendiri, pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan. Hal ini membuat ibu cenderung pasif terhadap lingkungan dan ibu bergantung kepada bantuan orang lain.

b. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3 hingga 10 hari sesudah persalinan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu akan berusaha keras untuk menguasai keterampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam merawat bayi, sehingga cenderung terbuka dalam menerima nasehat dari bidan atau oranglain yang berpengalaman. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai masukan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul rasa percaya diri.

c. Fase Letting Go

Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mulai menerima tanggung jawab akan peran barunya. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya. Ada kalanya, ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya keadaan ini disebut baby blues/ depresi postpartum. (Priansiska, 2024 & Bahiyatun, 2009)

C. Faktor yang mempengaruhi perubahan emosi selama kehamilan, persalinan dan nifas

1. Faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Emosi Selama Kehamilan

Setiap orang rentan mengalami gangguan mental, tetapi berbeda satu orang dengan orang lainnya. Stress merupakan keadaan terganggunya keseimbangan psikologis seseorang dan dapat memicu berkembangnya gangguan mental. (Kusumawati, 2021).

Depresi Dapat terjadi Pada setiap kehamilan, tetapi paling sering pada kehamilan pertama, tetapi bukan berarti tidak dapat terjadi pada kehamilan kedua dan seterusnya. Depresi saat kehamilan biasanya dimulai saat usia kehamilan trimester pertama, selanjutnya gejala menurun pada trimester kedua, dan meningkat lagi pada kehamilan trimester tiga hingga menjelang persalinan. Depresi yang terjadi setelah melahirkan disebut dengan depresi post partum.

Faktor-faktor yang memicu adanya tekanan antara lain:

1. Faktor psikologis, misalnya adanya tekanan emosi akibat adanya masalah keluarga
2. Faktor sosial, misalnya hubungan antar keluarga baik yang tidak harmonis
3. Faktor perubahan biologis, seperti perubahan hormon, yang mempengaruhi suasana hati (mood) ibu
4. Budaya, adanya larangan mitos yang sulit dipahami ibu
5. Sifat pribadi yang mudah marah atau temperamen (Kusumawati, 2021).

2. Faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Emosi Selama Persalinan

Perubahan psikologis pada persalinan dipengaruhi oleh pengalaman selama masa kehamilan. Faktor-faktor pengalaman tersebut dapat berupa:

- a. Faktor kesiapan emosi
- b. Faktor kesiapan fisik, mental dan materi dalam menghadapi persalinan
- c. Faktor support system
- d. Faktor lingkungan
- e. Faktor mekanisme coping
- f. Faktor kultur dan sikap selama masa kehamilan. (Diana, 2019)

3. Faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Emosi Selama Nifas

Tingkat stress ibu pasca melahirkan dipengaruhi oleh dua faktor utama yaitu:

- a. Faktor internal:
 - Fluktuasi hormonal
 - Faktor psikologis dan kepribadian
 - Adanya riwayat depresi sebelumnya
 - Riwayat kehamilan dan persalinan dengan komplikasi
 - Persalinan sectio caesarea
 - Kesulitan menyusui
 - Minimnya pengetahuan ibu akan perawatan bayi.
- b. Faktor eksternal meliputi:
 - Dukungan sosial
 - Kondisi dan kualitas bayi
 - Status mental suami

Hung dan Chung (dalam McQueen dan Mander, 2003) menyatakan bahwa faktor yang berkaitan dengan stress ibu pasca melahirkan adalah perubahan peran maternal, dukungan sosial, perubahan tubuh, kemampuan ibu mengatasi perasaan-perasaan negatifnya, penyesuaian diri, dan harga diri (Ningrum, 2017)

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya perubahan emosi pada ibu nifas:

- a. Adanya pengalaman selama persalinan
- b. Adanya tanggungjawab peran sebagai ibu
- c. Adanya anggota keluarga baru (bayi)
- d. Adanya peran Baru sebagai ibu bagi bayi (Priansiska, 2024).

Hubungan awal antara orangtua dan bayi dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk sosial ekonomi, budaya, pengalaman melahirkan dan riwayat keluarga. (Priansiska, 2024)

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orangtua pada masa postpartum, yaitu:

1. Respons dan dukungan dari keluarga dan teman
2. Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi
3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
4. Pengaruh budaya (Bahiyatun, 2009)

D. Tantangan Kesehatan Mental dalam Periode Kehamilan, Persalinan Dan Nifas

Sekitar satu dari lima wanita akan mengalami masalah kesehatan mental selama masa kehamilan atau satu tahun setelah melahirkan. Tantangan kesehatan mental dalam periode kehamilan, persalinan dan nifas yang perlu mendapatkan penanganan yang baik dari tenaga kesehatan adalah:

Tantangan kesehatan mental pada ibu hamil:

1. Depresi

Depresi kehamilan disebabkan adanya kerentanan biologis dalam diri wanita yang berinteraksi dengan perubahan hormon yang sangat cepat saat kehamilan dan memengaruhi suasana hati (mood).

2. Stress dan Kecemasan

Stress merupakan peristiwa kehidupan sebagai penyebab terganggunya keseimbangan psikologis seseorang dan dapat memicu berkembangnya gangguan mental. Seseorang akan mengalami gangguan mental jika gabungan antara faktor rentan yang dibawa tekanan melebihi batas normal (Kusumawati, 2021).

Tantangan Kesehatan Mental Pada Ibu Postartum dan Menyusui:

1. *Baby Blues Syndrome*

Baby Blues Syndrome atau *Postnatal Syndrome* biasanya dialami oleh 50-80% wanita setelah melahirkan, khususnya wanita primipara. Baby blues merupakan gangguan mood/ afek ringan dan hanya bersifat sementara. *Penyebab postpartum blues* adalah: perubahan kadar hormon, kelelahan, stres mempunyai peran baru sebagai ibu. (Indrayani, 2023)

Postpartum blues merupakan problem psikis sesudah melahirkan seperti kemunculan kecemasan dan labilitas perasaan. Baby blues ditandai dengan gangguan *mood*, sedih, mudah menangis, nafsu makan menurun, sulit tidur dan mudah marah. Baby blues terlihat lebih berat pada hari ke-3 dan hari ke-4 atau pada saat ibu sudah kembali kerumah dan mulai

merawat bayinya sendiri. Baby blues erat kaitannya dengan perubahan hormon dan kurangnya social support. Keadaan ini akan terjadi beberapa hari saja setelah melahirkan dan biasanya akan berangsur-angsur menghilang dalam beberapa hari dan masih dianggap sebagai suatu kondisi yang normal. Apabila memiliki faktor predisposisi dan pemicu lainnya maka dapat berlanjut menjadi depresi postpartum. (Indrayani, 2023)

2. Depresi Postpartum

Postpartum Depression atau dikenal dengan nama *neurosa post partum* terjadi segera setelah melahirkan sampai beberapa bulan postpartum. Angka kejadiannya 10-20% terjadi pada ibu postpartum. Resiko terjadi lebih besar pada ibu dengan riwayat stres psikososial, kurangnya dukungan sosial dan riwayat gangguan premenstrual. Gejala yang ditimbulkan antara lain kehilangan harapan (*hopelessness*), kesedihan, mudah menangis, tersinggung, mudah marah, menyalahkan diri sendiri, nafsu makan menurun, *insomnia* selalu dalam keadaan cemas, sulit berkonsentrasi, sakit kepala yang hebat, libido menurun. (Hanim, 2022)

Keadaan depresi *postpartum* akan menghambat kemampuan ibu dalam merawat bayinya. Pada kasus berat, pasien postpartum dapat berkeinginan untuk bunuh diri atau bahkan ingin membunuh bayinya. Tanda dan gejala depresi post partum: suasana hati tertekan, merasa sedih, harga diri rendah, sering menangis, kesulitan tidur, kelelahan, tidak nafsu makan, merasa tidak mampu untuk menjadi orangtua, libido menurun, gangguan konsentrasi, pada kasus lebih berat mereka berkeinginan untuk bunuh diri, sering sakit kepala, nyeri dada, denyut jantung cepat, sesak nafas ringan, penurunan berat badan (Hanim, 2022)

3. Psikosis Postpartum

Psikosis postpartum adalah gangguan yang paling serius dari gangguan psikologis postpartum lainnya. Pasien mengalami depresi berat seperti gangguan yang dialami penderita depresi postpartum ditambah adanya gejala proses pikir (*delusion, hallucinations and incoherence of association*). Penderita psikosa postpartum mengalami kehilangan rasa kenyataan (*sense of reality*), pasien menunjukkan gangguan kemampuan berfikir, bereaksi secara emosional, mengingat, berkomunikasi,

menafsirkan dan bertindak, sehingga kemampuan untuk memenuhi tuntutan hidup sehari-hari sangat terganggu. (Kiftiyah, 2022)

Penderita dapat terkena perubahan mood secara drastis, dari depresi kegusaran dan berganti menjadi euforia (bahagia) dalam waktu singkat. Keadaan post partum psikosis dapat mengancam dan membahayakan keselamatan jiwa ibu dan bayinya sehingga sangat memerlukan pertolongan dari tenaga profesional, yaitu psikiater. Gejala muncul dalam waktu 3 - 4 minggu setelah melahirkan. Gejala lain bisa berupa gangguan tidur, perubahan suasana hati, bahkan berpikiran menyakiti bayinya. Psikosis postpartum memiliki kemungkinan untuk kambuh lagi pada postpartum selanjutnya. (Kiftiyah, 2022)

E. Latihan

1. Faktor eksternal yang mempengaruhi perubahan emosi selama nifas.
 - a. Faktor hormonal
 - b. Pengetahuan
 - c. Dukungan sosial
 - d. Kepribadian
 - e. Riwayat kehamilan
2. Fase psikologis masa Nifas yang mana fase ini disebut juga fase ketergantungan.
 - a. Letting go
 - b. Taking In
 - c. Taking Hold
 - d. Baby Blues
 - e. Depresi Post partum
3. Merupakan gangguan mood/ afek ringan dan hanya bersifat sementara pada masa post partum:
 - a. Baby Blues
 - b. Depresi Post partum
 - c. Post Partum psikosa
 - d. Letting go
 - e. Taking In

F. Rangkuman Materi

Kesehatan mental pada masa perinatal adalah kesejahteraan emosional dan psikologis ibu selama tahap prenatal, persalinan dan pascapersalinan. Kesehatan mental ibu penting tidak hanya untuk kesejahteraan ibu tetapi juga untuk kesejahteraan anak-anak dan seluruh keluarga. Seseorang akan mengalami gangguan mental jika gabungan antara faktor rentan yang dibawa dengan tekanan (stressor) melebihi batas normal. Kondisi yang membuat seseorang mudah sakit (kerentanan) mencakup faktor: keturunan (genetik), biologis (tubuh), fisiologis tubuh, pikiran, kepribadian, status sosial ekonomi. Tantangan gangguan-gangguan mental dalam asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin dan nifas adalah kasus depresi, postpartum blues, depresi post Partum dan psikosa postpartum.

G. Glosarium

GKM : Gangguan Kesehatan Mental

WHO : World Health Organization

Daftar Pustaka

- Kusumawati, Y., Dewi, F.S.T., Widyawati. 2021. Panduan Kesehatan Mental Ibu Hamil. Gadjah Mada University Press: Yogyakarta.
- Yanti, E.M., Fatmasari, B.D. 2023. Buku Psikologi Kehamilan, Persalinan dan Nifas. Penerbit NEM : Pekalongan.
- Priansiska, N., Aprina, H. 2024. Psikologi Pada Ibu Nifas. Penerbit NEM: Pekalongan.
- Bahiyatun. 2009. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal. EGC: Jakarta.
- Darma, I.Y., Anggraini, H., Yunola, S. 2023. Buku Ajar Psikologi Kehamilan, Persalinan dan Nifas. Penerbit Tangguh Denara Jaya: Kupang.
- Ningrum, A.P. 2017. Faktor-Faktor Psikologis yang Mempengaruhi Postpartum Blues. PSYMPATHIC: Jurnal Ilmiah Psikologi.
- Diana, S., Mail, E., Rufaida, Z. 2019. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. CV Oase Group: Surakarta
- Kiftiyah., dkk. 2022. Pengantar Asuhan Kebidanan. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini: Pidie
- Hanim, L.M. 2022. Depresi Postpartum. Penerbit Adab: Indramayu
- Indrayani, E. 2023. Buku Ajar Nifas DIII Kebidanan Jilid III. Mahakarya Citra Utama: Jakarta**

BAB 3

PSIKOLOGI PADA MASA REPRODUKSI

Pendahuluan

Psikologi kesehatan reproduksi mengarah pada aspek psikologi yang akan mempengaruhi kesehatan reproduksi seseorang. Dalam Psikologi kesehatan reproduksi lebih menjelaskan bagaimana faktor psikologis dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi seseorang seperti stres, kecemasan, dan persepsi diri (Wulandari, 2024). Pengaruh tersebut dapat segera ditangani dengan beberapa pendekatan dalam antara lain melalui pendekatan psikoanalisis, pendekatan stimulus-respon, pendekatan kognitif, pendekatan internal dan lingkungan, pendekatan sintesa dan operasionalisasi, pendekatan tersebut hanya sebagian dari pendekatan psikologi yang sering digunakan sebagai penjelas dalam masalah kesehatan reproduksi.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan psikologi dan komunikasi ibu dan bayi
2. Menjelaskan adaptasi menjadi orang tua
3. Menjelaskan bonding attachment and bonding attunement

Uraian Materi

A. Psikologi Dan Komunikasi Ibu Dan Bayi

Psikologi dari bahasa Yunani kuno yang berasal dari kata *psyche* berarti jiwa dan *logos* berarti kata. Secara umum psikologi merupakan ilmu yang mempelajari mental atau jiwa seseorang (Shinta & Djafar M, 2019). Psikologi juga dapat diartikan sebagai sebuah bidang ilmu pengetahuan dan ilmu terapan yang mempelajari tentang perilaku dan fungsi mental manusia secara ilmiah. Adanya psikologi dikarenakan munculnya pertanyaan terkait kebutuhan kehidupan manusia dan rasa tentang akal pikir serta tingkah laku manusia.

B. Psikologi Ibu

Terdapat tujuh bagian dari psikologi wanita, dengan rincian tiga bagian tentang otak wanita meliputi fisik (panca indra, termasuk apa yang didengar dan dilihat) logika (sesuatu yang memiliki sangkutan dengan alasan atau sebab akibat) dan emosi (membuat ikatan seperti rasa jatuh cinta, sehingga emosi mudah dikuasai). Empat bagian sisanya mempengaruhi cara berpikir dan perilaku wanita yaitu sosial programming (norma berfikir, mentalitas dan kepercayaan yang ditanamkan orang tua dan lingkungan sekitar sejak kecil), sosial pressure (tekanan dari lingkungan dan masyarakat yang kuat mempengaruhi tingkah laku), culture atau budaya (perbedaan sosial, suku, ras, adat istiadat, norma-norma), dan persona (ego atau gensi) (Eti Nurhayati, 2014).

C. Gangguan Psikologi Ibu

Kehamilan, persalinan dan post partum menyebabkan banyak perubahan baik secara fisik dan psikologis, proses perubahan ini memerlukan banyak dukungan, bimbingan dan pertolongan sehingga seorang ibu mampu memahami dan beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada dirinya. Ibu hamil merupakan kelompok yang rentan terkena masalah kesehatan mental yang disebabkan oleh perubahan yang dialami pada setiap tahapan kehamilan, hampir satu dari lima wanita hamil terkena masalah kesehatan mental selama periode pre-natal dan postpartum (Prihandini & Primana, 2020). Disisi lain persalinan menjadi hal yang sangat mendebarkan, menyakitkan dan menguras energi serta perjuangan, persalinan menjadi

suatu peristiwa sangat membahagiakan juga peristiwa yang sangat berat, penuh kecemasan dan tantangan, hal ini menimbulkan gangguan menjelang persalinan, yang bersumber pada rasa takut dan sakit pada fisik dan psikologis yang teramat sangat (Machmudah, 2023).

Tekanan psikologis pasca bersalin menjadi gejala emosional dan perasaan yang ditandai dengan ketidakmampuan, merasa murung, tidak bisa tidur, kelelahan fisik yang berlebihan, dan tidak mengetahui apa yang bisa dilakukan atas peranannya yang baru (Cahyo et al., 2008). Kemampuan untuk menyesuaikan diri pada masa postpartum sangat penting, kurang maksimalnya penyesuaian pada masa tersebut dapat menyebabkan berbagai masalah seperti postpartum blues, depresi postpartum, psikosis postpartum (Nova & Zagoto, 2020). Tingginya angka kejadian gangguan psikologi ibu pada masa perinatal terutama dinegara berkembang menimbulkan berbagai upaya untuk mencegah terjadinya gangguan psikologi ibu salah satunya dengan Perinatal Mental Health Project (PMHP) diluncurkan pada tahun 2002 untuk mengatasi tingginya tingkat tekanan mental wanita. Penerapan pencegahan yang dilakukan dengan tiga komponen utama: skrining, konseling dan psikiatri yang berdampak luas bagi perempuan, keturunan mereka, dan generasi mendatang (Honikman et al., 2014).

D. Psikologi Anak

Salah satu cabang dari psikologi yaitu psikologi perkembangan khusus yang mempelajari perilaku dan perubahan perilaku individu dalam tahap perkembangan mulai prenatal, masa bayi, kanak-kanak, pra sekolah, remaja, adolesen, dewasa, orang tua dan lansia. Psikologi juga dapat diartikan sebagai sebuah fase proses perkembangan yang memiliki pengaruh terhadap kehidupan selanjutnya. Perkembangan dapat didefinisikan sebagai perubahan fisik, struktur syaraf, prilaku dan sifat yang terbentuk secara teratur dan berlangsung terus (Nurkhasyanah, 2020). Masa yang sangat emas adalah masa perkembangan bayi yang berlangsung sangat cepat terutama pertumbuhan dan perkembangannya. Masa ini memerlukan perhatian khusus sekaligus masa kritis, dalam kondisi ini bayi sangat kritis dan peka terhadap lingkungannya, pertumbuhan dan perkembangan yang pesat ini terjadi dalam segala hal, mulai dari emosional, kognitif, fisik, hingga sosial. Secara psikologis masa bayi merupakan proses pembentukan pola-pola pertumbuhan psikologis fundamental (tidur, makan dan buang air), proses ini

akan berjalan baik dan sempurna dengan perkembangan hubungan yang sehat aman dan nyaman dengan orang tua sebagai pengasuh, serta pengembangan kemampuan kognitif dasar dan motorik (Sinta et al., 2023).

E. Gangguan Psikologi Anak

Gangguan psikologi pada anak salah satunya disebabkan dari pengaruh negatif lingkungan (lingkungan keluarga dan lingkungan bermain anak) (Nurkhasyanah, 2020). Untuk menghindari gangguan psikologi berbagai penyesuaian pokok yang dilakukan mulai pada masa bayi adalah dengan mengetahui indikasi kesulitan penyesuaian yang dialami. Beberapa kondisi dapat mempengaruhi proses penyesuaian kehidupan anak seperti lingkungan, jenis persalinan, pengalaman yang berkaitan dengan persalinan, lama periode kehamilan dan sikap orang tua terhadap kehamilan (Sinta et al., 2023).

F. Komunikasi Ibu dan Bayi

Komunikasi secara umum adalah proses penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberitahu, mengubah sikap, pendapat, atau perilaku, baik secara lisan (langsung) ataupun tidak langsung (melalui media). Komunikasi juga dapat disebut sebagai proses pernyataan antar manusia melalui pikiran atau perasaan individu kepada orang lain dengan bahasa sebagai penyalurnya (Panji, 2014). Proses komunikasi ini mulai terjadi pada bayi sesaat setelah dilahirkan menggunakan suara dan gerakan tubuh. Bahasa suara yang digunakan dengan menangis merupakan bentuk komunikasi bayi, dan setiap tangisannya memiliki arti yang berbeda. Saat orang tua merespon tangisan dan berinteraksi maka akan mengajarkan bayi belajar berkomunikasi dengan orang disekitarnya (Wardhana, 2013).

G. Komunikasi Pada Bayi dan Balita

Proses komunikasi dengan bayi yang dimulai sejak dilahir ke dunia, bermula dari bayi menangis hingga dapat berbicara lancar dengan beberapa proses tangisan, belajar berkata-kata meski belum dipahami secara pasti hingga lancar. Penggunaan bahasa dalam berkomunikasi dengan anak adalah salah satu aspek tahapan perkembangan dan seharusnya tidak luput dari perhatian pendidik terutama orang tua, perolehan bahasa yang dihasilkan anak merupakan prestasi yang sangat hebat dan menakjubkan,

dengan proses komunikasi yang terjadi, secara verbal maupun nonverbal (dengan tulisan, bacaan, dan tanda atau simbol) (Wardhana, 2013).

Terdapat beberapa fase pertumbuhan dan perkembangan komunikasi pada bayi, antara lain: (Wardhana, 2013)

1. fase pralinguistic (fase sebelum bicara), merupakan Fase yang berlangsung pada umur 0-3 bulan yang dimulai sejak tangisan bayi untuk pertama kalinya hingga akhir tahun pertama. Pada dua sampai tiga minggu awal orang tua harusnya sudah bisa memahami arti tangisan bayi, umunya bayi menangis karena lapar, pantat basah, kesakitan atau minta perhatian. Selain tangisan dan suara lainnya bayi juga menggunakan gerakan tubuh sebagai cara penyampaian keinginan, keperluan dan kebutuhannya.
2. kata pertama (transisi ke bahasa anak), fase ini berlangsung dari usia 3-9 bulan dengan perkembangan bahasa bayi mulai berlangsung meskipun belum bisa menggabungkan beberapa elemen bahasa mulai dari segi isi, bentuk, maupun pemakaian bahasa itu sendiri. setelah berumur 4 bulan bayi sudah mulai bisa membaca gerakan bibir ibunya dan mulai belajar membedakan bahasa yang digunakan dan mulai menggunakan suku kata yang diulang, seperti mama, papa, atau lainnya serta gerakan tubuh seperti menunjuk.
3. kalimat pertama, fase ini mulai terjadi pada umur 9-18 bulan dimana terjadi perkembangan kosa kata yang cepat. Perkembangan bahasa bayi berawal dari kata yang sederhana hingga menjadi komplek. Penyusunan kata hingga menjadi kalimat pertama memerlukan proses sesuai dengan tahapan berdasarkan usianya. Proses tersebut mengajarkan bagaimana penggunaan bahasa sebagai cara dalam berkomunikasi.
4. kemampuan bicara egosentris, fase ini terjadi pada umur 18-36 bulan. Bicara egosentri berpusat pada diri sendiri dengan tiga tipe repetitif (melakukan pengulangan kata), monolog (berbicara satu arah, memainkan banyak peran dengan berbicara sendiri dengan berkata-kata sendiri), monolog (kolektif, meskipun bersama-sama dengan naka lainnya tapi tetap asik bermain sendiri). Pada fase anak sudah mampu mengkategorikan benda, mengetahui konsep tentang binatang (kucing, burung, anjing, ikan, dan lain-lain), mengkategorikan orang, mengetahui mana orang tuanya, saudaranya dan teman sepermainannya.

5. Perkembangan semantik, fase ini anak pra sekolah yang sudah bisa bercerita dan menjelaskan (Kurniati, 2017)

Saat melakukan Komunikasi dengan bayi harus berbicara dengan suara yang wajar, dengan suasana tenang, kurangi suara-suara yang tidak perlu, menggendong bayi, memperjelas ekspresi, mengenali sinyal dan bahasa tubuh bayi, menjadikan respon bayi sebagai pusat perhatian, menggunakan komunikasi yang positif, jelas dan konsisten, serta menjadi pendengar yang aktif. Perkembangan kemampuan bayi dalam berkomunikasi menggunakan komunikasi non verbal (tangisan, ocehan, isyarat dan ungkapan emosional) dengan mengungkapkan tingkah laku dan suara, menggerak-gerakkan tangan dan kaki, berpusat pada diri bayi. Bentuk perkembangan komunikasi pada bayi mulai dari tangisan (saat lahir), mendekut (usia 1-2 bulan), ocehan (usia 6 bulan), transisi (6-12 bulan), menggunakan bahasa (8-12 bulan), pengucapan kata pertama (13 bulan), perkembangan dan pemahaman (18-24), dan ucapan (18-24) (Kurniati, 2017). Beberapa teknik yang digunakan saat berkomunikasi dengan bayi menggunakan verbal dengan cara menimang-nimang saat tidur dan menyanyikannya lagu, merespon tangisannya, mengajak bicara setiap akan melakukan suatu hal, pada non verbal dapat dilakukan dengan cara sentuhan, nada suara dan ekspresi.

H. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi perkembangan bahasa Pada Bayi

Faktor-faktor perkembangan bahasa dapat dilakukan dengan interaksi bersama orang lain, dipengaruhi beberapa faktor antara lain: (Wardhana, 2013)

1. Perubahan kultural dan konteks sosiokultural bahasa.
2. Dukungan sosial dalam perkembangan bahasa. Terdapat empat dukungan sosial dalam perkembangan bahasa antara lain : motherese atau baby talk (bentuk komunikasi yang sederhana yang dapat mempermudah perkembangan bahasa sejak dini yang dilakukan antara ibu dengan bayinya), recasting (cara mengemukakan pertanyaan dengan frase yang sama tetapi menggunakan cara yang berbeda), echoing (memastikan dengan mengulang yang dikatakan bayi terutama jika kata-kata tersebut belum benar), expanding (menanyakan kembali yang telah diungkapkan oleh anak menggunakan bahasa yang lebih baik).

3. Dukungan sosial dalam perkembangan bahasa, beberapa dukungan sosial dalam perkembangan bahasa antara lain : sosial motherese atau Baby talk (mengambarkan proses pengajaran yang dilakukan oleh orang tua dan saudara), recasting (pengucapan frasa dan membenaran frase dengan mendengarkan dan mengulang kembali), Echoing (memiliki peran yang penting dalam perbaikan setiap pengucapan dengan harapan mampu mengucapkan kembali dengan baik dan benar), expanding (mulai belajar memperbaiki frasa kalimat atau kata-kata dengan mengembangkan dan membentuk pola bahasa).

I. Manfaat Komunikasi Dengan Anak

Beberapa manfaat komunikasi dengan anak yaitu komunikasi mampu meningkatkan kekuatan kedekatan antara orang tua dengan anak, komunikasi mampu mengubah perilaku, dan komunikasi mampu meningkatkan kemampuan dalam berbahasa dan berfikir (Asmaunizar, 2023).

J. Adaptasi Menjadi Orang Tua

Masa kehamilan, persalinan, dan postpartum merupakan masa terjadinya stres yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan adaptasi. Adaptasi adalah proses penyesuaian pada perubahan yang terjadi dalam mencapai dan mempertahankan keseimbangan perubahan yang dapat terjadi dengan proses lebih cepat atau lebih lambat hingga menjadi normal seperti kesiapan menjadi orang tua. Perubahan yang terjadi pada ibu memerlukan adaptasi baik perubahan fisiologis antara lain perubahan sistem reproduksi, sistem pencernaan, sistem perkemihan, sistem musculoskeletal, sistem endokrin, sistem kardiovaskuler, sistem hematologi, sistem pernafasan perubahan tanda-tanda vital, dan perubahan sistem hematologi maupun perubahan psikologis (Purba et al., 2023). Perubahan yang terjadi tersebut merupakan tahapan yang penting dalam kehidupan seorang wanita, masing-masing memiliki periode yang berbeda dalam kesiapan menjadi orang tua setelah bersalin. Respon dan reaksi dari seorang ibu dapat mempengaruhi sikap, perilaku dan tingkat emosionalnya. Dalam proses adaptasi terdapat tiga periode antara lain: (Purba et al., 2023)

1. Immediate puerperium terjadi setelah melahirkan pada 24 jam pertama. Pada periode ini ibu telah diperbolehkan untuk berjalan-jalan (Daniel E. Crocker, 2015)

2. Early puerperium terjadi setelah 24 jam hingga 1 minggu. Periode ini adalah masa pemulihan setelah bersalin (Daniel E. Crocker, 2015)
3. Late puerperium terjadi setelah 1 minggu hingga 6 minggu postpartum. Periode ini menjadi periode pemulihan keseluruhan alat-alat reproduksi atau waktu yang dibutuhkan oleh seorang ibu untuk pulih dan sehat sempurna (Daniel E. Crocker, 2015).

Perubahan-perubahan tersebut akan kembali ke awal melalui proses adaptasi yang terjadi pada masa post partum. Waktu dalam beradaptasi pada perubahan yang terjadi pada seorang wanita dalam peran barunya sebagai seorang ibu dan menghadapi aktifitas pada minggu awal atau bulan pertama pasca kelahiran baik secara fisik dan psikologis. Terdapat beberapa fase dalam adaptasi psikologis antara lain: (Nova & Zagoto, 2020)

1. Fase taking in atau fase ketergantungan, dalam fase ini ibu masih fokus kepada dirinya sendiri, fase ini berlangsung dalam 1-2 hari (Rahmawati, 2023)
2. Fase taking hold merupakan fase yang terjadi pada hari ke 3 peralihan dari fase ketergantungan menjadi kemandirian, terjadi pada hari 3 sampai hari ke 10 postpartum (Rahmawati, 2023)
3. Fase letting go adalah fase dimana seorang wanita sudah bisa menerima tanggung jawab tentang perannya sebagai seorang ibu, yang terjadi setelah hari ke-10 post partum (Rahmawati, 2023)

Beberapa ibu mampu beradaptasi dengan baik, akan tetapi masih terdapat sebagian lainnya tidak mampu beradaptasi dengan baik bahkan mengalami beberapa gangguan psikologis antara lain: (Nova & Zagoto, 2020)

1. Post partum blues post atau post natal syndrome merupakan gangguan psikologis pada masa postpartum yang terjadi pada hari ke 4-10, ditandai dengan kurang percaya diri dengan kemampuannya menjadi seorang ibu. Post partum blues dapat sembuh dalam beberapa hari hingga satu minggu, dialami sekitar 300-750 per 1.000 ibu diseluruh dunia.
2. Depresi postpartum atau postpartum depression adalah gangguan mood pasca bersalin yang merefleksikan disregulasi psikologikal yang merupakan tanda dari gejala-gejala depresi major yang lebih parah dari baby blues, dialami sekitar 22,4% ibu pasca bersalin dengan perkiraan 100-150 per kelahiran terjadi dalam masa 4 minggu, 3 bulan, atau 12 bulan pasca bersalin dan lebih sering terjadi dengan riwayat depresi

sebelumnya. Depresi post partum ditandai dengan mood yang tertekan, hilangnya ketertarikan dan kesenangan dalam beraktivitas, merasa tidak berguna, terjadi gangguan pada nafsu makan, gangguan tidur, adanya pelambatan psikomotor, lemah, sulit untuk berkonsentrasi, memiliki keinginan untuk bunuh diri (Amna & Khairani, 2024). Penatalaksanaan pada kasus ini dilakukann tindakan kombinasi antara farmakoterapi dan psikoterapi. Pemberian antidepresan, khususnya inhibitor reuptake serotonin selektif farmakoterapi lini pertama, pada psikoterapi dilakukan terapi perilaku-kognitif, interpersonal, dan psikodinamik (Ningsih & Hutasoit, 2023).

3. Psikosis postpartum merupakan gangguan psikologis yang paling berat dimana ibu mengalami halusianasi dan melakukan percobaan yang membahayakan bayinya. Secara global angka kejadian psikiosis muai dari 0,89 sampai dengan 2,6 per kelahiran hidup.

Gangguan psikologis yang dilami jika tidak segera tertangani maka akan mengakibatkan kurangnya kasih sayang yang akan mempengaruhi respon ibu dalam memperlakukan bayinya sehingga beresiko membuat bayi tersebut mengalami proses rendahnya berfikir pada usia 4 tahun hingga kekerasan pada anak, pengeluaran biaya, kegelisahan terhadap kelangsungan hidup bayinya (Nova & Zagoto, 2020). Perasaan ibu dan bayinya bersifat kompleks dan kontradiktif memerlukan pemberian asuhan yang supportif dan holistik pada masa tersebut yang mampu meningkatkan kesejahteraan emosi ibu dan mengurangi angka morbiditas psikologis pada periode postpartum. Asuhan yang tepat mampu mengurangi stres pasca bersalin dengan memberikan kesempatan kepada ibu untuk menyesuaikan diri, menjadi dirinya lagi.

K. *Bonding Attachment and Bonding Attunement*

1. Bonding Attachment

Bonding dapat diartikan sebagai ketertarikan pertama antar individu yang dimulai dengan interaksi emosi sensorik fisik antara orang tua dan bayi pasca persalinan. Attachment merupakan bentuk perasaan sayang atau loyalitas yang mengikat antar individu meliputi curahan perhatian (terjalin keakraban hubungan emosi dan fisik) Bonding attachment merupakan kontak yang terjadi secara dini dan langsung dengan interaksi awal yang nyata antara orang tua dan bayi, baik fisik,

emosi, maupun sensori dalam beberapa menit dan jam pertama pasca kelahiran (Sembiring, 2020).

Bonding attachment menjadi salah satu langkah untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) setidaknya menjadi 12 per 1.000 kelahiran hidup, yang menjadi salah satu bagian dari tujuan dari Sustainable Development Goals (SDGs) (menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia) (Susilawati et al., 2021). Bonding attachment memiliki beberapa manfaat antara lain: (Yuliastanti, 2019)

- a. Air liur bayi berfungsi untuk membunuh bakteri pada dada ibu
- b. Tubuh ibu memiliki fungsi sebagai natural thermostat atau penyesuaian suhu tubuh dengan kondisi suhu tubuh bayi
- c. Bunyi detak jantung ibu saat IMD mampu membuat nafas bayi menjadi stabil
- d. Bonding attachment inisiasi dini mampu menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB)
- e. Tumbuhnya sikap sosial pada bayi yang disebabkan oleh perasaan dicintai, dipercayai, diperhatikan
- f. Bayi merasa aman sehingga berani eksplorasi

Beberapa manfaat lainnya dari bonding attachment yaitu: (Susilawati et al., 2021)

- a. Meningkatnya pengeluaran oksitosin sehingga mencegah terjadinya perdarahan postpartum,
- b. Meningkatkan produksi ASI,
- c. Menurunkan kecemasan pada ibu
- d. Meningkatkan partisipasi ibu dalam pemberian asuhan secara langsung kepada bayinya

Keberhasilan dukungan proses bonding attachment salah satunya dengan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), proses ini menciptakan ikatan emosional yang kuat antara ibu dan bayi, keberhasilan lainnya dari bonding attachment yaitu adanya respon yang positif dari orang tua. Keberhasilan tersebut dimulai sejak masa antenatal dimana pada masa itu hubungan kasih sayang sudah terbentuk dan terjalin, dan setelah persalinan ikatan kasih sayang tersebut menjadi kuat, ibu dapat memandang,

menyentuh dan membelai bayinya secara langsung. Terdapat beberapa cara untuk melakukan bonding attachment antara lain: (Yuliastanti, 2019)

- a. Pemberian Asi Eksklusif (ASI)
- b. Rawat gabung
- c. Kontak mata
- d. Suara
- e. Aroma
- f. Entrainment
- g. Bioritme
- h. IMD

Selain cara yang dijelaskan untuk melakukan bonding attachment terdapat juga hal-hal yang dapat mempengaruhi proses bonding attachment yaitu: (Yuliastanti, 2019)

- a. Kesehatan emosional orang tua
- b. Tingkat ketrampilan, kemampuan, dan komunikasi saat merawat anak
- c. Dukungan sosial (pasangan, keluarga)
- d. Kedekatan orang tua dan anak
- e. Kesesuaian harapan orang tua dengan anak (kondisi, jenis kelamin anak)
- f. Paritas (Susilawati et al., 2021)
- g. Pengetahuan (Susilawati et al., 2021)

Dampak dari kegagalan bonding attachment mempengaruhi tingkat emosional dan rasa percaya diri anak (Sembiring, 2020). Dampak lainnya bonding attachment dapat menyebabkan kurangnya proses perkembangan otak bayi yang disebabkan karena tidak ada stimulus positif yang diberikan oleh ibunya. Gagalnya bonding attachment dipengaruhi reaksi emosi, respon orang tua yang negatif dan pengalaman orang tua, atau masalah lainnya seperti jumlah anak dalam keluarga, kondisi ekonomi, dan lain-lain. Bonding attachment yang dilakukan sedini mungkin dapat mengurangi kejadian sibling rivalry (Yuliastanti, 2019).

2. Bonding Attunement

Attunement merupakan upaya sadar dan responsif terhadap orang lain dan menjadi salah satu bentuk komunikasi. Bonding

attunement merupakan ikatan emosional secara sadar antara orang tua dengan bayi yang terjalin dengan baik, dimana anak merasa nyaman, aman, didukung dan diakui. Attunement berhubungan kemampuan dalam berkomunikasi non verbal, dimana bayi berusaha untuk menyinkronkan sistem syarafnya dengan sistem syaraf orang tuanya, sebagai contoh saat bayi menangis orang tua perlu mengetahui apa yang diinginkan bayinya karena bayi hanya mengandalkan orang tuanya (Lohre, 2017). Proses tersebut melibatkan penyesuaian satu sama lain akibat dari stimulasi, saat bayi lahir bentuk komunikasi emosional dimulai dengan ibu. Secara historis, bayi dianggap tidak memiliki emosi dan tidak peka terhadap lingkungan sekitar, karena mereka tidak dapat berbicara akan tetapi yang terjadi adalah sebaliknya, bayi memberitahu orang tua secara langsung apa yang mereka butuhkan, dan menunggu orang tua untuk menanggapi. Pembicaraan bayi dapat berubah dari lembut dan tenang menjadi keras dan agresif; suara berbisik dan tangisan berubah menjadi tangisan dan jeritan. Saat orang tua mengomunikasikan intensitas emosi bayi, urgensi permintaan bayi, atau frustrasi bayi dengan pola pengasuhan yang bervariasi dan terkadang tidak memadai, gagal, atau hilang yang tidak dapat diterima oleh bayi, seperti ketika orang tua terlambat merespon, tidak ada saat bayi menangis, tidak relevan, tidak konsisten, atau tidak benar, tingkat stres bayi meningkat. Begitu pula pada orang tua yang tidak bisa mengkomunikasikannya dengan bayi akan menjadi stres, frustrasi, dan bingung, orang tua dapat mengabaikan anak, atau menanggapi dengan kekerasan (Lohre, 2017). Untuk menghindari hal tersebut diperlukan interaksi antara orang tua dengan bayi dengan melibatkan minat, rasa ingin tahu, dan pemahaman. Orang tua dan bayi saling terhubung dan berkomunikasi secara konstan melalui emosi mereka. Perkembangan bayi bersifat transaksional dalam hubungan dialektis antara ibu bayi, dengan pertukaran emosi di antara mereka bersifat nonverbal. Attunement yang terjadi antara ibu dan bayi memiliki peran penting dalam perkembangan otak bayi, keterikatan, rasa percaya diri dan perkembangan kepribadian, selain itu, cara interaksi ini berlangsung sangat mempengaruhi bagaimana seorang bayi akan berperilaku nantinya terhadap orang lain saat mereka tumbuh menjadi anak-anak dan dewasa (Sawyer, 2007).

Beberapa hal yang harus dipenuhi dalam bonding attunement meliputi: (Sawyer, 2007)

- a. Orang tua mampu membaca keadaan perasaan dan perilaku terbuka bayi
- b. orang tua mampu melakukan perilaku yang sesuai dengan perilaku terbuka bayi
- c. Bayi mampu membaca respons orang tua sebagai sesuatu yang terkait dengan pengalaman perasaan asli bayi

Saat terjadi komunikasi non verbal dan verbal yang positif dengan penuh rasa hormat, tubuh manusia akan merespons dengan tenang dan sejahtera. Dalam kondisi tersebut, individu tersebut dapat terhubung secara positif dengan orang lain. Namun, ketika komunikasi kasar, tegang, menyakitkan, mengancam, meremehkan, atau memperlakukan, sistem saraf akan tersentak ke dalam mode melawan/melarikan diri/membeku. Dalam kondisi ini, kemampuan untuk terhubung dengan orang lain menjadi terganggu. Sementara anak-anak dari segala usia seperti spons yang menyerap lingkungan dengan kelima indranya, sistem saraf bayi adalah yang paling sensitif. Otak-pikiran dan tubuh secara emosional anak merespons dengan dua pesan dasar: aman atau dalam bahaya. Segala sesuatu yang dilihat, didengar, dirasakan, dicicipi, dan disentuh bayi akan memengaruhi bayi. Hal ini mengharuskan orang tua untuk memantau emosi dan reaksi yang mereka perlihatkan demi perkembangan terbaik untuk bayi.

Dua hal yang harus dikuasai orang tua dalam bonding attunement, yaitu: (Sawyer, 2007)

- a. Menjaga hubungan emosional yang selaras dan menerima, terlepas dari perilaku anak
- b. Berusaha memperbaiki putusnya hubungan tersebut dan memulihkan hubungan emosional yang terasa aman dan menenangkan bagi anak. Tindakan tersebut dilakukan bersama dengan sikap empati, hangat, penuh kasih, menerima, ingin tahu, dan suka bermain.

Pada kenyataannya memang sangat sulit untuk dipraktikkan hal-hal yang harus dikuasai dalam bonding attunement bahkan lebih sulit karena membutuhkan waktu untuk beradaptasi satu sama lain dan saling mempengaruhi emosi antar orang tua dan anak.

Manfaat yang diperoleh dari bonding attachment dan attunement yaitu terjadi peningkatan kadar oksitosin dan prolaktin, reflek menghisap dini, mempercepat proses ikatan antar orang tua dan anak, terbentuknya kepercayaan dasar (basic-trust) dan pembentukan pribadi dan kepribadian yang tangguh (Markova & Siposova, 2019).

L. Latihan

1. Beberapa Pendekatan Yang Dapat Digunakan Dalam Menangani Kasus Psikologi Dalam Kesehatan Reproduksi Antara Lain Melalui Pendekatan:
 - a. **psikoanalisis, stimulus-respon, kognitif, pendekatan internal dan lingkungan, pendekatan sintesa dan operasionalisasi**
 - b. psikoanalisis, stimulus-respon, kognitif, pendekatan internal dan lingkungan, pendekatan sintesa
 - c. stimulus-respon, kognitif, pendekatan internal dan lingkungan, pendekatan sintesa dan operasionalisasi
 - d. psikoanalisis, stimulus-respon, kognitif, pendekatan sintesa dan operasionalisasi
 - e. psikoanalisis, stimulus-respon, kognitif, afektif, pendekatan internal dan lingkungan, pendekatan sintesa dan operasionalisasi
2. Beberapa Fase Pertumbuhan Dan Perkembangan Komunikasi Pada Bayi, Antara Lain:
 - a. fase pralinguistic, kata pertama, kalimat pertama, respon, kemampuan bicara egosentris, Perkembangan semantik,
 - b. fase pralinguistic, ocehan, kata pertama, kalimat pertama, kemampuan bicara egosentris, Perkembangan semantik
 - c. **fase pralinguistic, kata pertama, kalimat pertama, kemampuan bicara egosentris, Perkembangan semantik**
 - d. fase pralinguistic, kata pertama, kalimat pertama, kemampuan bicara egosentris, komunikasi verbal dan non verbal
 - e. fase pralinguistic, ocehan, kata pertama, respon, kalimat pertama, kemampuan bicara egosentris, Perkembangan semantik
3. Salah Satu Faktor Yang Mempengaruhi Perkembangan Bahasa Pada Bayi Yaitu Adanya Dukungan Sosial Antara Lain:
 - a. **sosial motherese atau Baby, recasting, Echoing, expanding**
 - b. recasting, pralinguistic ,Echoing, expanding, semantik

- c. sosial motherese atau Baby, recasting, pralinguistic ,Echoing, expanding, semantik
- d. sosial motherese atau Baby, pralinguistic ,Echoing, expanding, semantik
- e. recasting, pralinguistic ,Echoing, expanding, semantik

M. Rangkuman Materi

Psikologi kesehatan reproduksi memberikan pemahaman yang kuat dan jelas tentang bagaimana emosi dan pikiran mampu mempengaruhi kesehatan reproduksi seseorang, sehingga diperlukan pertimbangan pengambilan keputusan yang sehat dan berorientasi pada kebahagiaan jangka panjang, termasuk juga untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan optimal anak perlu dipenuhi rasa aman dan kasih sayang secara fisik, emosional dan psikososial.

Daftar Pustaka

- Amna, Z., & Khairani, M. (2024). Faktor-Faktor Risiko Depresi Pada Ibu Pascabersalin. *Jurnal Ilmu Keluarga Dan Konsumen*, 17(1), 28–40. <https://doi.org/10.24156/jikk.2024.17.1.28>
- Asmaunizar. (2023). Cara Berkomunikasi dengan Anak Usia Dini Secara Efektif. *Jurnal Ilmiah Pendidikan Anak*, 9(1), 145–156.
- Cahyo, K., Rimawati, E., Widagdo, L., & Amila Solikha, D. (2008). Kajian Adaptasi Sosial Psikologis Pada Ibu Setelah Melahirkan (Post Partum) Di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Semarang. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 3(1), 48–54. <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jpki/article/view/2549>
- Daniel E. Crocker, B. I. M. (2015). Post-Partum. *Marine Mammal Physiology*, 1, 219–242. <https://doi.org/10.1201/b19614-18>
- Eti Nurhayati. (2014). Psikologi Perempuan dalam Berbagai Perspektif. In *Pustaka Pelajar*.
- Honikman, S., Baron, E., Field, S., Meintjies, I., & van Heyningen, T. (2014). Perinatal Mental Health project. *Click Here to Access the PMHP Resources*, 1–16.
- Kurniati, E. (2017). Perkembangan Bahasa Pada Anak dalam Psikologi Serta Implikasinya dalam Pembelajaran. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 17(3), 47–56. <https://doi.org/10.33087/JIUBJ.V17I3.401>
- Lohre, S. (2017). Attune With Baby: An Innovative Attunement Program for

Parents and Families With Integrated Evaluation. *Antioch University Full-Text Dissertations & Theses*, December 2016.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20094.28489>

- Machmudah. (2023). Gambaran Tingkat Pengetuhan Ibu Postpartum Tentang Pospartum Blues. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 4(1), 56–65.
- Markova, G., & Siposova, B. (2019). The role of oxytocin in early mother-infant interactions: Variations in maternal affect attunement. *Infant Behavior and Development*, 55(March), 58–68.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.03.003>
- Ningsih, A., & Hutasoit, H. B. K. (2023). Depresi Pasca Melahirkan: Pencegahan dan Penatalaksanaan. *MAHESA: Malahayati Health Student Journal*, 3(2), 485–493. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i2.9342>
- Nova, S., & Zagoto, S. (2020). Gambaran Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 9, 109.
<https://jurnal.stikes-alinsyirah.ac.id/index.php/kebidanan>
- Nurkhasyanah, A. (2020). Optimalisasi Psikologi Perkembangan Anak dalam Lingkungan Keluarga. (*JAPRA*) *Jurnal Pendidikan Raudhatul Athfal (JAPRA)*, 3(2), 1–12. <https://doi.org/10.15575/japra.v3i2.8809>
- Panji, R. H. (2014). Membentuk Komunikasi Yang Efektif Pada Masa Perkembangan. *Pedagogi*, 1(1), 1–21.
- Prihandini, S., & Primana, L. (2020). Efikasi Diri Kesehatan Mental sebagai Mediator antara Dukungan Suami dengan Kelekatan Ibu-Janin. *INSAN Jurnal Psikologi Dan Kesehatan Mental*, 5(2), 112.
<https://doi.org/10.20473/jpkm.v5i22020.112-124>
- Purba, N. H., Mastikana, I., Purba, D., & Oktavia, L. D. (2023). Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Perubahan Adaptasi Fisiologi Masa Nifas. *Jurnal Sains Kesehatan*, 30(1), 26–31. <https://doi.org/10.37638/jsk.30.1.26-31>
- Rahmawati, W. (2023). the Factor of Primipara Age on the Taking in Phase Process in the Puerperium Period (Pengaruh Usia Primipara Terhadap Proses Fase Taking in Pada Masa Puerperium). *Media Husada Journal of Midwifery Science*, 1(1), 1–6.
<https://mhjms.widyagamahusada.ac.id/index.php/mhjms/article/view/6>
- Sawyer, J. A. (2007). Mindful parenting, affective attunement, and maternal depression: A call for research. *Graduate Student Journal of Psychology*, 9, 3–9.
- Sembiring, L. (2020). Chmk midwifery scientific journal volume 3 nomor 1 januari 2020. *Perbedaan Bonding Attachment Pada Ibu Post Sectio Caesarea*

Dengan Ibu Post Partum Normal Di Rsud S.K Lerik Kota Kupang, 3, 200–208.

- Shinta & Djafar M. (2019). *Psikologi*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sinta, Sabrina, & Syajaro Tuddur. (2023). Perkembangan Masa Bayi. *Jurnal Ilmiah Pendidikan Kebudayaan Dan Agama*, 2(1), 54–64.
<https://doi.org/10.59024/jipa.v2i1.502>
- Susilawati, D., Nilakesuma, N. F., Hesti, N., Gea, Y., Salsabila W S, N., Qonita, R. H., & Syahid, A. (2021). Edukasi Bounding Attachment dalam Upaya Menciptakan Hubungan Ibu dan Anak setelah Melahirkan. *PengabdianMu: Jurnal Ilmiah Pengabdian Kepada Masyarakat*, 6(6), 635–641.
<https://doi.org/10.33084/pengabdianmu.v6i6.2241>
- Wardhana, I. G. N. P. (2013). Perkembangan Bahasa pada Anak 0-3 Tahun dalam Keluarga. *Jurnal Linguistik*, 20(39), 95–101.
- Wulandari, R. (2024). Psikologi Kesehatan Reproduksi Memahami Kesehatan Reproduksi Dan Psikologis Seksual. *Circle Archive*, 1–13.
- Yulianti, T. (2019). Keberhasilan Bounding Attachment. *Jurnal Kebidanan*, 5(02), 8–12.

BAB 4

KESEHATAN MENTAL PADA PERINATAL (II)

Pendahuluan

Kesehatan mental merupakan aspek penting dari kesehatan reproduksi perempuan, terutama selama masa-masa penting seperti kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Gangguan kesehatan mental pada perempuan dalam masa reproduksi, seperti depresi pasca-melahirkan (postpartum), kecemasan, dan stres, sering kali tidak disadari atau diabaikan. Bidan, sebagai tenaga kesehatan yang berperan langsung dalam pelayanan kesehatan reproduksi, memiliki tanggung jawab penting dalam mempromosikan kesehatan mental yang baik pada perempuan selama masa reproduksi.

Peran bidan tidak hanya mencakup perawatan fisik, tetapi juga dukungan emosional dan psikologis yang dapat membantu mencegah atau mengatasi masalah kesehatan mental. Dengan keterampilan komunikasi yang baik dan pendekatan yang holistik, bidan dapat mendeteksi dini gangguan mental, memberikan edukasi, serta merujuk pasien ke layanan kesehatan mental yang lebih spesifik jika diperlukan.

Tujuan Instruksional:

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan dapat memahami dan menjelaskan peran bidan dalam mempromosikan kesehatan mental yang baik/positif pada perempuan selama masa reproduksi, serta mampu mengaplikasikan pendekatan-pendekatan tersebut dalam praktik sehari-hari.

Capaian Pembelajaran:

Mampu menguraikan peran bidan dalam mempromosikan kesehatan mental yang baik/positif pada perempuan selama masa reproduksi.

Uraian Materi

A. Peran Bidan dalam Mempromosikan Mental Yang Naik/ Positif dalam Masa Reproduksi

WHO (1984) menghidupkan kembali konsep pendidikan kesehatan dengan istilah promosi kesehatan, yang menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan berfokus pada upaya mengubah perilaku. Namun, promosi kesehatan tidak hanya bertujuan untuk perubahan perilaku, tetapi juga untuk menciptakan lingkungan yang mendukung perubahan tersebut. Selain itu, promosi kesehatan lebih menekankan pada peningkatan kemampuan untuk hidup sehat, bukan sekadar perilaku sehat. Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986), hasil dari Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa, Kanada, menyatakan bahwa "Promosi Kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk memiliki kontrol atas dan meningkatkan kesehatan mereka." Untuk mencapai kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh, individu atau kelompok harus dapat mengenali dan mewujudkan aspirasi mereka, memenuhi kebutuhan, serta beradaptasi dengan lingkungan. Ini menunjukkan bahwa promosi kesehatan adalah proses untuk memberdayakan masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya. Dengan kata lain, promosi kesehatan adalah usaha untuk membuat masyarakat mau dan mampu merawat dan memperbaiki kesehatan mereka sendiri. Definisi promosi kesehatan ini mencakup dua dimensi, yaitu kemauan dan kemampuan. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan adalah proses yang bertujuan untuk meningkatkan kapasitas masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka. Untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal, baik fisik, mental, maupun sosial, masyarakat harus mampu mengenali dan mewujudkan aspirasi serta kebutuhan mereka, serta mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya, dan lain-lain). Dalam konferensi ini, promosi kesehatan dimaknai sebagai perluasan dari pendidikan kesehatan.

B. Kebijakan Asuhan Pada Perempuan Dengan Gangguan Kesehatan Mental Baik Lokal, Nasional Dan Internasional

1. Kebijakan Asuhan Di Tingkat Lokal

Kebijakan di tingkat lokal bervariasi tergantung pada lokasi dan budaya masyarakat. Beberapa daerah mungkin memiliki program yang

lebih maju dan terstruktur, sementara daerah lain masih menghadapi tantangan dalam hal sumber daya dan pemahaman masyarakat. Contoh kebijakan di tingkat lokal meliputi:

- a. Program Intervensi Kesehatan Mental Berbasis Komunitas: Misalnya, di beberapa daerah di Indonesia sudah diterapkan program seperti Program Kesehatan Mental di Puskesmas: Di banyak daerah di Indonesia, Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) menyediakan layanan kesehatan mental, termasuk konseling dan pengobatan dasar untuk perempuan dengan masalah kesehatan mental. Fokus layanan ini termasuk depresi pasca-melahirkan, kecemasan, dan trauma akibat kekerasan.
- b. Pendekatan Berbasis Budaya dan Gender: Di beberapa wilayah, intervensi melibatkan tokoh agama atau adat untuk meningkatkan penerimaan komunitas terhadap perawatan kesehatan mental bagi perempuan.

2. Kebijakan Asuhan di Tingkat Nasional

Di tingkat nasional, kebijakan-kebijakan yang dirancang oleh pemerintah lebih terstruktur dan diatur dalam undang-undang serta peraturan khusus. Beberapa contoh kebijakan nasional yang signifikan:

- a. Indonesia: Kementerian Kesehatan memiliki program kesehatan mental nasional yang meliputi promosi kesehatan mental, pencegahan, dan pengobatan. Kebijakan ini diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan primer melalui Puskesmas yang menyediakan layanan kesehatan mental. Selain itu, Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Kesehatan Jiwa mencakup layanan untuk perempuan, termasuk dukungan bagi korban kekerasan.
- b. Undang-Undang Kesehatan Jiwa (UU No. 18 Tahun 2014): Undang-undang ini memberikan dasar hukum bagi pelaksanaan layanan kesehatan jiwa yang terjangkau dan nondiskriminatif. Perempuan dengan gangguan kesehatan mental diakui memiliki hak untuk mendapatkan perawatan, rehabilitasi, dan perlindungan dari stigma.
- c. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK): Program ini menekankan pentingnya kesehatan jiwa di dalam keluarga. Perempuan, sebagai bagian integral dari keluarga, dianggap

memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan mental anggota keluarga dan dirinya sendiri. Program ini berfokus pada edukasi dan deteksi dini terhadap masalah kesehatan mental.

3. Kebijakan Asuhan di Tingkat Internasional

Di tingkat internasional, organisasi seperti World Health Organization (WHO) dan United Nations (UN) memainkan peran kunci dalam menetapkan standar global untuk kesehatan mental. Beberapa kebijakan internasional yang relevan:

- a. WHO Mental Health Action Plan 2013–2030: Rencana aksi ini mengutamakan integrasi kesehatan mental ke dalam sistem kesehatan nasional, dengan penekanan pada akses setara bagi perempuan. Tujuannya adalah mengurangi stigma dan diskriminasi yang dihadapi perempuan dengan gangguan kesehatan mental.
- b. The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW): CEDAW menuntut negara-negara anggota untuk memastikan bahwa perempuan tidak didiskriminasi dalam akses terhadap pelayanan kesehatan, termasuk kesehatan mental.
- c. UN Sustainable Development Goals (SDGs): SDG 3 secara khusus mencakup target untuk memastikan kesehatan yang baik dan kesejahteraan bagi semua, termasuk dukungan mental dan fisik bagi perempuan.

4. Tantangan dalam Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan asuhan kesehatan mental pada perempuan dihadapkan pada sejumlah tantangan:

- a. Stigma dan Diskriminasi: Masih ada stigma kuat terkait kesehatan mental, terutama terhadap perempuan, yang membuat mereka sering kali ragu untuk mencari bantuan.
- b. Kurangnya Sumber Daya: Di banyak negara, terutama negara berkembang, anggaran dan infrastruktur untuk kesehatan mental sangat terbatas. Tenaga medis terlatih dan fasilitas perawatan sering kali tidak memadai.
- c. Keterbatasan dalam Pengawasan dan Evaluasi: Kebijakan yang sudah dibuat di tingkat nasional maupun internasional sering kali sulit

diimplementasikan karena kurangnya sistem pengawasan dan evaluasi yang efektif.

5. Rekomendasi untuk Perbaikan Kebijakan

Untuk meningkatkan efektivitas kebijakan asuhan pada perempuan dengan gangguan kesehatan mental, diperlukan beberapa rekomendasi:

- a. Penguatan Kapasitas Tenaga Kesehatan: Pelatihan bagi tenaga kesehatan untuk menangani gangguan mental pada perempuan dengan pendekatan yang lebih sensitif terhadap gender.
- b. Penghapusan Stigma: Kampanye kesadaran untuk mengurangi stigma kesehatan mental harus ditingkatkan, terutama di komunitas lokal.
- c. Integrasi Layanan Kesehatan Mental dalam Sistem Kesehatan Nasional: Kesehatan mental harus menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari layanan kesehatan primer, dengan alokasi anggaran yang memadai.
- d. Kolaborasi Internasional: Negara-negara harus bekerja sama dalam berbagi pengalaman dan sumber daya untuk meningkatkan layanan kesehatan mental, khususnya bagi perempuan.
- e. Kerjasama Multisektoral: Kebijakan harus melibatkan banyak sektor, termasuk pendidikan, kesehatan, dan sosial, untuk memberikan dukungan menyeluruh bagi perempuan dengan gangguan kesehatan mental.

C. Hal – Hal Yang Beresiko Mempengaruhi Kesehatan Mental Kekerasan Terhadap Perempuan, Pengawasan Terhadap Perempuan, Penyalahgunaan Obat, Kelemahan – Kelemahan Dan Kabar Duka

Buku ini menguraikan berbagai tantangan yang dihadapi perempuan, termasuk kekerasan, pengawasan berlebihan, penyalahgunaan obat, serta dampak kabar duka. Kami berharap buku ini memberikan wawasan dan informasi mendalam yang dapat membantu dalam penanganan dan pencegahan masalah kesehatan mental.

1. Kekerasan Terhadap Perempuan

Kekerasan terhadap perempuan adalah salah satu pelanggaran hak asasi manusia yang paling umum dan berbahaya di seluruh dunia. Di Indonesia, laporan dari Komnas Perempuan menunjukkan bahwa kekerasan terhadap perempuan terus meningkat setiap tahun, dengan lebih dari 300.000 kasus dilaporkan pada 2022. Di luar negeri, situasi serupa terjadi di berbagai

negara, seperti Afrika Selatan dan India, di mana kekerasan berbasis gender sangat tinggi.

Dampak Kesehatan Mental:

- a. Depresi berat
- b. PTSD
- c. Rasa rendah diri dan isolasi sosial
- d. Gangguan kecemasan

2. Pengawasan Berlebihan Terhadap Perempuan

Pengawasan sosial atau kontrol berlebihan terhadap perempuan dapat mencakup batasan fisik, kontrol terhadap keputusan pribadi, hingga tekanan sosial yang intens. Di Indonesia, norma-norma patriarki masih kuat, menyebabkan banyak perempuan hidup di bawah pengawasan ketat keluarga atau masyarakat. Di beberapa negara lain, seperti Afghanistan dan Pakistan, perempuan menghadapi kendala sosial yang lebih besar terkait dengan kebebasan pribadi mereka.

Dampak Kesehatan Mental:

- a. Stres kronis
- b. Kecemasan sosial
- c. Depresi terkait ketergantungan
- d. Kurangnya harga diri

3. Penyalahgunaan Obat

Penyalahgunaan obat merupakan masalah kesehatan yang berdampak global. Di Indonesia, penyalahgunaan narkoba terus meningkat, dengan lebih dari 4 juta pengguna dilaporkan pada 2020. Di Amerika Serikat, krisis opioid telah menyebabkan gelombang kematian akibat overdosis dan gangguan mental yang serius, seperti depresi dan kecemasan.

Dampak Kesehatan Mental:

- a. Gangguan kecemasan dan depresi
- b. Ketergantungan psikologis
- c. Paranoia dan gangguan bipolar
- d. Kemampuan kognitif menurun

4. Pengaruh Kabar Duka

Kabar duka, baik akibat bencana alam maupun pandemi global, telah memberikan dampak besar pada kesehatan mental. Di Indonesia, korban bencana alam seperti tsunami dan gempa bumi sering mengalami trauma psikologis yang mendalam. Di seluruh dunia, pandemi COVID-19 menyebabkan lonjakan masalah kesehatan mental karena kematian, isolasi sosial, dan ketidakpastian ekonomi.

Dampak Kesehatan Mental:

- a. Depresi akibat kehilangan
- b. Gangguan tidur
- c. Kecemasan berlebih
- d. PTSD terkait trauma kehilangan

D. Komunikasi Dengan Perempuan Dengan Disabilitas (Fisik Dan Mental)

1. Disabilitas

Terdapat paradigma mainstream terkait istilah disabilitas, yakni model biomedis, model sosial dan model biopsikososial. Paradigma yang paling klasik

adalah model biomedis atau medical model of disability. Medical model of disability yang dipengaruhi oleh Teori Personal Tragedy yang dipostulasikan oleh Barnes. Barnes memiliki tesis yang didalamnya mengatakan bahwa disabilitas adalah ketidakberuntungan individu karena kondisinya (disabilitas)

tersebut merupakan hasil dari perbuatan tidak etis atau dosa, *taboo* atau bentuk sebuah kutukan atau hukuman Tuhan." Sementara konsep disabilitas kontemporer dalam *Convention on the right of person with disability* adalah hasil dari interaksi antara orang-orang yang tidak sempurna secara fisik dan mental dengan hambatan-hambatan lingkungan yang menghalangi peran serta (partisipasi) mereka di dalam masyarakat secara penuh dan efektif atas dasar kesetaraan dengan orang-orang lain. Berdasarkan uraian tersebut, penulis setuju dengan konsep disabilitas kontemporer yang menyatakan bahwa disabilitas adalah suatu kondisi seseorang yang mengalami hambatan fisik maupun mental dengan hambatan lingkungan sehingga dapat menghilangkan sebagian ataupun keseluruhan partisipasinya dalam kehidupan bermasyarakat.

2. Jenis-Jenis Disabilitas

a. Disabilitas Fisik

Penyandang Disabilitas Fisik ini meliputi beberapa macam, yaitu:

- 1) Kelainan Tubuh (disabilitas daksa). disabilitas daksa adalah individu yang memiliki gangguan gerak yang disebabkan oleh kelainan neuro-muskular dan struktur tulang yang bersifat bawaan, sakit atau akibat kecelakaan (kehilangan organ tubuh), polio dan lumpuh.
- 2) Kelainan Indera Penglihatan (disabilitas netra). Disabilitas netra adalah individu yang memiliki hambatan dalam penglihatan. Disabilitas netra dapat diklasifikasikan kedalam dua golongan yaitu: buta total (totally blind) dan low vision
- 3) Kelainan Pendengaran (disabilitas rungu). Disabilitas rungu adalah individu yang memiliki hambatan dalam pendengaran
- 4) Kelainan Bicara (disabilitas wicara), adalah seseorang yang mengalami kesulitan dalam mengungkapkan pikiran melalui bahasa verbal, sehingga sulit bahkan tidak dapat dimengerti oleh orang lain. Kelainan bicara ini dapat bersifat fungsional di mana kemungkinan disebabkan karena kedisabilitasrungan (disabilitas rungu-wicara), dan organik yang memang disebabkan adanya ketidaksempurnaan organ bicara maupun adanya gangguan pada organ motorik yang berkaitan dengan bicara disabilitas ganda, dimana keadaan seseorang yang menyandang disabilitas lebih dari satu.

b. Disabilitas Mental

Disabilitas mental adalah kondisi yang memengaruhi pikiran, emosi, perilaku, dan kemampuan seseorang untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari. Beberapa contoh disabilitas mental meliputi:

- 1) Gangguan Kecemasan: Terjadi ketika seseorang mengalami kecemasan berlebihan yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, seperti gangguan kecemasan umum, gangguan panik, dan fobia.
- 2) Depresi: Merupakan kondisi serius yang menyebabkan perasaan sedih yang mendalam, kehilangan minat, dan berkurangnya energi. Depresi dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk berfungsi di berbagai aspek kehidupan.
- 3) Gangguan Bipolar: Ditandai oleh perubahan suasana hati yang ekstrem, dari fase manik (energi tinggi, euforia) ke fase depresi.

- 4) Skizofrenia: Kondisi yang memengaruhi cara berpikir, merasa, dan berperilaku. Penderita mungkin mengalami halusinasi, delusi, dan gangguan pemikiran.
- 5) Gangguan Spektrum Autisme: Memengaruhi cara seseorang berinteraksi dan berkomunikasi dengan orang lain. Ini bisa mencakup kesulitan dalam memahami isyarat sosial dan membangun hubungan.
- 6) Gangguan Perilaku: Dikenal juga sebagai gangguan perilaku oposisi atau gangguan defisit perhatian (ADHD), yang ditandai dengan perilaku impulsif, sulit berkonsentrasi, dan kesulitan mengikuti aturan.

3. Karakteristik Disabilitas

a. Karakteristik rungu wicara

Karakteristik rungu wicara, yaitu: Menarik diri dari lingkungan sosial atau membatasi pergaulan; sukar menyesuaikan diri pada situasi berfikir dan perasaan orang lain; bersikap ragu-ragu, merasa cemas jika berada dilingkungan yang baru; pola pikir terpaku pada hal-hal yang kongkret; cepat marah dan mudah tersinggung.

b. Karakteristik Disabilitas Intelektual

Karakteristik Disabilitas Intelektual yaitu: tidak dapat mengurus diri, memelihara dan memimpin diri; cenderung bergaul dengan orang yang lebih muda darinya; tidak mampu menyatakan rasa bangga atau kagum; kepribadian yang kurang dinamis dan tidak memiliki wawasan yang luas; mudah dipengaruhi oleh orang lain; memiliki ketekunan dan rasa empati terhadap seseorang yang memperlakukannya dengan penuh kasih sayang.

c. Karakteristik Disabilitas Mental

Karakteristik Disabilitas Mental yaitu: Memiliki kekacauan tingkah laku; sering merasa cemas dan menarik diri dari lingkungan sosial; kurang dewasa, dengan ciri-ciri; pelamun, kaku, suka berangan-angan dan tidak bisa mengurus diri; agresif dalam bersosialisasi; memiliki rasa cemas, gelisah, malu, dan rendah diri.

d. Karakteristik Disabilitas Daksa

Karakteristik Disabilitas Daksa yaitu: Memiliki problem emosi, seperti, mudah tersinggung, mudah marah, rendah diri, kurang dapat bergaul

dan frustrasi; kurang memiliki rasa percaya diri dan sulit menyesuaikan diri.

e. Karakteristik disabilitas netra

- 1) Totally blind; curiga pada orang lain, mudah tersinggung, dan ketergantungan pada orang lain; gerakanya agak kaku dan kurang fleksibel; suka mengulang-ulang gerakan tertentu atau perilaku stereotip (stereotypic behavioral).
- 2) Low Vision; selalu melihat dengan memfokuskan pada satu titik benda atau mengerutkan dahi, memiringkan kepala guna menyesuaikan cahaya sensitive terhadap cahaya), sisa penglihatan yang dimiliki penyandang disabilitas low vision mampu mengikuti gerak benda. Apabila ada benda bergerak di depannya, ia akan mampu mengikuti arah gerak benda, hingga benda tersebut tidak tampak lagi.

Berdasarkan penjelasan tersebut, karakteristik disabilitas antara yang satu

dengan yang lain memiliki kekhususan masing-masing. Kekhususan tersebut penting diketahui oleh pelaku pemberdayaan guna memudahkan dalam proses pemberdayaan sesuai dengan potensi yang dimiliki dalam diri seorang

penyandang disabilitas. Seorang pekerja sosial dapat memahami bagaimana cara untuk memandirikan penyandang disabilitas sesuai dengan derajat kedisabilitasiannya. Oleh karenanya mengenal karakteristik penyandang disabilitas sangat penting sebelum menentukan program pemberdayaan bagi penyandang disabilitas tersebut.

4. Faktor-Faktor Penyebab Disabilitas

Adapun jenis dan penyebab kecacatan bisa disebabkan oleh berbagai faktor, yaitu:

- a. Disabilitas didapat (Acquired), penyebabnya bisa karena kecelakaan lalu lintas, perang atau konflik bersenjata atau akibat penyakit-penyakit kronis.
- b. Disabilitas bawaan atau sejak lahir (Congenital), penyebabnya antara lain karena kelainan pembentukan organ-organ (organogenesis) pada masa kehamilan, karena serangan virus, gizi buruk, pemakaian obat-obatan tak terkontrol atau karena penyakit menular seksual.

Berdasarkan pernyataan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa faktor penyebab seseorang mengalami kondisi disabilitas disebabkan oleh dua faktor, yang pertama karena bawaan sejak lahir dan yang kedua terjadi bukan sejak lahir atau terjadi saat setelah usia belia atau remaja atau dewasa atau lansia karena suatu kejadian (kecelakaan, perang, atau penyakit kronis) yang dapat mengakibatkan seseorang tersebut menjadi disabilitas.

5. Hak Disabilitas

a. Pengertian Hak Disabilitas

Hak asasi manusia adalah sesuatu yang melekat pada pribadi seseorang karena orang tersebut adalah manusia. Hak ini dimiliki oleh semua manusia termasuk penyandang disabilitas tanpa diskriminasi. Dalam dua dasawarsa terakhir, masyarakat penyandang disabilitas global telah berusaha untuk merubah paradigma terhadap penyandang disabilitas sebagai obyek kegiatan amal atau orang sakit yang membutuhkan kesembuhan menjadi subjek yang memiliki hak-hak dan Mampu mengklaim hak-haknya.

Hak Disabilitas yaitu, setiap penyandang disabilitas berhak bebas dari penyiksaan atau perlakuan yang kejam, tidak manusiawi, merendahkan martabat manusia, bebas dari 'eksploitasi', kekerasan dan perlakuan semena-mena, serta memiliki hak untuk mendapatkan penghormatan atas integritas mental dan fisiknya berdasarkan kesamaan dengan orang lain. Termasuk di dalamnya hak untuk mendapatkan perlindungan dan pelayanan sosial dalam rangka kemandirian, serta Hak bebas dari Diskriminasi penelantaran, penyiksaan, dan eksploitasi untuk Penyandang Disabilitas, yang meliputi hak:

- Bersosialisasi dan berinteraksi dalam kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, dan bernegara tanpa rasa takut; dan
- Mendapatkan Pelindungan dari segala bentuk kekerasan fisik, psikis, ekonomi, dan seksual.

Berdasarkan berbagai pernyataan diatas, dapat disimpulkan bahwa hak disabilitas yaitu suatu yang melekat pada pribadi penyandang disabilitas, yang meliputi hak untuk mendapatkan penghormatan, hak mendapatkan perlindungan dari diskriminasi, dan hak pelayanan sosial dalam rangka mewujudkan kemandirian.

b. Hak wanita disabilitas

Hak wanita disabilitas yang dicantumkan dalam suatu kebijakan atau Undang-undang merupakan suatu bentuk perlindungan sekaligus pemberdayaan bagi wanita disabilitas, mengingat wanita disabilitas kerap mengalami perlakuan diskriminasi berlapis.

Dimana diskriminasi berlapis merupakan bentuk diskriminasi yang dialami karena gender atau sebagai seorang wanita dan sebagai penyandang disabilitas sehingga mereka tidak mendapatkan kesempatan yang sama dalam keluarga, masyarakat, dan negara di berbagai bidang kehidupan. "Adapun hak khusus bagi wanita disabilitas, yaitu: hak atas kesehatan reproduksi; hak atas menerima atau menolak penggunaan alat kontrasepsi; hak atas perlindungan lebih dari tindak kekerasan; dan hak perlindungan lebih dari perlakuan diskriminasi berlapis."

c. Kewajiban negara terhadap pemenuhan hak wanita disabilitas

Kewajiban Pemerintah dan Pemerintah Daerah terhadap pemenuhan hak wanita disabilitas adalah:

- Menyediakan unit layanan informasi dan tindak cepat untuk perempuan dan anak penyandang disabilitas yang menjadi korban kekerasan.
- Memberikan perlindungan khusus terhadap perempuan dan anak penyandang disabilitas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Menyediakan rumah aman yang mudah diakses untuk perempuan dan anak penyandang disabilitas yang menjadi korban kekerasan.

6. Strategi Pemberdayaan Wanita Disabilitas

Pemberdayaan terhadap wanita disabilitas oleh Lembaga Swadaya Masyarakat pada umumnya mengacu kepada kesejahteraan sosial dan keadilan. Mengingat wanita disabilitas kerap mengalami diskriminasi berlapis, sehingga memunculkan masalah ketidakadilan baginya, dan mereka tidak memiliki akses untuk mendapatkan haknya. Melihat dari masalah tersebut, penanganan masalah wanita disabilitas dapat dilakukan dengan pemberian akses kepada wanita disabilitas melalui kebijakan yang memihaknya. Dan untuk menjangkau ranah kebijakan tersebut diperlukan suatu rencana dan tindakan untuk mempengaruhi

pemangku kebijakan agar membuat atau mengesahkan kebijakan terkait hak wanita disabilitas (advokasi).

Perencanaan kegiatan advokasi perlu memperhatikan dua faktor yaitu faktor internal atau faktor dari dalam wanita disabilitas sendiri dan faktor eksternal atau faktor dari luar wanita disabilitas. Perhatian pada faktor internal ini dilakukan dengan menganalisis terhadap suatu kondisi dan isu-isu sosial terkait wanita disabilitas, atau dengan memperhatikan masalah dan kebutuhan yang dihadapi oleh wanita disabilitas. Selanjutnya faktor eksternal yang perlu diperhatikan adalah kemampuan untuk membangun basis masa atau dukungan dari masyarakat dan kemampuan untuk mempengaruhi pemangku kebijakan, agar mau mengubah atau mengganti, mengesahkan, dan mengimplementasikan suatu kebijakan.

Ketika kegiatan advokasi dilaksanakan oleh pelaku advokasi (supervise) dengan melakukan pengembangan kapasitas sistem, sosialisasi, dan lobby. Yang bertujuan untuk pemenuhan hak bagi wanita disabilitas. Dengan menempatkan

wanita disabilitas sebagai subyek dari kegiatan tersebut, artinya wanita disabilitas berpartisipasi aktif sebagai pelaku dalam kegiatan advokasi tersebut.

7. Prinsip Komunikasi yang Inklusif

- a. Menghargai individu sebagai pribadi yang utuh.
- b. Menghindari asumsi terkait kemampuan.
- c. Menerapkan komunikasi yang empatik dan menghargai privasi.

8. Komunikasi dengan Perempuan dengan Disabilitas Fisik

- a. Penggunaan bahasa yang tepat: Gunakan istilah yang menghormati, seperti "pengguna kursi roda" dibandingkan "terkurung dalam kursi roda."
- b. Interaksi langsung: Jika orang menggunakan alat bantu fisik (misalnya, kursi roda), lakukan komunikasi dengan posisi yang sejajar.
- c. Tanyakan kebutuhan: Jangan langsung memberikan bantuan tanpa meminta izin terlebih dahulu.

9. Komunikasi dengan Perempuan dengan Disabilitas Mental

- a. Kesederhanaan dalam bahasa: Gunakan kalimat yang mudah dipahami dan singkat.
- b. Perlambat kecepatan berbicara: Berikan waktu lebih untuk pemrosesan informasi.

- c. Konfirmasi pemahaman: Selalu tanyakan apakah informasi telah dipahami dengan benar.

E. Sasaran Promosi Kesehatan secara Spesifik

1. Sasaran Primer (Primary Target) Sasaran utama dari upaya pendidikan atau promosi kesehatan adalah masyarakat secara umum. Berdasarkan masalah kesehatan yang ada, sasaran ini dapat dibagi menjadi beberapa kelompok, seperti kepala keluarga untuk isu kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui terkait kesehatan ibu dan anak (KIA), serta anak sekolah untuk kesehatan remaja. Upaya promosi yang ditujukan kepada sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (empowerment).
2. Sasaran Sekunder (Secondary Target) Sasaran sekunder meliputi tokoh masyarakat, tokoh agama, dan tokoh adat. Kelompok ini disebut sasaran sekunder karena pendidikan kesehatan yang diberikan diharapkan dapat ditransfer kepada masyarakat di sekitar mereka. Dengan menerapkan perilaku sehat yang dipelajari, para tokoh ini akan menjadi contoh bagi masyarakat. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini selaras dengan strategi dukungan sosial (social support).
3. Sasaran Tersier (Tertiary Target) Sasaran tersier dari pendidikan kesehatan adalah para pembuat keputusan atau penentu kebijakan, baik di tingkat pusat maupun daerah. Kebijakan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempengaruhi perilaku tokoh masyarakat (sasaran sekunder) serta masyarakat umum (sasaran primer). Upaya promosi kesehatan untuk sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi (advocacy).

F. Visi dan Misi Promosi Kesehatan

Adapun visi dari promosi kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Masyarakat diharapkan dapat meningkatkan kemampuan mereka dalam memelihara dan memperbaiki derajat kesehatan fisik, mental, dan sosial, sehingga dapat berkontribusi secara produktif baik secara ekonomi maupun sosial.
2. Pendidikan kesehatan harus terintegrasi dalam semua program kesehatan, termasuk pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, dan pelayanan kesehatan lainnya. Ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan.

Misi promosi kesehatan merupakan upaya yang harus dilakukan dan mempunyai keterkaitan dalam pencapaian suatu visi. Misi Promosi Kesehatan yaitu:

a. Advokat (*advocate*)

Ditujukan kepada para pengambil keputusan dan pembuat kebijakan. Advokasi adalah rangkaian kegiatan terencana yang bertujuan untuk memengaruhi para pembuat kebijakan agar memahami pentingnya dukungan terhadap isu kebijakan tertentu, termasuk program kesehatan yang diusulkan.

b. Menjembatani (*mediate*)

Membangun kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang berhubungan dengan kesehatan. Pelaksanaan program kesehatan memerlukan kolaborasi dengan program lain baik di dalam sektor kesehatan maupun lintas sektor. Promosi kesehatan berperan penting dalam menciptakan jembatan dan kemitraan untuk mengatasi masalah kesehatan secara lebih holistik.

c. Memampukan (*enable*)

Memberdayakan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan secara mandiri. Masyarakat dilengkapi dengan keterampilan yang diperlukan agar mereka mampu merawat dan memperbaiki kesehatan mereka sendiri. Tujuan dari pemberian keterampilan ini adalah untuk meningkatkan pendapatan keluarga, sehingga dengan peningkatan ekonomi, kemampuan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan keluarga juga akan meningkat.

G. Promosi kesehatan mental yang dapat dilaksanakan dengan pendekatan dan strategi yang baik seperti berikut :

1. Advokasi: Upaya untuk mendapatkan dukungan dari para pengambil keputusan guna melakukan perubahan nilai atau peraturan yang ada demi meningkatkan kualitas layanan kesehatan reproduksi. Dengan demikian, tujuan promosi kesehatan terkait kesehatan reproduksi yaitu peningkatan pengetahuan yang diikuti oleh perubahan perilaku dapat tercapai. Sasaran untuk strategi advokasi ini sering disebut sebagai kelompok sasaran tersier. Implementasi strategi ini biasanya melibatkan pendekatan kepada pimpinan atau institusi tertinggi di daerah setempat.

2. Bina suasana: Menciptakan lingkungan yang positif terhadap tujuan promosi kesehatan, khususnya peningkatan pengetahuan yang disertai dengan perubahan perilaku. Strategi ini biasanya ditujukan kepada pemimpin masyarakat atau individu berpengaruh yang dapat memengaruhi pengetahuan dan perilaku kelompok sasaran utama. Kelompok sasaran untuk strategi ini dikenal sebagai kelompok sasaran sekunder. Pelaksanaan strategi ini seringkali melibatkan pelatihan, sosialisasi program, dan pertemuan-pertemuan yang menggunakan metode komunikasi formal dan modern, serta pendekatan sederhana dan informal.
3. Gerakan masyarakat: Meningkatkan pengetahuan kelompok sasaran utama (yaitu mereka yang menghadapi masalah) yang diharapkan diikuti dengan perubahan perilaku untuk mengatasi isu yang dihadapi. Sasaran dari strategi gerakan masyarakat ini umumnya adalah kelompok sasaran utama atau dikenal sebagai kelompok sasaran primer, yaitu mereka yang pengetahuan dan perilakunya ingin diubah. Pelaksanaan strategi ini biasanya dilakukan melalui interaksi langsung atau penyuluhan kelompok, dengan memanfaatkan metode komunikasi yang lebih sederhana dan informal. Misalnya, melakukan pelatihan bagi kader-kader PKK dan kader posyandu agar mereka memahami kesehatan reproduksi atau layanan kesehatan reproduksi yang tersedia, sehingga dapat menginformasikan masyarakat di sekitarnya untuk memanfaatkan layanan tersebut.

H. Prinsip-Prinsip Dasar Promosi Kesehatan terhadap Kesehatan Reproduksi

Tujuh aspek penting yang perlu diperhatikan Petugas dalam melaksanakan setiap kegiatan promosi Kesehatan Reproduksi, yaitu:

1. Keterpaduan
Kegiatan promosi kesehatan dilaksanakan secara terpadu, yang mencakup kesatuan dalam hal sasaran, lokasi, petugas penyelenggara, pendanaan, dan sarana yang digunakan.
2. Mutu
Materi promosi kesehatan harus berkualitas, yang berarti didasarkan pada informasi ilmiah terkini, dapat dipertanggungjawabkan, jujur, dan seimbang (mencakup manfaat dan risiko untuk sasaran). Materi juga harus disesuaikan dengan media dan jalur penyampaian, jelas, serta tepat sasaran

dengan memperhatikan karakteristik kelompok sasaran, seperti lokasi, tingkat sosial-ekonomi, latar belakang budaya, dan usia.

3. Media dan jalur

Kegiatan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi dapat dilakukan melalui berbagai media (tatap muka, media tertulis, elektronik, tradisional, dll.) dan jalur (formal, informal, institusional, dll.) sesuai dengan situasi yang ada. Pemilihan media dan jalur ini mempertimbangkan kekuatan dan kelemahan masing-masing, berdasarkan kondisi kelompok sasaran dan pesan yang ingin disampaikan. Materi dan pesan disampaikan dengan tema yang konsisten untuk mencapai sinergi.

4. Efektif Kegiatan KIE yang efektif harus menghasilkan dua hal: (1) peningkatan pengetahuan dan (2) perubahan perilaku kelompok sasaran. Pesan-pesan KIE Kesehatan Reproduksi harus menyampaikan informasi yang jelas mengenai pengetahuan dan perilaku yang diharapkan dapat dilakukan oleh kelompok sasaran.

5. Penyampaian materi dan pesan harus dilakukan secara bertahap, berulang, dan bervariasi, sesuai dengan kemampuan dan daya serap kelompok sasaran. Variasi dalam materi dan pesan tidak hanya menghindari kebosanan, tetapi juga menarik perhatian penerima. Oleh karena itu, penting untuk menyesuaikan bahasa, media, jalur, dan metode agar relevan dengan kondisi dan lingkungan kelompok sasaran.

6. Menyenangkan

Tren terbaru dalam komunikasi menunjukkan bahwa kegiatan KIE paling berhasil jika dilakukan dengan cara yang kreatif dan inovatif, sehingga membuat kelompok sasaran merasa senang. Penyampaian yang kreatif dapat dilakukan melalui pendekatan "pendidikan yang menghibur" (edutainment), yang menggabungkan pendidikan dan hiburan, sehingga kelompok sasaran diajak berpikir secara rasional dan mendapatkan informasi bermanfaat sambil merasa terhibur.

7. Semua kegiatan KIE harus diikuti dengan tindak lanjut yang berkesinambungan. Setelah pelaksanaan KIE, penting untuk melakukan evaluasi proses dan hasil untuk merencanakan kegiatan selanjutnya. Perubahan perilaku bukanlah hal yang mudah; setiap perilaku baru perlu dukungan terus-menerus agar dapat menjadi kebiasaan. Oleh karena itu, kegiatan KIE harus dilakukan secara terus-menerus dan berulang sampai

perilaku baru tersebut benar-benar tertanam dan menjadi kebiasaan kelompok sasaran.

I. Edukasi dan Konseling Kesehatan Mental

Bidan memiliki peran utama dalam memberikan edukasi dan konseling tentang kesehatan mental kepada perempuan di masa reproduksi. Bidan dapat memberikan informasi mengenai pentingnya menjaga kesehatan mental selama masa kehamilan, persalinan, dan periode pasca-melahirkan. Beberapa langkah dalam promosi kesehatan mental yang dilakukan oleh bidan meliputi:

1. Memberikan informasi tentang kesehatan mental selama kunjungan antenatal: Pada kunjungan antenatal (sebelum kelahiran), bidan dapat mengedukasi ibu hamil tentang risiko dan tanda-tanda awal gangguan kesehatan mental, seperti kecemasan prenatal atau depresi postpartum.
2. Mempromosikan kesehatan mental positif: Bidan dapat mengajarkan perempuan tentang teknik relaksasi, manajemen stres, dan pentingnya dukungan sosial selama kehamilan dan masa nifas.
3. Konseling emosional: Bidan dapat memberikan konseling kepada perempuan yang merasa cemas atau stres terkait kehamilan dan persalinan, membantu mereka mengembangkan strategi koping (coping strategies) yang positif.

J. Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Mental

Deteksi dini gangguan kesehatan mental merupakan langkah krusial dalam perawatan kesehatan reproduksi. Bidan berada di garis depan untuk mengenali tanda-tanda awal gangguan mental pada perempuan selama masa reproduksi.

1. Menggunakan alat skrining kesehatan mental: Bidan dapat menggunakan instrumen skrining seperti *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* untuk mendeteksi risiko depresi postpartum atau kecemasan pada ibu hamil dan ibu pasca melahirkan.
2. Memantau kesehatan mental selama masa nifas: Bidan harus memantau ibu pasca-melahirkan untuk melihat gejala-gejala awal depresi atau gangguan kecemasan. Ini termasuk memantau perubahan suasana hati, gangguan tidur, dan rasa tidak mampu mengasuh bayi.
3. Mengidentifikasi perempuan yang rentan: Bidan dapat mengenali kelompok-kelompok perempuan yang lebih rentan terhadap gangguan

kesehatan mental, seperti mereka yang mengalami komplikasi kehamilan, ibu tunggal, atau perempuan dengan riwayat gangguan kesehatan mental sebelumnya.

K. Dukungan Emosional dan Psikologis

Bidan berperan dalam memberikan dukungan emosional yang berkelanjutan selama masa reproduksi, baik selama kehamilan, persalinan, maupun pasca-melahirkan. Dukungan psikologis yang diberikan oleh bidan dapat membantu perempuan mengatasi perasaan cemas, stres, dan ketidakpastian yang umum terjadi selama periode ini.

1. Memberikan dukungan emosional saat persalinan: Bidan dapat membantu mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan melalui komunikasi yang baik, pemberian informasi yang tepat, serta dukungan emosional yang penuh empati.
2. Mengajak keterlibatan keluarga dalam dukungan mental: Bidan dapat mendorong anggota keluarga, terutama pasangan, untuk turut mendukung kesehatan mental perempuan selama kehamilan dan setelah persalinan. Dukungan sosial dari orang-orang terdekat terbukti efektif dalam menjaga kesehatan mental perempuan.
3. Membina hubungan terapeutik dengan pasien: Bidan yang memiliki hubungan terapeutik yang baik dengan pasien dapat menciptakan rasa aman dan kepercayaan, yang memungkinkan perempuan untuk terbuka tentang masalah mental yang mereka alami.

L. Rujukan ke Layanan Kesehatan Mental

Dalam situasi di mana gangguan kesehatan mental yang dialami oleh perempuan memerlukan penanganan lebih lanjut, bidan berperan dalam merujuk pasien ke layanan kesehatan mental yang lebih spesifik, seperti psikolog atau psikiater.

1. Mengenali batas kemampuan: Bidan harus mampu mengenali ketika kondisi kesehatan mental perempuan memerlukan intervensi lebih lanjut yang berada di luar kemampuan mereka sebagai bidan, seperti kasus depresi berat atau gangguan kecemasan yang signifikan.
2. Kolaborasi dengan tim kesehatan: Bidan dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain, seperti psikolog klinis atau konselor, untuk

memberikan perawatan yang holistik kepada perempuan yang membutuhkan dukungan kesehatan mental yang lebih intensif.

M. Peningkatan Kapasitas Bidan dalam Kesehatan Mental

Agar bidan dapat berperan lebih efektif dalam mempromosikan kesehatan mental, mereka perlu mendapatkan pelatihan khusus dalam aspek kesehatan mental perempuan. Pelatihan ini dapat mencakup:

1. Pelatihan tentang gangguan kesehatan mental umum pada perempuan: Bidan perlu dilatih tentang gangguan kesehatan mental yang sering terjadi pada perempuan dalam masa reproduksi, seperti depresi, kecemasan, PTSD, dan depresi postpartum.
2. Pelatihan teknik konseling dasar: Bidan perlu dilatih dalam keterampilan konseling dasar untuk membantu perempuan mengatasi stres dan kecemasan.
3. Pemahaman tentang budaya dan sensitivitas gender: Kesehatan mental perempuan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya dan gender. Bidan harus memiliki pemahaman tentang isu-isu ini untuk memberikan perawatan yang sesuai dengan latar belakang sosial dan budaya perempuan.

N. Latihan

1. Apa peran utama bidan dalam mendukung kesehatan mental perempuan selama masa kehamilan?
 - a. Memberikan perawatan fisik secara eksklusif
 - b. Mengedukasi ibu hamil tentang tanda-tanda awal gangguan kesehatan mental**
 - c. Meresepkan obat-obatan untuk mengatasi depresi
 - d. Melakukan terapi psikologis intensif
 - e. Menunda perawatan kesehatan mental sampai setelah melahirkan
2. Apa yang dapat dilakukan bidan untuk membantu perempuan mengelola stres selama masa reproduksi?
 - a. Menganjurkan penggunaan obat penenang
 - b. Mengajarkan teknik relaksasi dan manajemen stress**
 - c. Memberikan konsultasi medis setiap minggu
 - d. Merujuk langsung ke psikiater
 - e. Mengurangi beban kerja perempuan

3. Jika seorang bidan menemukan bahwa perempuan mengalami depresi berat selama masa nifas, tindakan yang tepat adalah...
 - a. Memberikan terapi kognitif-behavioral (CBT)
 - b. Memberikan obat antidepresan
 - c. Merujuk ke layanan kesehatan mental yang lebih spesifik**
 - d. Mengabaikan kondisi tersebut karena dianggap sementara
 - e. Menganjurkan pasien untuk mengatasi sendiri masalahnya
4. Mengapa dukungan sosial dari keluarga penting dalam menjaga kesehatan mental perempuan selama masa reproduksi?
 - a. Dukungan sosial mencegah semua gangguan kesehatan mental
 - b. Dukungan sosial dapat meningkatkan kepercayaan diri dan mengurangi kecemasan**
 - c. Dukungan sosial menggantikan peran tenaga kesehatan
 - d. Dukungan sosial mengurangi kebutuhan perawatan medis
 - e. Dukungan sosial hanya diperlukan setelah melahirkan
5. Mengapa penting bagi bidan untuk memahami konteks budaya dan sensitivitas gender dalam mempromosikan kesehatan mental perempuan?
 - a. Agar bidan dapat menggantikan peran keluarga dalam mendukung kesehatan mental
 - b. Agar bidan bisa merujuk perempuan dengan gangguan kesehatan mental lebih cepat
 - c. Karena faktor budaya dan gender mempengaruhi cara perempuan merespons stres dan gangguan kesehatan mental**
 - d. Agar bidan dapat memberikan obat yang tepat sesuai latar belakang sosial
 - e. Untuk menghindari interaksi dengan keluarga pasien selama proses asuhan

O. Rangkuman Materi

Bidan memainkan peran penting dalam mempromosikan kesehatan mental yang baik pada perempuan selama masa reproduksi. Dengan memberikan edukasi, deteksi dini, dukungan emosional, dan merujuk pasien yang membutuhkan perawatan lebih lanjut, bidan dapat membantu mencegah dan mengatasi gangguan kesehatan mental pada perempuan. Untuk mendukung peran ini, bidan harus terus meningkatkan kapasitas

mereka melalui pelatihan dan pendidikan dalam bidang kesehatan mental. Dengan pendekatan yang holistik dan berbasis empati, bidan dapat menjadi ujung tombak dalam menjaga kesehatan mental perempuan selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas.

Kebijakan asuhan pada perempuan dengan gangguan kesehatan mental memainkan peran penting dalam meningkatkan akses terhadap perawatan yang berkualitas. Berbagai kebijakan lokal, nasional, dan internasional berusaha menjawab tantangan-tantangan yang dihadapi perempuan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan mental. Namun, tantangan seperti stigma, sumber daya yang terbatas, dan implementasi yang tidak merata masih perlu diatasi.

Disabilitas dapat dibagi menjadi tiga kategori: 1) Disabilitas fisik, yaitu keterbatasan yang menghambat fungsi sistem gerak atau penginderaan seseorang; 2) Disabilitas mental, yang mencakup hambatan atau kelebihan dalam intelektual, termasuk mental tinggi, mental rendah, dan kebutuhan khusus; dan 3) Disabilitas ganda, yang merujuk pada kondisi di mana seseorang mengalami lebih dari satu jenis disabilitas.

Pemberdayaan perempuan dengan disabilitas oleh Lembaga Swadaya Masyarakat umumnya berfokus pada kesejahteraan sosial dan keadilan. Mengingat bahwa perempuan disabilitas sering menghadapi diskriminasi ganda, masalah ketidakadilan ini menjadi lebih kompleks, dan mereka seringkali tidak memiliki akses untuk mendapatkan hak-hak mereka. Oleh karena itu, penanganan isu ini harus dilakukan dengan memberikan akses kepada perempuan disabilitas melalui kebijakan yang mendukung mereka. Untuk mencapai hal ini, diperlukan rencana dan tindakan yang dapat memengaruhi pengambil keputusan agar menciptakan atau menyetujui kebijakan yang berkaitan dengan hak-hak perempuan disabilitas (advokasi).

P. Glosarium

Advokasi: Upaya untuk mempengaruhi pembuat kebijakan agar mendukung isu kesehatan tertentu.

Coping Strategies: Strategi atau cara yang digunakan seseorang untuk mengatasi stres atau masalah dalam kehidupannya.

Edu-tainment: Pendekatan yang menggabungkan pendidikan dan hiburan untuk meningkatkan keterlibatan masyarakat.

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

KIE: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi

Kesehatan Mental: Kondisi kesejahteraan emosional dan psikologis di mana seseorang dapat mengatasi tekanan kehidupan, bekerja secara produktif, dan berkontribusi kepada komunitasnya.

Stigma: Persepsi negatif atau diskriminasi terhadap seseorang yang memiliki gangguan mental.

Asuhan: Proses memberikan perawatan atau dukungan kesehatan yang dibutuhkan oleh individu yang memerlukan.

Kekerasan Terhadap Perempuan: Tindakan yang menyebabkan kerugian fisik, psikologis, atau emosional pada perempuan.

Pengawasan Berlebihan: Kontrol yang dilakukan secara sosial atau individu yang membatasi kebebasan perempuan.

Penyalahgunaan Obat: Penggunaan obat secara tidak wajar yang dapat berdampak negatif pada kesehatan fisik dan mental.

PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder): Gangguan mental yang muncul setelah mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatis.

Depresi: Kondisi kesehatan mental yang ditandai dengan perasaan sedih berkepanjangan dan kehilangan minat dalam aktivitas sehari-hari.

Disabilitas Fisik: Gangguan yang mempengaruhi kemampuan gerak, postur tubuh, atau fungsi fisik lainnya.

Disabilitas Mental: Gangguan yang mempengaruhi kemampuan berpikir, merasakan, atau berperilaku, termasuk gangguan perkembangan.

Empati: Kemampuan untuk memahami dan merasakan apa yang dirasakan orang lain.

Inklusif: Menerima dan menyertakan semua individu tanpa diskriminasi.

Hambatan Komunikasi: Faktor yang menghalangi kelancaran komunikasi antara dua pihak.

Daftar Pustaka

Aprilina Pawestri, Hak Penyandang Disabilitas Dalam Perspektif Ham Internasional Dan Ham Nasional, Jurnal Era Hukum Volume 2, No. 1, Juni 2017

Barnes, C., & Mercer, G. (2003). Disability. Polity Press.

Cita, Putri Mutiara. 2011. Etika dalam Promosi Kesehatan.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Departemen Kesehatan RI. 2008. Modul Pelatihan bagi Tenaga Promosi

Kesehatan di Puskesmas. Jakarta : DepKes

Devi dan Noviya. 2012. Upaya Preventif terhadap Kesehatan Reproduksi.

Dewi, A. (2021). Pengawasan Sosial dan Dampaknya Pada Kesehatan Mental Perempuan. Yogyakarta: Pustaka Rakyat.

Fatmanadia. 2012. Pendidikan Kesehatan/Promosi Kesehatan dalam Mengubah Cara Pandang Masyarakat terhadap Kesehatan Reproduksi.

ICM (International Confederation of Midwives). (2011). Essential Competencies for Midwifery Practice. Hague: ICM.

Jones, I., & Shakespeare, J. (2014). Postnatal Depression. BMJ Clinical Review. Retrieved from <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f7391>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Kesehatan Jiwa.

Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic Stress Disorder Part I: Historical Development of the Concept. Perspectives in Psychiatric Care, 42(1), 13-20.

Melina Margaretha, et al. 2015. Disabilitas dalam Ketangguhan: Berangkat dari Sumberdaya yang Belum Termanfaatkan. German: Aktion Deutschland Hilft

Nicola Golbran. 2010. Akses Terhadap Keadilan Penyandang Disabilitas Indonesia : Kajian Latar Belakang. Jakarta: Australian AID

Notoatmodjo, S. (2010). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Oliver, M. (1990). The Politics of Disablement. Palgrave Macmillan.

Prijono Onny S., & A.M. W. Pranaka. 1996. Pemberdayaan: Konsep, Kebijakan dan Implementasi. Jakarta: Center for Strategic and International Studies

Rakhmat, J. (2007). Komunikasi Kesehatan: Teori dan Praktik. Bandung: Remaja Rosdakarya.

Saputra, R. (2019). Pengaruh Kekerasan Terhadap Kesehatan Mental. Jakarta: Gramedia Pustaka.

Shakespeare, T. (2018). Disability: The Basics. Routledge.

Sustainable Development Goals (SDGs).

United Nations (UN). (1979). Convention on the Elimination of All Forms of

- Discrimination Against Women (CEDAW). New York: UN.
- United Nations. (1979). Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW).
- United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations.
- WHO (World Health Organization). (2013). Mental Health Action Plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2020). Kesehatan Mental Perempuan di Era Modern. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (1984). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (1986). Promoting Health: The Role of Health Education and Health Promotion. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2021). Improving Maternal Mental Health. Geneva: WHO. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
- World Health Organization. (2011). World Report on Disability. World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2030.

PROFIL PENULIS



Bd. Ardiyanti Hidayah, SST., M.Kes. Lahir di Sidoarjo, 17 November 1989. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D-IV Bidan Pendidik di Stikes Husada Jombang, Jawa Timur pada tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Sebelas Maret Surakarta, Solo- Jawa Tengah dan lulus pada tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2011-2012 menjadi dosen kebidanan di Stikes Husada Jombang. Dan pada tahun 2019 - sekarang penulis menjadi Kepala program studi diploma tiga kebidanan. Saat ini penulis mengampu mata kuliah asuhan kebidanan kehamilan, asuhan kebidanan persalinan, asuhan kebidanan nifas dan menyusui, dan mata kuliah kebidanan komplementer. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, narasumber komplementer dan menjadi owner dari klinik kebidanan komplementer yang bermanfaat sebagai penunjang pengabdian masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ardiya1789@gmail.com
Motto: "Ilmu tidak akan pernah ada habisnya, jika lelah beristirahatlah dan jangan pernah berhenti."



Bdn. Imelda Martina Gloria Sianipar, SST., M.Keb Lahir di Balige, 26 Juni 1980. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D IV pada Program Studi Kebidanan, Universitas Padjadjaran tahun 2006. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Padjadjaran dan lulus pada tahun 2016. Pada tahun 2023 menyelesaikan Pendidikan Profesi Bidan di Dharma Husada Bandung. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Institut Kesehatan Immanuel Bandung mengampu mata kuliah asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, neonatus dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, workshop, kegiatan pengabdian masyarakat dan melakukan kegiatan penelitian. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: imelda.stiki@gmail.com
Motto: "Takut akan Tuhan adalah permulaan pengetahuan"

PROFIL PENULIS



Maryam, S.ST., M.Keb. Penulis di lahirkan pada tanggal 27 Mei, penulis mulai mendalami ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2010 silam dengan berhasil menyelesaikan studi Diploma III pada tahun 2013, dan langsung melanjutkan Pendidikan Diploma IV pada tahun 2014. Penulis melanjutkan pendidikannya kembali dan berhasil menyelesaikan studi S2 di prodi Kebidanan Program Studi Magister Kebidanan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2020. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Diploma III Kebidanan KH Putra. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: maryammdf@gmail.com
Motto: "Living your life well")



Kiftiyah, S.ST., M.Kes. Lahir di Jombang, 20 Maret 1983. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di STIKES Dian Husada Jombang dan pada tahun 2012 dan jenjang S2 pada Program Studi pendidikan Magister Kesehatan Kedokteran Keluarga di Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta. Pada Tahun 2022 Penulis sedang menempuh pendidikan S3 Psikologi Pendidikan di Fakultas Psikologi Pendidikan Universitas Negeri Malang. Saat ini penulis bekerja di STIKES Dian Husada Mojokerto. Penulis aktif dalam kegiatan Penelitian dan Pengabdian masyarakat dengan beberapa karya, selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal ilmiah, buku yang pernah ditulis diantaranya Pengantar Asuhan kebidanan. Mata kuliah sesuai dengan bidang keahlian yang menjadi tanggung jawab penulis di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dian Husada Mojokerto adalah Asuhan Kebidanan ibu Hamil, Asuhan Ibu Bersalin, Asuhan Ibu Nifas, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Psikologi Kebidanan, dan Penulis berharap karya yang dihasilkan bisa bermanfaat bagi Dosen, Mahasiswa dan masyarakat pada umumnya.

SINOPSIS BUKU

Dalam dunia Pendidikan kesehatan, dipastikan ilmu psikologi menjadi bagian kurikulum dan menjadi salah satu mata kuliah yang wajib bagi mahasiswa kebidanan.

Para bidan tentunya menyadari bahwa tugas utama berkaitan dengan manusia sehingga kebutuhan pengetahuan tentang manusia tidak hanya cukup dari pengetahuan anatomi, biologi, biokimia dan kimiawi saja. Tetapi juga dengan pengetahuan-pengetahuan yang lain salah satunya tentang psikologi.

Buku Ajar ini diperuntukkan bagi mahasiswa kebidanan guna memenuhi kebutuhan referensi mata kuliah psikologi. Khususnya mata kuliah psikologi dalam praktik kebidanan. Penyusunan buku ajar ini disesuaikan dengan kurikulum yang berlaku saat ini. Materi-materi yang diuraikan diharapkan dapat membantu mahasiswa kesehatan baik dari segi teori maupun sisi terapannya.

Semoga buku ajar ini dapat memenuhi kebutuhan belajar mahasiswa kesehatan dalam memahami kondisi psikkologis para pasien di kemudian hari.

Dalam dunia Pendidikan kesehatan, dipastikan ilmu psikologi menjadi bagian kurikulum dan menjadi salah satu mata kuliah yang wajib bagi mahasiswa kebidanan. Para bidan tentunya menyadari bahwa tugas utama berkaitan dengan manusia sehingga kebutuhan pengetahuan tentang manusia tidak hanya cukup dari pengetahuan anatomi, biologi, biokimia dan kimiawi saja. Tetapi juga dengan pengetahuan-pengetahuan yang lain salah satunya tentang psikologi.

Buku ini diperuntukkan bagi mahasiswa kebidanan guna memenuhi kebutuhan referensi mata kuliah psikologi. Khususnya mata kuliah psikologi dalam praktik kebidanan. Penyusunan buku ini disesuaikan dengan kurikulum yang berlaku saat ini. Materi-materi yang diuraikan diharapkan dapat membantu mahasiswa kesehatan baik dari segi teori maupun sisi terapannya. Semoga buku ini dapat memenuhi kebutuhan belajar mahasiswa kesehatan dalam memahami kondisi psikologis para pasien di kemudian hari.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8775-32-3

