

Kode/nama rumpun ilmu* : 372/Kebidanan
Tema/Topik** : Kebidanan

LAPORAN KEMAJUAN PENELITIAN DOSEN PEMULA



FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERINATAL MENTAL ILLNESS

TIM PENGUSUL :

Desy Dwi Cahyani, SST.,M.Keb
Asworoningrum Y, SST., M.Keb

NIDN : 4031128901
NIDN: 4005078201

POLITEKNIK KESEHATAN MALANG
SEPTEMBER 2021

HALAMAN PENGESAHAN

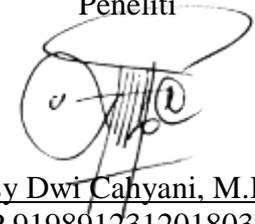
PENELITIAN PEMULA

Judul Penelitian : Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perinatal Mental Illness
Kode>Nama Rumpun Ilmu : 372/Kebidanan
Ketua Peneliti
1) Nama : Desy Dwi Cahyani, SST., M.Keb
2) NIDN : 4031128901
3) Jabatan/Golongan : -
4) Program Studi : D-III Kebidanan Malang
5) No Hp : 085735000730
6) Alamat Surel (email) : desy_dwi_cahyani@poltekkes-malang.ac.id
Anggota Peneliti (1)
a. Nama Lengkap : Asworoningrum Y, SST., M. Keb
b. NIDN : 4005078201
c. Program Studi : D-III Kebidanan
d. Perguruan Tinggi : Poltekkes Kemenkes Malang
Tahun Pelaksanaan : 2021
Biaya Penelitian : 3 Bulan
Biaya Total
-DIPA/BLU : Rp. 11.545.000,-
-Sumber lain (tuliskan dan lampirkan) :

Mengetahui,
Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian
Masyarakat


(Sri Winarni, S.Pd., M.Kes)
NIP. 196410161986032002

Malang, 20 Oktober 2021
Peneliti


(Desy Dwi Cahyani, M.Keb)
NIP 919891231201803201

Mengesahkan,
Direktur



RINGKASAN

Penyakit mental perinatal merupakan gangguan kejiwaan yang terjadi selama kehamilansertaberlangsung selama 1 tahun pasca melahirkan, gangguan tersebut meliputi depresi, gangguan kecemasan, dan psikosis pascapartum.Hampir 20% angka kejadian depresi maupun kecemasan perinatal terjadi, selama kehamilan dan 3 bulan pertama postpartum. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perinatal Mental Illness. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Diskriptif. Jumlah sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini adalah 50. Instrumen pada penelitian ini menggunakan kuesioner. Hasil penelitian menunjukkan 42% responden berumur 21-30 tahun, 40% Responden dengan Pendidikan terakhir SMP dan 80% tidak bekerja. Faktor pada Masa Prnatal diantaranya kehamilan yang tidak diinginkan maupun direncanakan, kehamilan dan persalinan traumatis, masalah dalam hubungan dengan suami dan keluarga, kesulitan ekonomi, menjadi ibu di usia remaja. Faktor pada Masa Postnatal diantaranya Persalinan traumatis, Kematian bayi saat hamil/setelah melahirkan, tidak ada dukungan social, kesulitan/ punya masalah menyusui. penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai untuk bahan pertimbangan dan pelayanan kepada ibu terutama deteksi dini Penyakit Mental Perinatal

Kata Kunci : Faktor, Perinatal Mental Illness

IDENTITAS DAN URAIAN UMUM

1. Judul Penelitian : Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perinatal Mental Illness

2. Tim Penelitian

No	Nama	Jabatan	Bidang Keahlian	Instansi Asal	Alokasi Waktu (jam/minggu)
1.	Desy Dwi Cahyani, SST., M.Keb	Ketua	Kebidanan	Poltekkes Kemenkes Malang	
2.	Asworingrum Y, SST., M. Keb	Anggota 2	Kebidanan	Poltekkes Kemenkes Malang	

3. Objek Penelitian (Jenis Material yang akan diteliti dan dari segi penelitian):

Ibu Hamil sampai nifas

4. Masa Pelaksanaan

Mulai : bulan : April tahun : 2021

Berakhir : bulan : Juni tahun : 2021

5. Usulan Biaya Penelitian

Tahun ke-1 : Rp

Tahun ke-2 : Rp

Tahun ke-3 : Rp

6. Lokasi penelitian (lab/studio/lapangan) Galery Taman Ibu

7. Instansi lain yang terlibat (jika ada dan uraikan apa kontribusinya) Tidak ada

8. Temuan yang ditargetkan (penjelasan gejala atau kaidah, metode, teori, atau rekayasa) penjelasan faktor-faktor penyebab

9. Kontribusi mendasar pada suatu bidang ilmu (uraikan tidak lebih dari 50 kata, tekankan padagagasan fundamental dan orisinal yang akan mendukung pengembangan iptek) Penelitian ini sangat berkontribusi terhadap kebaruan ilmu dimana sebagai bidan kita tidak boleh hanya fokus terhadap kondisi fisik namun juga harus memperhatikan kondisi psikologis pasien.

10. Jurnal ilmiah yang menjadi sasaran (tuliskan nama terbitan berkala ilmiah internasional, nasional terakreditasi, atau nasional tidak terakreditasi dan tahun rencanapublikasi)jurnal internasional dan jurnal nasional
11. Rencana luaran HKI, buku, purwarupa atau luaran lainnya yang ditargetkan, tahun rencanaperolehan atau penyelesaiannya, luaran diharapkan sudah selesai tidak lama setelah penelitian selesai

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	.....i
IDENTITAS DAN URAIAN UMUM	.....ii
DAFTAR ISI	.....iii
BAB 1 PENDAHULUAN	
a. Latar belakang	.....1
b. Rumusan masalah	.....2
c. Tujuan	.....2
d. Manfaat	.....2
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	.....3
BAB 3 TUJUAN DAN MANFAAT	.....10
BAB 4 METODE PENELITIAN	
a. Desain	.....11
b. Sample	.....11
c. Variabel	.....10
d. Instrument	.....12
e. Analisis Data	.....12
BAB 5 HASIL DAN LUARAN	.....13
BAB 6 RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA	.....15
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	.....16
LAMPIRAN (BUKTI LUARAN)	.....17

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Variabel Penelitian	.....12
Tabel 2 Karakteristik Responden	.....13

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian	.....14
Lampiran 2 Luaran	.....15

BAB 1

PENDAHULUAN

a. Latar Belakang

Penyakit mental perinatal merupakan gangguan kejiwaan yang terjadi selama kehamilansertaberlangsung selama 1 tahun pasca melahirkan, gangguan tersebut meliputi depresi, gangguan kecemasan, dan psikosis pascapartum.Hampir 20% angka kejadian depresi maupun kecemasan perinatal terjadi, selama kehamilan dan 3 bulan pertama postpartum. Masalah kesehatan mental seperti depresi dan kecemasan sangat umum terjadi selama inikehamilan dan setelah melahirkan di seluruh belahan dunia. Satu dari limawanita di negara berkembang, dan sekitar satu dari sepuluh di negara maju, memiliki masalah kesehatan mental yang signifikan selama kehamilan dan setelah melahirkan. Di seluruh dunia, sekitar 10% wanita hamil dan 13% wanita setelah melahirkan mengalami gangguan kejiwaan, terutama depresi (WHO 2015). Di negara berkembang, prevalensi penyakit mental perinatal adalah 15,6% untuk wanita hamil dan 19,8% untuk wanita setelah melahirkan (WHO 2015). Penyakit mental perinatal sangat berpengaruh bagi kehidupan seorang wanita, anak serta keluarga.

Gangguan kejiwaan pada periode perinatal dimulai dari depresi ringan hingga psycosis, gangguan ini bisa muncul sebelum hamil, saat hamil dan pasca melahirkan. Gangguan ini sulit untuk dikenali karena gejalanya dapat menyerupai 'baby blues' yang banyak diderita oleh wanita padamasa postnatal (Rahman et al. 2013, hal. 598). Indonesia adalah negara berkembang di mana persentase wanita usia reproduktif yang dapat mengalami penyakit ini adalah sebesar 27,4% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2015). Namun, seperti di negara-negara Asia lainnya, di Indonesia tidak ada skrining kesehatan jiwa secara rutin bagi wanita selama perawatan antenatal atau postnatal, karena tenaga kesehatan Indonesia, dalam hal ini bidan,mayoritas hanya dilatih untuk memberikan perawatan fisik, walaupun pada kenyataannya kesehatan fisik dan mental merupakan satu kesatuan (Yusuff et al. 2015, p .

28). Penelitian yang dilakukan sebelumnya menunjukkan bahwa dari 15 ibu hamil trimester ketiga 19 orang dengan resiko rendah, 4 orang dengan resiko sedang dan 2 orang dengan resiko tinggi mengalami Perinatal Mental Illness Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengadakan penelitian tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perinatal Mental Illness

b. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah diatas maka rumusan masalah penelitian ini adalah”Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan Perinatal Mental Illness

c. Tujuan penelitian

1) Tujuan Umum

Untuk mengetahui Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perinatal Mental Illness

2) Tujuan Khusus

a) Untuk mengetahui Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perinatal Mental Illness pada periode pranatal

b) Untuk mengetahui Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perinatal Mental Illness pada periode postnatal

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai masukan untuk dapat dikembangkan pada penelitian berikutnya terutama yang terkait Penyakit Mental Perinatal.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Dengan hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai untuk bahan pertimbangan dan pelayanan kepada ibu

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Penyakit Mental Perinatal

2.2.1. Pengertian Penyakit Mental Perinatal

Penyakit mental perinatal adalah komplikasi signifikan dari kehamilan dan periode postpartum. Gangguan ini termasuk depresi, gangguan kecemasan, dan psikosis pascapartum, yang biasanya bermanifestasi sebagai gangguan bipolar. Depresi dan kecemasan perinatal sering terjadi, dengan tingkat prevalensi untuk depresi mayor dan minor hingga hampir 20% selama kehamilan dan 3 bulan pertama pascapersalinan. Blues postpartum adalah manifestasi umum dari gangguan afektif pascapersalinan. Gangguan kejiwaan perinatal mengganggu fungsi wanita dan dikaitkan dengan perkembangan suboptimal keturunannya.

2.2.2. Jenis Penyakit Mental Perinatal

1. Depresi perinatal

Kartono (2002), menyatakan bahwa depresi adalah keadaan patah hati atau putus asa yang disertai dengan melemahnya kepekaan terhadap stimulus tertentu, pengurangan aktivitas fisik maupun mental dan kesulitan dalam berpikir, Lebih lanjut Kartono menjelaskan bahwa gangguan depresi disertai kecemasan, kegelisahan dan keresahan, perasaan bersalah, perasaan menurunnya martabat diri atau kecenderungan bunuh diri.

Kaplan dan Sadock (1998), merupakan suatu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta gagasan bunuh diri.

Depresi perinatal mencakup **depresi prenatal** (selama kehamilan) dan **depresi** pascapersalinan (pada tahun pertama setelah melahirkan)

a. Depresi Prenatal

Gangguan mood dengan gejala berupa perasaan sedih, lebih sensitif sehingga mudah tersinggung bahkan sampai menangis, gelisah, tidak ada harapan terhadap masa depan, gangguan tidur berupa mimpi buruk atau insomnia, penurunan nafsu makan, penurunan libido, gangguan interaksi sosial, mudah lelah, gangguan mengingat, susah berkonsentrasi, bahkan beberapa ibu mengalami halusinasi sehingga berisiko mencederai diri sendiri dan orang lain disekitarnya (Perry, Hockenberry, Lowdermilk & Wilson, 2010; Goodman, Parshad & Kurkarni, 2010).

Tanda dan gejala depresi pada ibu hamil

Panik, Bingung, Takut, Cemas, Sedih, Marah, Menangis, Menyesali, Kurang konsentrasi, Gangguan tidur, Beban pikiran meningkat, Menolak kehamilannya, Keinginan menggugurkan kehamilannya, Melakukan upaya menggugurkan kehamilan, Adanya keinginan untuk menyerahkan anaknya kepada keluarga lain/orang lain., Keluhan yang berhubungan dengan asupan nutrisi seperti mual, muntah, kurang asupan makanan, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, kurus, pucat, pusing atau sakit

Faktor yang mempengaruhi depresi dalam kehamilan

1) Faktor fisik/biologis

Faktor fisik/biologis berupa gangguan mood pada masa kehamilan melibatkan patologi sistem limbik, ganglia basalis, hypothalamus dan faktor hormonal. Penyakit ibu saat seperti hipertensi, , hepatitis, HIV, DMG dan lain-lain

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis yang berkontribusi terhadap kejadian depresi dalam kehamilan adalah wanita dengan tingkat ketergantungan

tinggi biasanya cenderung memiliki harga diri yang rendah, tidak asertif dan menggunakan ruminative coping. Beberapa pakar mengatakan seseorang merasa tertekan akan cenderung fokus pada tekanan yang mereka rasakan dan secara pasif merenung daripada mengalihkannya atau melakukan aktivitas untuk merubah situasi buruk tersebut. Cenderung berfikir irasional yaitu pemikiran yang salah dalam berpikir seperti menyalahkan diri sendiri atas ketidak beruntungan. Hal ini dapat menyebabkan pesimisme dan apatis pada ibu hamil.

3) Faktor psikososial

Faktor psikososial berupa kegagalan dalam perkawinan, kurangnya dukungan dari pasangan dan orang terdekat lainnya, hubungan yang buruk dengan suami dan mertua, kekerasan dalam rumah tangga, riwayat gangguan afektif seperti riwayat depresi pada kehamilan sebelumnya, riwayat depresi dalam keluarga, gangguan mood saat menstruasi (Fitelson, Kim, Baker & Leight, 2011; Klainin & Arthur, 2009).

4) Faktor sosial ekonomi

Faktor sosial ekonomi berupa gaya hidup misalnya penggunaan zat-zat yang berbahaya terhadap kehamilan seperti rokok, obat-obatan, alkohol, narkotika, suami yang tidak memiliki pekerjaan tetap, istri yang tidak bekerja, kehilangan mata pencaharian akibat penghentian kerja, penghasilan/pendapatan keluarga yang rendah serta tingginya biaya hidup sehari-hari

5) Faktor demografi

Faktor demografi meliputi usia ibu, pendidikan, pekerjaan, paritas, budaya atau norma yang berlaku (Fitelson, Kim, Baker & Leight, 2011; Bloch, et al.,2000).usia >35 tahun, jumlah, pendidikan, dan pekerjaan ibu.

6) Faktor lingkungan keluarga

masalah keluarga berupa usia anak yang masih kecil, jumlah anak yang banyak, kurang dukungan suami, kurang dukungan orang terdekat lainnya terutama orangtua dan mertua, gangguan kesehatan anggota keluarga, kurang harmonisnya hubungan ibu dengan suami/pasangan

7) Faktor kesehatan ibu

faktor kesehatan ibu meliputi riwayat kesehatan yang lalu seperti DM, hipertensi, tumor payudara, kanker, penyakit tiroid), gangguan obstetrik seperti riwayat persalinan sectio caesarea, panggul sempit, partus lama, dan masalah kesehatan ibu saat ini meliputi demam, flu, batuk, nyeri abdomen

b. Depresi Pasca Persalinan

Clydde (Regina dkk, 2001), bentuk gangguan postpartum yang umum adalah depresi, mudah marah dan terutama mudah frustrasi serta emosional. Gangguan mood selama periode postpartum merupakan salah satu gangguan yang paling sering terjadi pada wanita baik primipara maupun multipara. Menurut DSM-IV, gangguan pascasalin diklasifikasikan dalam 3 tipe yaitu:

1. Baby blues

Merupakan bentuk yang paling ringan dan berlangsung hanya beberapa hari saja. Gejala berupa perasaan sedih, gelisah, seringkali uring-uringan dan khawatir tanpa alasan yang jelas. Tahapan baby blues ini hanya berlangsung dalam waktu beberapa hari saja. Pelan-pelan si ibu dapat pulih kembali dan mulai bisa menyesuaikan diri dengan kehidupan barunya.

2. Depresi post partum

Bentuk yang satu ini lumayan agak berat tingkat keparahannya yang membedakan ibu tidak bisa tidur atau sulit untuk tidur. Dapat terjadi dua minggu sampai setahun setelah melahirkan

3. Psychosis post partum

Jenis ini adalah yang paling parah. Ibu dapat mengalami halusinasi, memiliki keinginan untuk bunuh diri. Tak saja psikis si ibu yang nantinya jadi tergantung secara keseluruhan

tanda-tanda depresi postpartum:

1. Perubahan nafsu makan. Hal ini dapat terjadi peningkatan atau penurunan jumlah yang Anda makan, atau keinginan untuk makan.
2. Perubahan tidur. Entah itu perubahan kualitas tidur maupun perubahan kemampuan untuk tertidur.
3. Kecemasan, agitasi atau mudah marah. Ini berarti terlalu mengkhawatirkan tentang setiap suara bayi kecil Anda membuat atau setiap iritasi kulit baru yang muncul. Selain itu, hal-hal seperti menjadi takut meninggalkan rumah, atau mengunjungi tempat-tempat umum dapat menjadi tanda kecemasan.
4. Penurunan energi, konsentrasi, atau kemampuan untuk melakukan kerja (di rumah atau di luar rumah). Hal ini dapat berarti bahwa Anda hanya mengalami kesulitan bangun dari tempat tidur
5. Kehilangan minat dalam kegiatan yang pernah Anda nikmati.
6. Perasaan umum bersalah atau tidak berharga. Atau perasaan yang luar biasa bahwa Anda bukanlah orangtua yang baik. Khawatir bahwa segala sesuatu yang Anda lakukan untuk

bayi baru Anda hanya tidak cukup, atau bahwa setiap kali bayi Anda menangis, Anda adalah orang yang harus disalahkan.

7. Ketidakmampuan untuk merawat diri sendiri atau bayi Anda.
8. Libido berkurang.
9. Perasaan negatif terhadap bayi Anda. Atau tidak tertarik pada bayi Anda.
10. Pikiran merugikan diri sendiri atau bayi Anda.

2. Gangguan kecemasan pascapartum

Berbagai macam gangguan kecemasan lazim terjadi pada periode perinatal. Ini termasuk kecemasan umum, obsesif-kompulsif, panik, dan gangguan kecemasan sosial. Di banyak kasus, tingkat keparahan dan efek gejala kecemasan (misalnya khawatir, menghindari, dan obsesi) jangan naik ke tingkat diagnosis gangguan kecemasan; bagaimanapun, mereka menyebabkan setidaknya tingkat kesusahan dan gangguan ringan hingga sedang. Mirip dengan kasus perinatal depresi, kecemasan dideteksi menggunakan ukuran laporan diri, seperti Beck Anxiety Inventory. Tingkat gangguan kecemasan pada kehamilan dan periode postpartum sangat bervariasi.

Faktor risiko utama untuk kecemasan perinatal gangguan adalah riwayat gangguan kecemasan. Intensitas dan derajat gangguan terkait dengan gangguan kecemasan tertentu dapat bertambah dan berkurang selama kehamilan dan masa nifas. Di luar riwayat gangguan kecemasan atau depresi, penelitian tentang faktor risiko gangguan kecemasan perinatal beragam dan tidak meyakinkan.

Wanita pascapersalinan dengan obsesi tertekan oleh pikiran dan biasanya tidak mengungkapkannya tanpa pertanyaan sensitif. Para ibu ini mengenali mereka sebagai aneh dan mengganggu, yang merupakan perbedaan lain antara obsesi dan psikosis. Itu kompulsi mungkin tidak

bermanifestasi sebagai ritual aktif tetapi mungkin melibatkan penghindaran ekstrim bayi karena takut benar-benar melukai. Wanita dengan OCD tanpa psikosis atau gangguan kepribadian parah tidak memiliki peningkatan risikobahaya agresif untuk bayi mereka.

3. Blues postpartum

Pada minggu pertama atau lebih setelah melahirkan, adalah hal yang umum bagi wanita untuk mengalaminyaketidaknyamanan fisik dan gejala yang ditandai sebagai 'postpartum blues' atau 'baby blues'. Perkiraan prevalensi untuk blues berkisar dari 26% hingga 84%, mencerminkan kriteria yang kurang lebih ketat. Sayangnya, belum ada kriteria yang ditetapkan untuk musik bluesada, meskipun O'Hara dkk. mengadaptasi karya Handley et al. dan diusulkankriteria diagnostik yang mengarah pada penentuan tingkat prevalensi 26%. Gejala bluestermasuk mood dysphoric, menangis, mood lability, kecemasan, insomnia, kehilangan nafsu makan, dan sifat lekas marah.

Disebuah studi yang dilakukan di Inggris, Davé et al. persalinan terkait, dan diagnosis depresidan resep antidepresan dalam rekam medis untuk pasangan ($n > 17.000$) selama 12 tahunperiode, dan menemukan bahwa kejadian diagnosis depresi atau resep untuk obat antidepresan hampir 14% pada tahun pertama setelah melahirkan dan turun menjadi sekitar 6% di tahun kedua dan seterusnya. Kedua studi tersebut memiliki keterbatasan yang signifikan karena keduanya tidak dirancang secara khusus untuk menentukan prevalensi relatif terhadap depresi perinatal depresi yang terjadi di waktu lain dalam kehidupan wanita. Tentu saja, depresi biasa terjadidi antara wanita, dan usia di mana wanita paling mungkin untuk memiliki anak adalah pada usia tersebutdimana wanita tampaknya memiliki tingkat depresi tertinggi di seluruh rentang hidup. Oleh karena itu, dokter kandungan harus waspada terhadap depresi dan memberikan perawatan kesehatan yang sesuai untuk wanita selama kehamilan dan masa nifas, dan juga pada waktu-waktu lainnya

Faktor penyebab

Faktor risiko dengan sedang hingga kuat hubungan dengan depresi pascapartum termasuk riwayat depresi, depresi dan kecemasan selama kehamilan, neurotisme, harga diri rendah, postpartum blues, kehidupan yang penuh tekanan, hubungan pernikahan yang buruk, dan dukungan sosial yang buruk. Faktor risiko relevan lainnya yang memiliki asosiasi lebih kecil dengan depresi postpartum termasuk status sosial ekonomi rendah, menjadi lajang, kehamilan yang tidak diinginkan, stres kebidanan, dan temperamen bayi yang sulit.

Temuan ini menyarankan bahwa ada tiga konstelasi faktor risiko: riwayat penyakit kejiwaan, yang dapat berkisar dari ringan sampai berat, stres hidup, dan sosial yang buruk hubungan. Faktor-faktor ini secara mencolok menunjukkan risiko depresi kapan saja, dan semuanya mudah diidentifikasi oleh dokter kandungan. Hubungan sosial yang positif seringkali berperan penting menyangga efek kerentanan psikiatri dan stres hidup. Untuk wanita yang rentan, dokter kandungan dapat mendidik wanita dan pasangan atau keluarganya tentang pentingnya dukungan sosial (baik praktis maupun emosional) dalam mencegah timbulnya depresi selama kehamilan dan masa nifas. Rujukan ke agen lokal yang menyediakan dukungan untuk wanita subur merupakan intervensi penting.

2.2.1. Faktor Risiko

Faktor-faktor risiko termasuk riwayat depresi, kecemasan, atau gangguan bipolar masa lalu, serta faktor-faktor psikososial, seperti konflik yang berkelanjutan dengan pasangan, dukungan sosial yang buruk, dan peristiwa kehidupan yang penuh tekanan yang berkelanjutan. Deteksi dini dan manajemen yang efektif untuk gangguan kejiwaan perinatal sangat penting untuk kesejahteraan wanita dan keturunan mereka.

Menurut Milgrom dan Gemmill (2014, hal. 17) faktor-faktor risiko untuk penyakit mental perinatal adalah sebagai berikut: Riwayat depresi atau kecemasan, Depresi antenatal, Riwayat keluarga dengan gangguan mental, Kurangnya dukungan dari pasangan, Kurangnya dukungan sosial (dari keluarga dan teman-teman), Kesulitan finansial, Peristiwa kehidupan yang menyedihkan. Wanita pada periode perinatal dengan faktor risiko seperti di atas harus dipantau selama perawatan antenatal dan postnatal untuk mengidentifikasi tanda awal dari penyakit mental perinatal (Buist 2014, hal. 184).

2.2.2. Skrining untuk depresi perinatal

Depresi perinatal lazim, kurang terdiagnosis dan dapat memiliki efek jangka panjang yang serius pada kesejahteraan wanita, pasangannya, dan bayi mereka. Dengan tidak adanya strategi identifikasi aktif, sebagian besar wanita dengan depresi perinatal tidak akan mencari atau menerima bantuan. Untuk memungkinkan deteksi dini dan intervensi tepat waktu, skrining universal akan dilihat sebagai praktik terbaik di banyak pengaturan. Meskipun kekuatan rekomendasi dan metode identifikasi yang disukai berbeda-beda di berbagai negara (mis. Skala Edinburgh Postnatal Depression, pertanyaan penemuan kasus singkat), pelatihan yang tepat untuk para profesional kesehatan dalam penilaian psikososial yang lebih luas sangat penting untuk memaksimalkan kegunaan sambil meminimalkan potensi bahaya. Jalur yang jelas dari tindak lanjut sistematis dari semua hasil skrining positif dengan prosedur diagnostik dan akses ke pengobatan yang efektif sangat penting baik untuk efektivitas klinis skrining dan untuk biaya sistem kesehatan. Penting juga untuk membangun lebih lanjut pada basis bukti yang muncul untuk efektivitas klinis skrining.

2.2.3. Dampak buruk

Gangguan kejiwaan yang paling umum terjadi pada wanita dalam periode perinatal adalah depresi (Jones & Shakespeare 2014, hal. 2). Depresi dalam periode perinatal adalah kondisi serius yang dapat memiliki efek jangka panjang pada kesehatan ibu dan anak, termasuk pengabaian perawatan diri ibu selama kehamilan, persalinan prematur, skor APGAR yang rendah, bayi berat lahir rendah dan kesulitan menyusui (Milgrom & Gemmill 2014, hal. 14).

Buist (2014, hal. 183) menyatakan bahwa beberapa studi telah mengungkapkan bahwa kecemasan ibu selama kehamilan menyebabkan janin terpapar kortisol dengan kadar tinggi yang akan terus ada sepanjang hidup anak, hal ini dapat menyebabkan gangguan perilaku pada anak. Menurut Youash et al. (2013, hal. 490), kecemasan ibu selama kehamilan adalah salah satu faktor predisposisi terjadinya depresi perinatal.

2.2.4. Deteksi dini

Edinburgh Postnatal Depression Scale(EPDS) adalah sebuah alat deteksi dini penyakit mental perinatal yang dikenal efektif dan efisien serta telah digunakan secara luas (Millgrom & Gemmill 2014, hal. 14). Cantwell dan Smith (2008, p. 24) menyatakan bahwa EPDS telah memenuhi kriteria sebagai alat deteksi dini yang dapat dipergunakan secara luas karena alat deteksi dini ini tidak membutuhkan waktu lama untuk mengisi dan menghitung skornya, berbiaya relatif murah dan telah divalidasi melalui beberapa penelitian mengenai keakuratannya.

EPDS adalah kuesioner yang berisi 10 pertanyaan dengan empat pilihan jawaban tentang gejala-gejala gangguan kejiwaan di masa perinatal yang dialami wanita setidaknya selama tujuh hari sebelum pengisian kuesioner (Millgrom & Gemmill 2014, hal. 15). Jawaban dari kuesioner tersebut kemudian diberi skor dengan rentang antara 0 sampai dengan 3 dimana jika dijumlahkan akan menghasilkan skor

maksimum 30 (Milgrom dan Gemmill 2014, hal. 15). Namun, perlu dicatat bahwa tidak seperti alat deteksi dini lainnya, EPDS tidak mengukur gejala fisik seperti kelelahan, gangguan tidur, menurunnya nafsu makan serta libido, karena hal ini bisa jadi merupakan konsekuensi dari proses melahirkan dan merawat bayi yang cukup menguras tenaga (Eberhard-Gran , Slinning & Rogenerud 2014, hal. 298).

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT

3.1 Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perinatal Mental Illness

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perinatal Mental Illness pada periode pranatal

b. Untuk mengetahui Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perinatal Mental Illness pada periode postnatal

3.2 Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai masukan untuk dapat dikembangkan pada penelitian berikutnya terutama yang terkait Penyakit Mental Perinatal.

2. Bagi Tempat Penelitian

Dengan hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai untuk bahan pertimbangan dan pelayanan kepada ibu

BAB 4

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Diskriptif

3.2 Populasi, Sampel dan Sampling

3.2.1 Populasi

Ibu hamil trimester III sampai 6 minggu post partum

3.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah Ibu hamil trimester III sampai 6 minggu post partum sebanyak 50 orang.

3.2.3 Sampling

Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *simple random sampling* yang sesuai dengan kriteria inklusi. Jumlah sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini adalah 50.

3.4 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah : faktor yang berhubungan dengan perinatal mental illness

Tabel 1 Variabel Penelitian

Variabel	Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Kriteria
Faktor faktor	Faktor-faktor selama masa	Faktor-faktor yang berhubungan dengan perinatal	Kuesioner	-Skor 1–9 menunjukkan bahwa tidak ada tanda resiko depresi -Skor 10–12 menunjukkan

prenatal	mental illness Saat masa prenatal		bahwa resiko sedang depresi dan -Skor 13–30 menunjukkan bahwa resiko berat timbulnya depresi.
Faktor- faktor selama masa postnatal	Faktor-faktor yang berhubungan dengan perinatal mental illnessSaat masa postnatal	Kuesioner	-Skor 1–9 menunjukkan bahwa tidak ada tanda resiko depresi -Skor 10–12 menunjukkan bahwa resiko sedang depresi dan -Skor 13–30 menunjukkan bahwa resiko berat timbulnya depresi.

3.5 Instrumen

Kuesioner EPDS

3.6 Analisis data

Chi-square

BAB 5

HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

5.1 HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menyajikan tentang hasil penelitian dan pembahasan tentang faktor yang berhubungan dengan perinatal mental illness.

5.1.1 Karakteristik Responden

Karakteristik	F (%)
Umur	
11-20	10 (20)
21-30	21(42)
31-40	18 (36)
40-50	1 (2)
Pendidikan	
SD	18 (36)
SMP	20 (40)
SMA	10 (20)
Perguruan Tinggi	2 (4)
Pekerjaan	
Bekerja	10 (20)
Tidak Bekerja	40 (80)

Dari Data diatas menunjukkan bahwa 42% responden berumur 21-30 tahun, 40% Responden dengan Pendidikan terakhir SMP dan 80% tidak bekerja

5.1.2 Hasil EPDS

Hasil EPDS pada Masa Prnatal menunjukkan bahwa dari 30 ibu hamil 10 (33%) ibu Hamil berisiko tinggi timbulnya depresi oleh karena beberapa factor diantaranya kehamilan yang tidak diinginkan maupun direncanakan, kehamilan dan persalinan traumatis, masalah dalam hubungan dengan suami dan keluarga, kesulitan ekonomi, menjadi ibu di usia remaja.

Hasil EPDS pada Masa Postnatal menunjukkan bahwa dari 20 ibu Postnatal 10 orang berisiko sedang timbulnya depresi oleh karena beberapa factor diantaranya Persalinan traumatis, Kematian bayi saat hamil/setelah melahirkan, tidak ada dukungan social, kesulitan/ punya masalah menyusui.

5.1.3 Pembahasan

Kehamilan, kelahiran, dan periode postpartum merupakan tonggak peristiwa dalam kehidupan yang selalu berkelanjutan. Pengalaman ini sangat mempengaruhi, ibu, bayi, ayah, dan keluarga, dan memiliki efek penting dan jangka panjang pada masyarakat.

Banyak wanita melahirkan adalah pengalaman yang menggembirakan dan memberdayakan. Namun Bagi orang lain itu bisa menjadi salah satu peristiwa paling traumatis dalam hidup mereka. Kenangan melahirkan dapat menjadi suatu kenangan yang sering diingat bahkan mungkin seumur hidup akan diingat ataupun teringat.

Melahirkan bisa menjadi pengalaman yang sangat menyakitkan, kadang-kadang dikaitkan dengan perasaan yang di luar kendali sehingga dapat dimengerti bahwa beberapa wanita mungkin mengungkapkan bahwa proses kelahiran dirinya sebagai trauma psikologis. Wanita yang melahirkan “normal” pun juga dapat mengalami kelahiran yang traumatis. intervensi invasif yang tidak diinginkan, dan menyakitkan bersama-sama dengan perawatan yang tidak memadai juga faktor risiko untuk kelahiran traumatis

Kelahiran seorang bayi dapat memicu berbagai macam perasaan, dari mulai kebahagiaan sampai ketakutan dan kecemasan. Namun, suatu kelahiran juga dapat memicu perasaan yang paling tidak terduga – depresi Saat hamil, tubuh berubah dengan sangat luar biasanya untuk mempersiapkan datangnya kehidupan baru di dunia. Namun, setelah si kecil lahir, tubuh dan pikiran lagi lagi akan mengalami suatu perubahan. Hormon hormon seperti estrogen dan progesterone yang tadinya meningkat sepuluh kali lipat langsung menurun begitu drastisnya setelah melahirkan. Ditambah lagi dengan hadirnya kehidupan baru di keluarga akan membuat dan bahkan harus menyesuaikan diri ke gaya hidup yang baru.

Penyakit mental perinatal merupakan komplikasi signifikan dari kehamilan dan periode postpartum. Gangguan tersebut antara lain depresi, gangguan kecemasan, dan psikosis pascapartum, yang biasanya bermanifestasi sebagai gangguan bipolar. Depresi dan kecemasan perinatal sering terjadi, dengan tingkat prevalensi untuk depresi mayor dan minor hingga hampir 20% selama kehamilan dan 3 bulan pertama postpartum. Faktor risiko termasuk riwayat depresi, kecemasan, atau gangguan bipolar, serta faktor psikososial, seperti konflik yang sedang berlangsung dengan pasangan, buruk dukungan sosial, dan peristiwa kehidupan stres yang sedang berlangsung. Gejala awal depresi,

kecemasan, dan mania dapat dideteksi melalui skrining pada kehamilan dan masa nifas. Deteksi dini dan manajemen yang efektif dari gangguan kejiwaan perinatal sangat penting untuk kesejahteraan wanita dan keturunan mereka.

Penyakit mental perinatal selama 150 tahun lalu. Selama abad ke-20, laporan klinis dan penelitian tentang prevalensi, faktor risiko, Konsekuensinya pada ibu, janin, dan bayi meningkat drastis. Faktor risiko gangguan ini termasuk riwayat masa lalu selama periode perinatal atau di waktu lain. Apalagi wanita dengan signifikan stresor kehidupan, hubungan perkawinan yang buruk, dan dukungan sosial yang buruk dari keluarga dan teman juga rentan. Faktor biologis juga memainkan peran penting dalam perkembangan penyakit mental perinatal.

5.1.4 luaran

Booklet



BAB 6

RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

6.1.1 Rencana tahapan berikutnya



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Faktor pada Masa Prnatal diantaranya kehamilan yang tidak diinginkan maupun direncanakan, kehamilan dan persalinan traumatis, masalah dalam hubungan dengan suami dan keluarga, kesulitan ekonomi, menjadi ibu di usia remaja.
2. Faktor pada Masa Postnatal diantaranya Persalinan traumatis, Kematian bayi saat hamil/setelah melahirkan, tidak ada dukungan social, kesulitan/ punya masalah menyusui.

Saran

Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai masukan untuk dapat dikembangkan pada penelitian berikutnya terutama yang terkait Penyakit Mental Perinatal.

Bagi Tempat Penelitian

Dengan hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai untuk bahan pertimbangan dan pelayanan kepada ibu terutama deteksi dini Penyakit Mental Perinatal

DAFTAR PUSTAKA

- Andriana, Evariny. (2007). *Melahirkan Tanpa Rasa Sakit*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer
- Arikunto, Suharsini. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Ashley Nicole Williams. 2015. *The Impact Of Mindfulness-Based Prenatal Yoga On Maternal Attachment*. California: California State University, Stanislaus
- Baston, Helen. (2011). *Midwifery Essentials : Persalinan, volume 3*. Jakarta: EGC
- Cunningham, F. Gary. (2006). *Obstetri Williams*, Ed 21, Vol 1. Jakarta: EGC
- Cynthia L (2015). Potential for prenatal yoga to serve as an intervention to treat depression during pregnancy. *Womens Health Issues*. 2015 ; 25(2): 134–141. doi:10.1016/j.whi.2014.12.003
- Fraser, Diane M. (2009). *Buku Ajar Bidan Myles*. Jakarta: EGC
- Hong Gong et al, 2015. Yoga for prenatal depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. DOI 10.1186/s12888-015-0393-1
- Irene Petersen, et al. 2018. Depression, depressive symptoms and treatments in women who have recently given birth: UK cohort study. *BMJ Open* 2018;8:e022152. doi:10.1136/bmjopen-2018-022152
- Karen M et al, 2016. *Efficacy, Feasibility, and Acceptability of Perinatal Yoga on Women's Mental Health and Well-Being*. *J Holist Nurs*. 2016 March ; 34(1): 64–79. doi:10.1177/0898010115577976
- Margaret Chan, 2010. *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Italy: WHO
- Michael W. O'Hara, PhD. 2014. *Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology*. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 January ; 28(1): 3–12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002

- Patricia M. Dietz, Dr.P.H., M.P.H. 2007. *Clinically Identified Maternal Depression Before, During, and After Pregnancies Ending in Live Births*. Am J Psychiatry 2007; 164:1515–152
- Ratu Kusuma. 2019. *Karakteristik Ibu Yang Mengalami Depresi Dalam Kehamilan*. Jurnal Akademika Baiturrahim. Vol.8. No 1, Maret 2019
- Tang Xian, et.all. 2019. *Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China*. Journal of Affective Disorders 253 (2019) 292–302
- WHO. 2008. *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries*. Geneva, Switzerland
- WHO. 2008. *Millennium Development Goal 5 – improving maternal health*. CH-1211 Geneva 27, Switzerland:Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization
- WHO. 2015. *Thinking Healthy: A manual for psychosocial management of perinatal depression*. WHO generic field-trial version 1.0, 2015 Series on Low-Intensity Psychological Interventions – 1

Lampiran 1



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Pami No. 158 Telp. (0341) 366260 Fax. (0341) 366260
Email: bakasbang@kab.malang.kab.go.id Website: http://www.malangkab.go.id
KLPANJEN 65103

SURAT KETERANGAN

NOMOR 072/5793/135 07 20/2021

Untuk melakukan Survey/Reserch/Penelitian/PKL Magang

Menunjuk : Surat Dari Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Tanggal 29 Maret 2021
Nomor LB 02 03/14/174.3/2021
Perihal Permohonan Ijin Penelitian

Dengan ini Kami **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakan (Ijin Penelitian oleh)

Nama / Instansi : Desy Dwi Cahyani - SST - M Keb
Tema/Judul/Survey/Research : **Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Perinatal Mental Illness**
Daerah/Tempat : Desa Pelungawa Kecamatan Dau kabupaten Malang
Lamanya : Mei - Juli 2021
Pengikut :

Dengan Ketentuan

1. Mentaati Ketentuan – Ketentuan / Peraturan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada pejabat setempat
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas

Malang, 20 April 2021

an. **KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

KABUPATEN MALANG



Tembusan :

Yth. Sdr,

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
2. Camat Dau Kab. Malang
3. Kepala Desa Pelungawa Kec. Dau kab. Malang
4. Mhs/Wds
5. Arsip