



PENDEKATAN INTEGRATIF DETEksi DAN INTERVENSI DINI MASALAH KESEHATAN MENTAL PERINATAL: STUDI KUALITATIF PADA PENYEDIA LAYANAN KESEHATAN IBU

Leila Nisya Ayuanda¹*, Ratna Arifiana², Sandi Ari Susiatmi³, Nur Intan Kusuma⁴, Siti Khuzaiyah⁵

^{1,2,3,4,5}Prodi Pendidikan Profesi Bidan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

⁵Nursing and Midwifery Program, PAPRSB Institute of Health Science, Universiti Brunei Darussalam
Leilayuanda.2019@gmail.com

Abstrak

Gangguan kesehatan mental perinatal, termasuk kecemasan, depresi, dan gangguan penyesuaian selama kehamilan serta masa nifas, masih menjadi masalah yang kurang teridentifikasi dan kurang tertangani dalam layanan kesehatan ibu. Meskipun pendekatan integratif terbukti efektif dalam meningkatkan deteksi dan penanganan dini, implementasinya di tatanan pelayanan primer masih bervariasi dan belum optimal. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi implementasi deteksi dan intervensi dini masalah kesehatan mental maternal. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan case study. Partisipan terdiri dari bidan desa, bidan KIA, perawat jiwa, ibu hamil, dan ibu nifas. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan pedoman wawancara semi terstruktur dengan expert judgement. Analisis data menggunakan analisis tematik miles huberman dengan software N-Vivo. Hasil penelitian menunjukkan terdapat tujuh tema yang ditemukan yaitu kebutuhan psikologis wanita hamil dan pascapersalinan, manifestasi gangguan mental pada wanita hamil dan pascapersalinan, dinamika psikososial kehamilan dan pascapersalinan, penentuan risiko kesehatan mental ibu, pengelolaan awal kesehatan mental ibu, tantangan dan hambatan dalam pelayanan kesehatan mental ibu, serta harapan tenaga kesehatan primer. Temuan menunjukkan perlunya penguatan model tatalaksana integratif dalam pelayanan kebidanan untuk meningkatkan deteksi dan intervensi dini kesehatan mental perinatal. Standarisasi instrumen skrining, pelatihan tenaga kesehatan, dan penguatan jejaring rujukan serta strategi reduksi stigma menjadi komponen kunci peningkatan kualitas layanan.

Kata Kunci: *kesehatan mental perinatal, deteksi dini, intervensi integratif, ibu hamil, ibu nifas, studi kualitatif, bidan*

Abstract

Perinatal mental health disorders, including anxiety, depression, and adjustment disorders during pregnancy and the postpartum period, remain underidentified and undertreated in maternal health services. Although an integrative approach has been shown to be effective in improving early detection and treatment, its implementation in primary care settings remains variable and suboptimal. This study aims to explore the implementation of early detection and intervention of maternal mental health problems. This study uses a qualitative design with a case study approach. Participants consisted of village midwives, maternal and child health midwives, mental health nurses, pregnant women, and postpartum women. Data were collected through in-depth interviews using semi-structured interview guidelines that had been validated by expert judgment. Data analysis used Miles Huberman's thematic analysis with the help of N-Vivo software. The results showed seven themes consisting of the psychological needs of pregnant and postpartum women, manifestations of mental disorders in pregnant and postpartum women, the psychosocial dynamics of pregnancy and postpartum, the determination of maternal mental health risks, the initial management of maternal mental health, the challenges and obstacles to maternal mental health services, and the expectations of primary. The findings indicate the need to strengthen the integrative management model in midwifery services to improve early detection and intervention of perinatal mental health. Standardization of screening instruments, training of health workers, and strengthening of referral networks and stigma reduction strategies are key components of improving service quality.

Keywords: *perinatal mental health, early detection, integrative intervention, pregnant women, postpartum women, qualitative study, midwives*

@Jurnal Ners Prodi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners FIK UP 2026

* Corresponding author :

Address : Rektorat UMPP: Jl. Raya Pekajangan No 1 A Kedungwuni, Kab. Pekalongan Email :

leilayuanda.2019@gmail.com

Phone : 085770557955

PENDAHULUAN

Kesehatan mental pada masa perinatal yaitu periode kehamilan hingga nifas merupakan aspek penting dari perawatan maternal dan berpengaruh signifikan terhadap kesejahteraan ibu, bayi, dan keluarga (WHO, 2025). Secara global, diperkirakan sekitar 1 dari 7 ibu hamil atau nifas mengalami gejala depresi atau gangguan mood selama periode perinatal (Carlson K et al., 2025). Pada negara dengan taraf ekonomi rendah-menengah seperti Indonesia, prevalensi gangguan mental perinatal cenderung lebih tinggi (Ariasih et al., 2024). Penelitian menunjukkan bahwa sebanyak ~24% ibu hamil melaporkan gejala gangguan mental umum selama kehamilan.

Di Indonesia, sejumlah penelitian menunjukkan angka depresi postpartum yang signifikan. Sebuah penelitian di wilayah Puskesmas Gadang Hanyar melaporkan mayoritas ibu nifas menunjukkan depresi sedang setelah persalinan. (Murti et al., 2023) (Anissa et al., 2024). Faktor-faktor risiko yang diidentifikasi antara lain usia ibu, paritas, status ekonomi, pendidikan, dan dukungan sosial (Ratih Zukrufiana & Astuti, 2025) (Eva Sinaga & Naomi Frolinda Jober, 2023) (Widarini et al., 2020). Hal ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan mental maternal merupakan isu serius dan kompleks, tidak sekadar fase “baby-blues” ringan sementara.

Meski demikian, deteksi dan intervensi dini terhadap masalah kesehatan mental perinatal di layanan primer—terutama layanan kebidanan di tingkat komunitas sering terabaikan atau tidak terintegrasi secara sistematis (Australian Institute of Health and Welfare, 2025). Sejumlah literatur dan panduan klinis internasional menekankan pentingnya skrining rutin selama periode antenatal dan postnatal guna mengidentifikasi risiko lebih awal dan mencegah skor depresi serta kecemasan meningkat (Yang et al., 2024), serta memitigasi dampak buruk pada ibu dan anak (Guarneri et al., 2025a).

Bahkan program intervensi berbasis komunitas atau pendekatan “integratif” yang menggabungkan layanan kebidanan, kesehatan jiwa, dukungan sosial/keluarga, dan rujukan telah diusulkan (Waqas et al., 2022a). Sebagai contoh, proyek terbaru menunjukkan bahwa intervensi perinatal yang melibatkan identifikasi dini, dukungan psikologis, dan tindak lanjut, dapat secara nyata mengurangi kejadian depresi dan kecemasan pada ibu perinatal (Guarneri et al., 2025b).

Namun, di banyak setting termasuk di Indonesia masih terdapat celah dalam implementasi: kurangnya kesadaran tenaga kesehatan, tidak tersedianya skrining standar, deteksi dan intervensi dini dapat diintegrasikan ke dalam layanan kebidanan

komunitas, serta bagaimana persepsi dan pengalaman para penyedia layanan dan ibu dalam konteks lokal.

Dengan demikian, penelitian ini mengambil pendekatan kualitatif untuk menggali secara kontekstual realitas pelaksanaan deteksi dan intervensi dini kesehatan mental perinatal di level komunitas melalui perspektif bidan, perawat jiwa, ibu hamil, dan ibu nifas sebagai dasar untuk mengembangkan model tatalaksana integratif yang sesuai dengan kebutuhan lapangan.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan study kasus. Untuk mengeksplorasi secara mendalam pengalaman, persepsi, dan praktik implementasi deteksi serta intervensi dini masalah kesehatan mental perinatal dalam layanan kebidanan. Pendekatan ini dipilih karena sesuai untuk memahami unit analisis dari perspektif berbagai pemangku kepentingan dalam konteks pelayanan kesehatan mental maternal.

Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan purposive sampling sampai dengan sampel jenuh atau saturasi data. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (in-depth interview). Seluruh wawancara direkam dengan persetujuan partisipan, berlangsung 60-90 menit dan dilengkapi catatan lapangan (fields notes) untuk mendokumentasikan ekspresi non-verbal dan konteks interaksi. Wawancara menggunakan pedoman wawancara semi terstruktur yang dikembangkan berdasarkan literatur serta telah dikonsultasikan dengan expert judgement.

Lokasi penelitian dilakukan pada tiga puskesmas di wilayah kabupaten pekalongan yaitu puskesmas wonopringgo, puskesmas buaran, dan puskesmas kedungwuni 2. Tempat penelitian dipilih karena tempat tersebut mempunyai angka kejadian gangguan kesehatan mental yang tinggi. Persetujuan Etika dari Komite Etika Universitas Pekalongan dengan nomor 104/B.02.01/KEPK/VII/2025.

Analisa data menggunakan analisis data tematik miles and huberman dengan bantuan software N-vivo 12.

HASIL DAN PEMBAHASAN

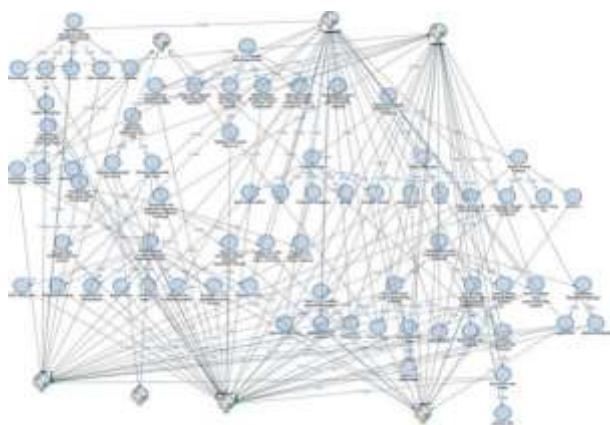
Berdasarkan data kualitatif yang dikumpulkan dari 13 informan yang terdiri dari 3 perawat jiwa, 3 bidan koordinator KIA, 3 bidan desa, 2 wanita hamil, dan 2 wanita pasca melahirkan. Berikut karakteristik informan yang digambarkan pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Informan

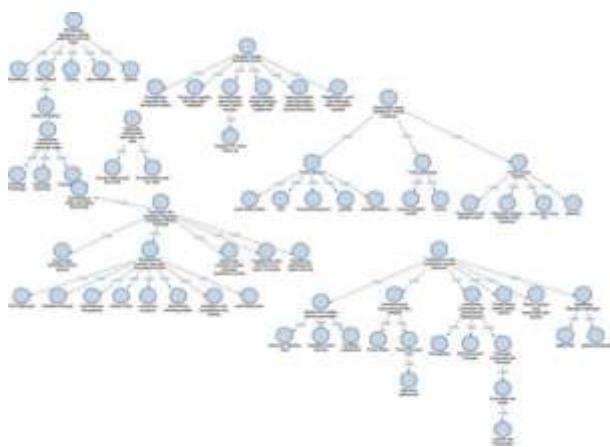
Kode Informan	Usia	Peran
BD	41 Tahun	Bidan KIA
BM	45 Tahun	Perawat Jiwa
BY	37 Tahun	Bidan Desa

KD	46 Tahun	Bidan KIA
KA	41 Tahun	Perawat Jiwa
KR	33 Tahun	Bidan Desa
WP	45 Tahun	Bidan KIA
WS	35 Tahun	Perawat Jiwa
WI	42 Tahun	Bidan Desa
HS	31 Tahun	Ibu Hamil
HA	28 Tahun	Ibu Hamil
NI	27 Tahun	Ibu Nifas
NA	30 Tahun	Ibu NIfas

Data wawancara selanjutnya dilakukan transkripsi verbatim dan diidentifikasi tema dengan analisis tematik berdasarkan Miles dan Huberman dengan bantuan software N -Vivo 12. Tujuh tema diidentifikasi, yaitu kebutuhan psikologis wanita hamil dan pascapersalinan, manifestasi gangguan mental pada wanita hamil dan pascapersalinan, dinamika psikososial kehamilan dan pascapersalinan, penentuan risiko kesehatan mental ibu, pengelolaan awal kesehatan mental ibu, tantangan dan hambatan dalam pelayanan kesehatan mental ibu, serta harapan tenaga kesehatan primer.



Gambar 1. Mapping tema pada coding dan cases (Nvivo database)



Gambar 2. Mapping Tema

Kebutuhan Psikologis Wanita Hamil dan Pascapersalinan

Partisipan—ibu hamil dan ibu nifas—menyatakan bahwa selain pemeriksaan fisik, mereka sangat membutuhkan dukungan emosional, rasa aman, pengertian, informasi yang jelas, dan pendampingan yang berkelanjutan. Banyak yang menekankan bahwa kehamilan dan masa nifas adalah periode transisi besar, membawa harapan, kecemasan, dan ketidakpastian. Mereka berharap tenaga kesehatan memberi perhatian tidak hanya pada aspek fisik (janin, persalinan, nutrisi), tetapi juga pada kondisi psikologis.

“Saya hanya ingin didengar, kadang bidan terlalu cepat memeriksa fisik saja..” (HS, 31 Tahun)

“Saya butuh informasi tentang kehamilan sehat tapi juga....tanda-tanda sehat jiwa itu seperti apa..” (HA, 28 Tahun)

Selain itu Ibu hamil dan nifas membutuhkan dukungan pasangan dan keluarga.

“Kalo suami tidak peduli, itu menyebabkan stress. Kadang mertua bilang saya manja karena sering mengeluh..” (NI, 27 Tahun)

Serta kebutuhan wadah untuk didengarkan dan berkomunikasi dengan kelompok yang mempunyai kebutuhan sama.

“Ikut kelas ibu hamil, biar bisa saling tukar pikiran, terus ada masalah apa bisa dikonsultasikan” (HS,31 Tahun)

“Lebih enak kalo ada kelompok ibu-ibu yang saling cerita tentang pengalamannya,tukar informasi...(NA, 30 Tahun)

Masalah kesehatan mental perinatal (depresi, kecemasan) adalah masalah global (Feyissa et al., 2025). Berdasarkan penelitian disebutkan bahwa integrasi layanan kesehatan mental ke dalam perawatan maternal dan anak (maternal and child health) menghadapi berbagai tantangan: ketiadaan tenaga terlatih, kurangnya alat screening, dan fokus layanan yang masih fisik .(Marshman et al., 2023)

Manifestasi Gangguan Mental pada Wanita Hamil dan Pascapersalinan

Beberapa ibu melaporkan gejala seperti kecemasan berlebih, perasaan gagal atau tidak layak sebagai ibu, perasaan sedih terus-menerus, kelelahan emosional, gangguan tidur, dan perubahan minat atau motivasi. Namun, banyak dari mereka tidak mengenali gejala tersebut sebagai gangguan mental melainkan menganggapnya "normal" pada kehamilan atau masa nifas. Hal ini menunjukkan lemahnya kesadaran tentang kesehatan mental maternal di kalangan ibu.

“Saya pernah itu ngalamin yang seperti itu, suah tidur, kayak gag berharga dimata suami. Apalagi ibu mertua. Kadang dianggap hanya

beban" (HA, 28 Tahun)

"Ingin mencurahkan perasaan sedihnya, capeknya, tapi yasudahlah paling cuma dianggap sering mengeluh, tidak baik...normal kan ya kayak gini" (NA, 30 Tahun)

Dari pengalaman bidan menangani kasus beberapa dirujuk karena sering menyendiri, tidak mau menyusui bayinya, menangis ketakutan, cemas berlebihan serta hampir menyakiti bayinya. Beberapa yang terjadi adalah baby blues, kecemasan, depresi, post traumatis, dan fear of childbirth.

"Kalau kemarin kasus di kita itu sempat dirujuk ke RS Djunaid juga karena dia nangis-nangis kaya gitu, Jadi kalau misalkan bayinya nangis, dia itu ikut nangis, ikut nangis ketakutan" (BD, 41 Tahun)

"Si ibu kalau diajak berbicara mau menjawab, tapi semakin kesini kok tingkahnya makin aneh, pernah sedang pegang bayinya, tiba-tiba bayinya sengaja mau dijatuhkan, sehingga orangtua ibu(nenek bayi) tidak berani meninggalkan si bayi sendiri dengan ibu nya karena resiko takut bayinya tiba-tiba diapa- apain sama ibunya" (KD, 46 Tahun)

"Salah satunya adalah kesehatan mental, melihat ansietas, kecemasan, terus arahnya setelah kecemasan nanti ke depresi" (KA,41 Tahun)

"Saat Post natal care (PNC) saat saya ke rumahnya, si Ibu langsung ini ngumpet, malah gak mau ketemu, saya tanya kenapa? Katanya soalnya saat ada suara motor itu dianggapnya suara dokter Himawan (dokter Sp.OG yang membantu persalinan SC nya dulu, datang mau operasi lagi, jadi ada ketakutan pada ibu" (KR,33 Tahun)

Temuan tentang pentingnya dukungan emosional dan sosial bagi ibu sejalan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa intervensi psikososial (psikoedukasi, konseling, dukungan komunitas) efektif menurunkan risiko depresi postpartum dan meningkatkan kesejahteraan ibu (Rospia et al., 2023)

Dinamika Psikososial Kehamilan dan Pascapersalinan

Hasil wawancara mendeskripsikan bahwa kondisi psikologis ibu sangat dipengaruhi oleh konteks sosial: relasi dengan pasangan, dukungan keluarga/kerabat, beban rumah tangga, tekanan ekonomi, dan norma budaya. Perubahan peran (misalnya dari pekerja ke ibu rumah tangga), kekhawatiran ekonomi, serta tanggung jawab tambahan pasca-persalinan menambah beban emosional. Dukungan sosial dari pasangan, keluarga, serta tenaga kesehatan muncul sebagai faktor protektif penting, sementara

ketiadaan dukungan dan tekanan sosial memperburuk kondisi psikologis.

"Selama proses kehamilan dan persalinan saya merasakan kebingungan, overthinking, untuk suasana hati tidak merasakan emosi secara tiba-tiba perasaannya biasa aja waktu kehamilan kedua, namun saat kehamilan pertama merasa takut sering nangis, cemas dan kefikiran bagaimana nantinya kok tidak segera lahir-lahir bayinya..Saya takkut jadi beban, ibu harus bisa apa sendiri. Komunikasi saya buruh dengan suami" (NI, 27 Tahun)

"Ibu-ibu ini menghadapi peran ganda, bukan hanya sebagai ibu, istri bahkan anak yang tetap harus patuh pada orang tuannya dan mertua nya. Apalagi jika ada tekanan ekonomi. Menuntut ibu untuk berlaku sehemat mungkin..ibu yang boros itu adalah dosa...ini jadi beban tersendiri...butuh komunikasi antar pasangan bahkan keluarga"(WI, 42 Tahun)

"Sudah ibu kepepet masalah ekonomi, ditambah keluarga menyalahkan ibu, hubungan dengan suami kurang harmonis, ya sudah lah akhirnya pecah di emosionalnya...Ini juga tugas besar bidan" (BY, 37 Tahun)

Dinamika sosial seperti peran keluarga, stigma, dan norma budaya berperan besar dalam kesehatan mental ibu. Penelitian dalam setting berbeda menunjukkan bahwa kurangnya dukungan sosial dan stigma terhadap kesehatan mental maternal menjadi penghalang besar untuk deteksi dan intervensi (Marshman et al., 2023b).

Penentuan Risiko Kesehatan Mental Ibu

Dalam praktik pelayanan kebidanan primer, deteksi risiko kesehatan mental ibu jarang dilakukan dengan instrumen baku. Sebagian bidan mengandalkan intuisi klinis dan observasi informal; mereka menilai apakah ibu "tampak gelisah", "terlalu diam", atau "kurang responsif." Hanya sedikit yang menggunakan alat screening formal seperti kuesioner standar. Hal ini membuat identifikasi dini gangguan mental maternal kurang sistematis dan tidak konsisten.

"Ibu mengatakan susah tidur..langsung saya rujuk ke perawat jiwa" (WP, 45 Tahun)

"Kadang bidan bingung harus berrespon seperti apa, ketika ibu kurang respondif, terlalu banyak diam, berarti ibunya pendiam, hanya itu" (KR, 33 Tahun)

"Ibu merasa gelisah ketika ditanya apa yang dirasakan selama kehamilan, cemas tentang proses persalinan karena kehamilan pertama. Apalagi belum siap menerima kehamilannya. Ini yang bisa dilakukan bidan, memberi informasi tentang kehamilan dan tanda bahaya" (BD, 41 Tahun)

Tatalaksana Awal Kesehatan mental Maternal

Saat ada indikasi masalah, penanganan yang dilakukan oleh bidan umumnya bersifat informal: pemberian konseling ringan, mendengarkan ibu, memberikan dukungan emosional, atau menyarankan relaksasi/dukungan keluarga. Pada tema tatalaksana awal terdapat beberapa subtema yaitu adalah identifikasi masalah psikologis, Deteksi dini menggunakan skrining terstruktur, Intervensi awal yang responsif dan empati, Sinergi lintas profesi dalam asuhan, sistem rujukan, serta kontinuitas perawatan dan pemantauan.

1. Identifikasi masalah psikologis

Pada tahap awal asuhan, bidan dan tenaga kesehatan cenderung mengidentifikasi masalah psikologis secara non-formal melalui observasi perilaku, perubahan emosi, dan komunikasi spontan ibu. Identifikasi ini umumnya tidak berbasis panduan tertulis, melainkan pengalaman klinis dan penilaian intuitif. Sebagian bidan menyatakan bahwa tanda awal yang sering mereka kenali mencakup ibu tampak murung, mudah menangis, tidak fokus saat wawancara antenatal, serta mengeluh sulit tidur atau tidak tertarik merawat diri maupun kehamilannya. Partisipan menyampaikan bahwa ibu tidak selalu menyampaikan kesulitan emosional secara terbuka karena rasa malu, takut dinilai lemah, atau karena mereka percaya kondisi tersebut adalah “wajar” dalam masa hamil atau nifas.

“Ibu mersala malu bilang, karena menurut dia wajar, kemungkinan dari itu dia tidak menerima atau belum siap terhadap keadaan perubahan itu, sehingga mungkin itu kesehatannya jadi terganggu karena belum siap” (KD,46 Tahun)

“Bidan mengenali, banyak ibu yang sering menangis tanpa sebab, gelidah, tidak bisa tidur” (KA, 41 Tahun)

“Kadang ibu datang hanya mengeluh sakit kepala, padahal masalahnya stress” (BD, 41 tahun)

2. Deteksi dini menggunakan skrining terstruktur

Meskipun partisipan menyebutkan bahwa saat ini menyarankan menggunakan instrumen skrining seperti EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) bagi ibu hamil dan ibu nifas, namun belum semua hal sudah disosialisasikan. Seperti bagaimana harus bersikap dengan skor sekian serta bagaimana menanyakan pertanyaan agar ibu lebih terbuka.

Kendala yang dirasakan meliputi keterbatasan waktu layanan antenatal dan postnatal, kurangnya pelatihan penggunaan instrumen, serta tidak adanya regulasi yang mewajibkan pelaksanaan skrining mental pada masa kehamilan.

Bidan menyatakan bahwa skrining formal baru

dilakukan pada beberapa kasus tertentu—misalnya ketika ibu menunjukkan gejala emosional yang mencolok atau sudah memiliki riwayat gangguan mental sebelumnya.

Hal ini membuat deteksi dini sering kali dilakukan terlambat, ketika kondisi psikologis ibu telah mengganggu fungsi perannya sebagai calon ibu maupun ibu baru

“Ketika sudah ansietas, kan sudah mulai ada gangguan pola tidur ya. Gangguan pola istirahat atau nggak tenang dan lain sebagainya”.

(KA, 41 Tahun)

“Semua ibu hamil di trimester 1 dan trimester 3. Kalau sesuai petunjuk, idealnya untuk dilakukan screening EPDS ini”. (KR,33 Tahun)

“Nanti akan kita gali bermasalah-memasalah yang lain. Bagaimana dengan tadi, pola makannya, aktivitasnya, dan lain sebagainya. Interaksi dengan? Interaksi dengan yang lain” (BY,37 Tahun)

“Sekarang kan sudah ganti EPDS untuk ibu hamil jadi ibu nifas, terus PHQ-4 untuk orang dewasa dan anak-anak menggunakan”. (BM, 45 Tahun)

“Kalau sifatnya, hanya sifatnya bersifat, apa, sering deg-degan, berjenung, berdebar, terus sering keluar keringat dingin yang tidak sebagaimana maksudnya, ya memang kita sifatnya konseling terlebih dahulu” (KA, 41 Tahun)

3. Intervensi awal yang responsif dan empati

Ketika masalah psikologis mulai teridentifikasi, sebagian besar intervensi awal diberikan dalam bentuk dukungan emosional, komunikasi terapeutik, dan konseling ringan. Pendekatan empati—seperti mendengarkan aktif, memberikan ruang aman bercerita, dan memastikan ibu tidak merasa sendiri menjadi strategi utama. Beberapa bidan menggunakan pendekatan sederhana seperti memberi afirmasi positif, mengajarkan teknik pernafasan, dan meningkatkan dukungan keluarga.

Pendekatan ini memberikan rasa diterima dan mengurangi kecemasan bagi sebagian ibu. Namun, bidan mengakui keterbatasan kompetensinya dalam memberikan intervensi psikologis yang lebih terstruktur, seperti konseling profesional atau terapi tingkah laku.

“Teman-teman bidan desa dari teman-teman bidan desa oh, arahnya sini-sini, setelah diinfo kalau enggak didampingi bidan desa, nanti akan saya lakukan konsulin, kalau memang bisa di di bawa ke puskesmas maksudnya janjian ke puskesmas saja lebih baik kalau enggak, saya ke rumah untuk melakukan konsulin, tindak lanjut dari pengisian screening tersebut”

(WS, 35 Tahun)

“Bidan melakukan screening (EPDS), konseling awal, rujukan bila skor tinggi; kader TPK memantau ibu hamil/nifas; kader dilatih BKKBN” (WI, 42 Tahun)

“Mungkin ketika kita melakukan counseling, kita menyampaikan informasi yang membuat ibu bumil itu panik, cemas dan lain sebagainya, dengan kita tambahkan, kita kekuatkan, insya Allah bumil-bumil tersebut juga baik-baik saja” (KA,41 Tahun)

4. Sinergi lintas profesi dalam asuhan

Subtema ini menggambarkan bahwa tatalaksana awal idealnya melibatkan kolaborasi antara bidan, perawat jiwa, dokter umum. Namun, dalam praktiknya, sinergi tersebut masih sporadis dan tidak selalu berjalan sistematis. Koordinasi lintas profesi umumnya baru dilakukan pada kasus yang dianggap berat atau ketika muncul indikator risiko serius seperti pikiran menyakiti diri atau bayi. Meskipun demikian, partisipan menyampaikan bahwa kerja sama lintas profesi sangat mendukung karena melengkapi keterbatasan kompetensi masing-masing tenaga kesehatan, serta mempermudah penatalaksanaan kasus mental maternal secara komprehensif.

“Biasanya kita koordinasi dua, Antara bidan dan perawat jiwa. Kalau misalkan kayak kemarin aja kan itu ada ibu hamil yang gangguan jiwa itu kita juga melaporkan ke programmer jiwa.” (WS,35 Tahun)

“Ketika jaminan kesehatannya kok ternyata nggak punya, ya itu nanti kita akan libatkan sama Dinsos, kita akan koordinasikan sama Dinsos”. (BM,45 Tahun)

“Di rumah sakit terkadang kalau memang itu masih sifatnya ringan ya, terkadang dari SPKG-nya juga menggeser atau memberikan ke psikolog yang ada, jadi diselesaikan secara spesifik bersama dengan psikolog” (KA, 41 Tahun)

5. Sistem rujukan tepat, cepat, dan terarah

Rujukan menjadi elemen penting dalam penatalaksanaan dini, terutama ketika kondisi ibu membutuhkan evaluasi lebih mendalam atau terapi profesional. Namun, tenaga kesehatan melaporkan bahwa alur rujukan khusus mental maternal masih belum terstandarisasi, dan sebagian fasilitas pelayanan kesehatan belum memiliki jaringan rujukan yang jelas. Terdapat kendala implementasi rujukan yaitu minimnya fasilitas psikolog/psikiater di daerah, jarak ke fasilitas layanan kesehatan jiwa, stigma keluarga terhadap layanan kesehatan jiwa, dan penolakan ibu atau keluarga karena takut mendapat label negatif.

“Kalau memang itu nanti arahnya ke segi schizofren atau yang lainnya, ya nanti baru kita tentukan dari SPKJ-nya. Tapi disini rumah sakit

“khusus jiwa hanya ada satu, jadi agak susah” (BM,45 Tahun)

“..dibawa ke puskesmas untuk kita konsultasikan ke dokter dan dilakukan screening ulang. Nanti kalau misalkan kok hasil screening ulang itu ada penyimpangan, kita konsultan ke rumah sakit. Namun kadang keluarga menolak, bilang kalo ini tidak gila gag perlu dibawa ke rumah sakit” (BD, 41 Tahun)

“Ansietas dan depresi pun kita tidak ada, karena obatnya di tingkat PUSKESMAS tidak ada, tetapi nanti akan kita lakukan tindak lanjut ke rumah sakit atau SPKJ untuk mendapatkan obat. Kalo khusus pelayanan ibu, itu belum ada, dibuat umum saja” (KA, 41 TAHUN)

6. Kontinuitas perawatan dan pemantauan berkelanjutan

Kontinuitas perawatan menjadi tantangan sekaligus kebutuhan penting dalam proses penatalaksanaan awal. Sebagian bidan menyampaikan bahwa pemantauan dilakukan saat kunjungan antenatal maupun kunjungan masa nifas dan kunjungan rumah (home visit). Namun, tindak lanjut setelah intervensi atau rujukan masih tidak konsisten karena keterbatasan sistem dokumentasi, beban kerja tinggi, serta kurangnya panduan pemantauan pasca-intervensi.

Kontinuitas pelayanan yang idealnya mencakup pemantauan perkembangan emosi ibu, evaluasi respon intervensi, dan dukungan reintegrasi sosial belum dapat dilakukan secara rutin dan sistematis.

“Ketika dokter umumnya, ya udah mas dikonseling lebih lanjut aja untuk pertemuan selanjutnya, untuk komunikasi dan lain sebagainya. Atau kunjungan ke rumah, mungkin ngobrol lebih longgar di rumah. Kalau memang ternyata itu masih bisa diselesaikan seperti itu, paling mentok nanti janjian sama saya” (KA,41)

“Lalu dari rumah sakit balik lagi ke? Dari rumah sakit, nanti untuk tindak selanjutnya tetap dibalikkan ke puskesmas, berkaitan dengan keterlaksanaan ibu hamilnya” (WS,35 Tahun)

“Konseling, pengobatan psikiater, terapi aktivitas (menjahit, kegiatan produktif), monitoring minum obat”. (BY,37 Tahun)

Meta-analisis terbaru menunjukkan bahwa program skrining universal atau terarah untuk depresi perinatal dapat membantu mengidentifikasi kasus yang tidak terdiagnosa dan memungkinkan intervensi dini menekan dampak buruk pada ibu dan bayi (Waqas et al., 2022b) Di konteks negara berpenghasilan rendah-menengah (LMIC), termasuk Indonesia, prevalensi gangguan mental perinatal dilaporkan cukup tinggi yang mendukung urgensi layanan kesehatan mental maternal (Putri et al., 2025) (Recovery Dwi

Wulandari et al., 2025). Hasil bahwa penanganan bersifat informal dan sporadis mencerminkan temuan dari setting lain bahwa integrasi layanan kesehatan jiwa ke maternal care sering terhambat oleh keterbatasan tenaga, sumber daya, dan sistem (Feyissa et al., 2025)

Tantangan dan Hambatan dalam Pelayanan Kesehatan Mental Ibu

Beberapa hambatan dideskripsikan pada wawancara yaitu stigma sosial dan budaya terhadap masalah mental (ibu takut dianggap “gila” atau “tidak kuat”), kurangnya pelatihan bagi bidan dan tenaga kesehatan primer, tidak adanya panduan/SOP layanan kesehatan mental maternal, keterbatasan waktu dan sumber daya, serta koordinasi layanan kesehatan jiwa khusus bidang kebidanan yang masih minimal.

“Keterbatasan alat/form screening, penggandaan form EPDS terhambat” (WI, 42 Tahun)

“Tantangannya itu kayak sudah jiwa itu dikatakan itu Kan orang tuanya nggak terima, jadi kadang kan saya mbak nya takut marah jadi ngomomohnya sama ibunya” (WP, 45 Tahun)

“Belum semua bidan terbiasa menggunakan EPDS” (BD, 41 Tahun)

“Kita juga pasiennya banyak, bu. lah itu kita kadang nggak maksimal. Screening itu belum semua ibu hamil itu bisa dilakukan. Discreening.” (KD, 46 Tahun)

“Gak ada sih paling gini, Ibu nek ngisine neng omah oleh ora? , Oh dibawa pulang, nah nek di rumah yang ngisi suami njenengan” (KR, 33 Tahun)

“Kita bikinkan rujukan ke jiwa, kan kaya gitu loh, spesialis jiwa. Itu dia nolak langsung, diminta, langsung disobek-sobek” (By, 37 Tahun)

“Saat nifas ibu (orang tua dari ibu) denial kalau anaknya dianggap ada gangguan kejiwaan.” (WI, 42 Tahun)

Tantangan seperti stigma, kurangnya pelatihan, dan tidak adanya alur rujukan formal juga ditemui dalam literatur tentang pelayanan kesehatan mental perinatal (Claerbout et al., 2024).

Harapan Tenaga Kesehatan Primer

Para bidan dan tenaga kesehatan primer menyatakan harapan agar adanya keterlibatan suami dan keluarga dalam edukasi, ketersediaan tenaga psikolog sebagai mitra kolaboratif, pemanfaatan teknologi dan inovasi dalam layanan, penguatan regulasi dan dukungan kebijakan, serta peningkatan kapasitas dan kompetensi bidan. Mereka berharap model layanan yang terintegrasi antara layanan kebidanan dan kesehatan jiwa agar ibu mendapat

perawatan komprehensif.

“Peran bidan lebih ditingkatkan ke aspek promotif & edukasi keluarga, bukan hanya ke ibu”. (WP, 45 Tahun)

“Penanganannya lebih ke yang diadakan psikolog klinis di puskesmas, karena kalo kita merujuk pasien ke RS kadang kita harus negosiasi ke keluarga, kalau ada psikolog kan bisa rujuk internal langsung ditangani.” (BD, 42 Tahun).

“Bidannya langsung diminta untuk mengisi di screening EBDS itu jadi memang yang diharapkan sebenarnya secara mandiri ya secara online ya, yang diharapkan jadi kan otomatis langsung nge-link ke pelaporan kita.” (KA, 41 Tahun)

“Sistem dukungan (ruang, wadah, dan sistem yang mendukung) yang kurang memadai untuk menangani masalah kesehatan mental di Puskesmas.” (BM, 45 Tahun)

“Mungkin kalau ada pelatihan-pelatihan...
...akhirnya kan setidaknya kan... ...sedikit ada...
...istilah ilmu, bu. Jadi mungkin bisa.....gimana
harus bertindak. Misalkan ada seperti ini
..... ilmu
komunikasinya. minimal kan.....ilmu
komunikasi.

Kadang-kadang kita kesulitannya.
di
komunikasi. Komunikasinya, ya, bu. Maksudnya
komunikasi yang terapetik.” (KD, 46 Tahun)

Bidan dan tenaga kesehatan primer berharap ada layanan terintegrasi yang mendukung rekomendasi dalam literatur bahwa integrasi kesehatan mental ke layanan maternal dapat dilakukan — dengan pelatihan, alat screening, engagement komunitas, dan adaptasi kontekstual sesuai budaya dan sistem kesehatan lokal.

Model ini, jika diimplementasikan, dapat menjembatani gap antara kebutuhan nyata ibu dan kapasitas layanan memungkinkan deteksi dini, intervensi psikososial, rujukan, dan dukungan berkelanjutan.

SIMPULAN

Ibu hamil dan nifas memiliki kebutuhan psikologis yang nyata, dan bahwa praktik deteksi serta intervensi kesehatan mental maternal di layanan kebidanan primer masih jauh dari ideal. Hambatan struktural, kulturnal, dan sistemik menghalangi layanan yang komprehensif. Namun, ada potensi besar untuk mengembangkan model

tatalaksana integratif yang sesuai konteks: dengan pelatihan, skrining yang terstandar, alur rujukan, dukungan sosial, dan adaptasi budaya.

Beberapa rekomendasi yang bisa dilakukan adalah Mengembangkan dan mengimplementasikan kebijakan integratif kesehatan maternal–mental di tingkat pelayanan primer serta pelatihan dan penguatan kapasitas bidan dan tenaga kesehatan primer mengenai kesehatan mental maternal.

DAFTAR PUSTAKA

- Anissa, M., Rahmawati, R., & Riaty, Z. (2024). *Depresi Paska Melahirkan*. http://journal.scientic.id/index.php/sciena/iss_ue/view/20
- Ariasih, A., Besral, Budiharsana, M., & Ronoatmodjo, S. (2024). Common Mental Disorders and Associated Factors During Pregnancy and the Postpartum Period in Indonesia: An Analysis of Data From the 2018 Basic Health Research. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 57(4), 388–398. <https://doi.org/10.3961/jpmph.24.082>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2025). *Perinatal-mental-health-screening-in-Australia*
- Ayuanda, L. N., Wahidin, W., Raidanti, D., Minarti, M., & Ningsih, D. A. (2022). Online midwife's training on psychoeducation of perinatal mental health during COVID-19 Pandemic. *International Journal of Social Sciences and Humanities*, 6(1), 85–97. <https://doi.org/10.53730/ijssh.v6n1.4741>
- Carlson K, Mughal S, & Azhar Y. (2025). *Perinatal Depression*. StatPearls Publishing.
- Claerbout, A., Steppe, J., Joni, G., & van kelst, L. (2024). Challenges and facilitators to perinatal mental healthcare among first-generation migrant women: A qualitative ethnographic study in Flanders, Belgium. *European Journal of Midwifery*, 8(December). <https://doi.org/10.18332/ejm/194682>
- Eva Sinaga, & Naomi Frolinda Jober. (2023). Karakteristik dan Status Kesehatan Mental Ibu Postpartum. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 1717–1729.
- Feyissa, G. T., Pouget, E. R., Kitila, S. B., Terfa, Y. B., & Wong, T. (2025). Integrating Mental Health Services Into Perinatal Care: Challenges and Opportunities. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 4317–4339. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S536732>
- Guarneri, C., Sottile, J., Bevacqua, E., Leone, M. C., Mineo, R., Rini, C., Riolo, M., Maiorana, A., & Infurna, M. R. (2025a). When a Parent Is Born: An Integrated Approach to Perinatal Mental Health and Early Risk Screening. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(10), 193. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15100193>
- Guarneri, C., Sottile, J., Bevacqua, E., Leone, M. C., Mineo, R., Rini, C., Riolo, M., Maiorana, A., & Infurna, M. R. (2025b). When a Parent Is Born: An Integrated Approach to Perinatal Mental Health and Early Risk Screening. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(10), 193. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15100193>
- Marshman, A., Saunders, E., Chaves, D., & Morton Ninomiya, M. E. (2023a). Barriers to perinatal mental health care experiences by midwives and obstetricians and their patients: A rapid review. *Midwifery*, 117, 103544. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103544>
- Marshman, A., Saunders, E., Chaves, D., & Morton Ninomiya, M. E. (2023b). Barriers to perinatal mental health care experiences by midwives and obstetricians and their patients: A rapid review. *Midwifery*, 117, 103544. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103544>
- Murti, Maolinda, & Lestari. (2023). DETEKSI DINI DEPRESI POSTPARTUM DENGAN MENGGUNAKAN EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE. In *JKJ: Persatuan Perawat Nasional Indonesia* (Vol. 11, Issue 4).
- Putri, N. R., Rahmah, U. A., & Perestroika, G. D. (2025). Perinatal Mental Health Disorders in Indonesia: A Systematic Review of Quantitative Studies (2015–2024). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 21(2), 369–377. <https://doi.org/10.15294/kemas.v21i2.26267>
- Ratih Zukrufiana, I., & Astuti, P. T. (2025). DETEKSI FAKTOR RISIKO DEPRESI POSTPARTUM MENGGUNAKAN EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS). *Jurnal Ilmu Kesehatan Medic Nutricia*, 14(1), 25–31. <https://doi.org/10.5455/mnj.v1i2.644xa>
- Recavery Dwi Wulandari, Wening Pangesthi

- Maharani, Nevy Norma Renityas, & Dyah Mubarokah Ahadiyati. (2025). Faktor Risiko Postpartum Depression dalam Konteks Geografis, Sosial, dan Ekonomi. *Jurnal Medika Nusantara*, 3(1), 212–227. <https://doi.org/10.59680/medika.v3i1.1707>
- Rospia, E. D., Cahyaningtyas, D. K., WD, S. M., & Lestari, C. I. (2023). Qualitative Study of Perinatal Mental Health Services: Experiences and Perspectives of Health Workers and Patients. *EMBRIO*, 15(2), 216–227. <https://doi.org/10.36456/embrio.v15i2.7773>
- Waqas, A., Koukab, A., Meraj, H., Dua, T., Chowdhary, N., Fatima, B., & Rahman, A. (2022a). Screening programs for common maternal mental health disorders among perinatal women: report of the systematic review of evidence. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03694-9>
- Waqas, A., Koukab, A., Meraj, H., Dua, T., Chowdhary, N., Fatima, B., & Rahman, A. (2022b). Screening programs for common maternal mental health disorders among perinatal women: report of the systematic review of evidence. *BMC Psychiatry*, 22(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03694-9>
- WHO. (2025). *Perinatal mental health*. WHO.
- Widarini, Y. I. P., Arifah, I., & Werdani, K. E. (2020). Analisis Faktor Risiko Gejala Depresi Pada Ibu di Masa Nifas di Kecamatan Banjarsari, Surakarta. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 48(2), 131–138. <https://doi.org/10.22435/bpk.v48i2.2872>
- Yang, Y., Wang, T., Wang, D., Liu, M., Lun, S., Ma, S., & Yin, J. (2024). Gaps between current practice in perinatal depression screening and guideline recommendations: a systematic review. In *General Hospital Psychiatry* (Vol. 89, pp. 41–48). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2024.04.011>