

BAB IV

Kesehatan Mental Ibu Hamil dan Kekerasan Berbasis Gender

Dr.Tri Lestari Handayani, M.Kep.,Sp.Mat.

A. Latar belakang

Kehamilan merupakan periode rentan yang memengaruhi kesehatan mental ibu, di mana stres, kecemasan, dan depresi sering dialami akibat perubahan hormonal, fisik, dan sosial. Kekerasan berbasis gender, khususnya kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), memperburuk kondisi ini dengan meningkatkan risiko komplikasi kehamilan seperti prematur dan berat lahir rendah. Di Indonesia, isu ini relevan bagi mahasiswa keperawatan untuk memahami intervensi dini dalam pelayanan antenatal care (Angrella,N & Ariane,I, 2025).

Prevalensi gangguan kesehatan mental pada ibu hamil di Indonesia mencapai 12,6-24%, dengan gejala umum seperti mudah lelah dan stres psikososial pada 36-43% kasus sepanjang trimester. Kekerasan terhadap perempuan meningkat menjadi 4.472 kasus pada 2025 dari 4.178 pada 2024, termasuk bentuk fisik, emosional, dan seksual pada ibu hamil.

Pandemi COVID-19 memperparah KDRT, dengan rata-rata 4,76 insiden per ibu hamil (Promovenda, 2026). Prevalensi Secara global, 20% wanita hamil mengalami masalah mental, lebih tinggi di negara berpenghasilan rendah-menengah seperti Indonesia (19% depresi perinatal). Data terkini menunjukkan 20-59,7% ibu hamil alami depresi antenatal, dengan puncak di trimester ketiga (28,5-43%). Stres persisten sepanjang kehamilan dialami 36,52% ibu. Jenis gangguan meliputi depresi (prevalensi 7,9-22,3%), kecemasan (34-43,2%), stres psikososial (36-43%), serta gangguan tidur dan psikosomatis. Di Indonesia, prevalensi mencapai 28,7% untuk kecemasan, tertinggi di DIY setelah Bali (Nuryati, T & Amir, Y, 2020).

Kekerasan berbasis gender menyebabkan dampak psikologis seperti depresi (risiko 3,8 kali lipat) dan kecemasan (4,2 kali), serta komplikasi reproduksi seperti aborsi tidak aman dan kematian maternal. Kurangnya skrining rutin di puskesmas dan stigma sosial

menghambat deteksi dini, meski rekomendasi ANC menekankan pemeriksaan 10T termasuk psikososial. Mahasiswa keperawatan perlu mengatasi gap ini melalui edukasi dan dukungan komunitas (Mulyaningsih, E A, et all (2025).

B. Kesehatan Mental Ibu Hamil

1. Devinisi Kesehatan Mental Ibu Hamil

Kesehatan mental ibu hamil didefinisikan sebagai kemampuan adaptasi emosional terhadap tuntutan kehamilan tanpa gangguan signifikan. Kesehatan mental ibu hamil mencakup kondisi emosional, psikologis, dan sosial selama kehamilan yang memengaruhi kesejahteraan diri dan janin. Gangguan umum seperti depresi dan kecemasan sering muncul akibat perubahan hormonal serta tekanan eksternal. (Khoiriah, et all, 2022).

2. Perubahan Psikologis Ibu Hamil

Pada trimester I, ibu mengalami ambivalensi emosional seperti kecemasan, penolakan, dan mual yang memicu perasaan tidak sehat atau benci kehamilan. Trimester II ditandai stabilitas emosi lebih baik meski muncul keraguan diri akibat perubahan fisik. Trimester III meningkat kecemasan persiapan persalinan, ketakutan akan nyeri, dan bonding awal dengan janin. (Harmia, E. , 2020).

3. Adaptasi Peran Menjadi Ibu (Maternal Role Attainment)

Teori Ramona T. Mercer menggambarkan maternal role attainment sebagai proses empat tahap: anticipatory (kehamilan, harapan dan belajar peran), formal (pasca lahir, konfirmasi realitas), informal (interaksi harian dengan bayi), dan personal (integrasi peran ibu secara stabil). Proses ini melibatkan penyesuaian psikologis, sosial, dan hubungan ibu-bayi untuk pencapaian identitas maternal (Puasa, M & Huriah, T., 2020)

4. Faktor Resiko Gangguan Kesehatan Mental Ibu Hamil

Faktor risiko utama adalah riwayat komplikasi kehamilan (OR 1,59), ketidakstabilan finansial (OR 1,88), penyakit kronis, multipara, dan kehamilan tidak direncanakan. Faktor lain mencakup usia, pendidikan rendah, kurang olahraga, dan paritas tinggi. Pandemi memperburuk kondisi ini di kalangan ibu hamil Indonesia (Zulaehah, 2021).

5. Dampak Gangguan Mental Ibu Hamil Pada Janin dan Bayi.

Gangguan mental ibu hamil menyebabkan berat lahir rendah, prematur, IUGR, serta risiko ADHD, autisme, obesitas, dan diabetes pada anak dewasa. Stres meningkatkan hormon kortisol yang menghambat pertumbuhan janin dan rentan penyakit. Dampak jangka panjang termasuk gangguan cemas/depresi pada anak (Amelia, F, 2023).

6. Skrining kesehatan mental ibu hamil.

Skrining kesehatan mental ibu hamil di klinik atau puskesmas bertujuan mendeteksi dini gangguan seperti depresi, kecemasan, dan stres melalui wawancara dan kuesioner standar. Proses ini terintegrasi dalam pelayanan Antenatal Care (ANC) Kemenkes untuk mencegah dampak negatif pada ibu dan bayi (Kusumawati, Y.2025)

- a. Waktu dan frekuensi Skrining ; Waktu dan frekuensi Skining kesehatan mental Ibu Hamil sebaiknya dilakukan skrining minimal dua kali selama kehamilan: kunjungan pertama ANC (trimester 1) dan kunjungan ke-5 ANC (trimester 3), ditambah sekali pada nifas (hari ke-8-28). Ulangi jika ada indikasi seperti riwayat depresi atau stres tinggi (Muhawarman, A., 2024).
- b. Instrumen Skrining; Instrumen Skrining yang digunakan menggunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) versi Indonesia, instrumen 10 pertanyaan yang valid dan reliabel untuk skrining depresi dan kecemasan (cut-off ≥ 10). Instrumen lain seperti SRQ-20 atau K10 untuk gejala umum, dengan penilaian cepat <10 menit (Puskesmas Gunung Sari, 2025).
- c. Langkah-langkah Pelaksanaan skrining di Klinik;
 - 1) **Persiapan:** Siapkan ruang privat, jelaskan tujuan skrining, dan dapatkan informed consent dari ibu hamil.
 - 2) **Pengisian kuesioner:** Berikan EPDS secara mandiri atau dibantu bidan/perawat; skor gejala kecemasan.
 - 3) **Interpretasi hasil:** Skor rendah (0-9): normal; sedang (10-13): konseling; tinggi (≥ 14): rujuk psikiater.
 - 4) **Tindak lanjut:** Edukasi dukungan sosial, konseling, atau rujuk jika positif;catat di rekam medis ANC.

- 5) Tenaga kesehatan wajib skrining rutin menggunakan EPDS dan edukasi empati untuk kurangi stigma. Intervensi dini mencegah kronisitas dan komplikasi seperti gangguan perkembangan anak (National Institute for Health and Care Excellence. , 2020)

7. Perbedaan Gangguan Mental Perinatal

Tabel: 1 Perbedaan Gangguan Mental Perinatal

| Gangguan | Definisi dan Gejala Utama | Durasi dan Prevalensi | Pengobatan |
|---|--|---------------------------------|--|
| Baby Blues | Sedih sementara, mudah menangis, sensitif, lelah pasca lahir akibat fluktuasi hormon | 2-3 minggu, 80% ibu baru | Dukungan sosial, istirahat; sembuh spontan |
| Depresi Antenatal | Depresi selama kehamilan: hilang minat, lelah kronis, pikiran negatif. | Selama kehamilan, 7-22%. | Konseling, terapi CBT, antidepresan aman |
| Depresi Postpartum | Depresi berat pasca lahir: depresi mendalam, sulit bonding, pikiran bunuh diri. | >2 minggu hingga bulan, 10-15%. | Terapi, obat, dukungan keluarga; beda intensitas dari baby blues |
| Gangguan Kecemasan Perinatal | Kecemasan berlebih antenatal/postnatal: panik, khawatir janin/bayi. | Sepanjang perinatal, 10-20%. | Relaksasi, terapi, monitoring rutin |
| Post Trauma Syndrom (PTSD) Akibat Persalinan Traumatik | Trauma persalinan: flashback, hipervigilans, mimpi buruk | Bulan setelah lahir, 4-17%.] | Terapi trauma-fokus, EMDR |

Sumber: Diadaptasi dari Howard et al. (2014); O'Hara & Wisner (2014); Yildiz et al. (2017); DSM-5-TR (APA, 2022); WHO (2016).

C. Konsep Kekerasan Berbasis Gender (KBG)

1. Definisi Kekerasan Berbasis Gender

Kekerasan Berbasis Gender (KBG) adalah setiap tindakan kekerasan yang ditujukan kepada seseorang berdasarkan jenis kelamin atau konstruksi sosial gender yang menyebabkan atau berpotensi menyebabkan penderitaan fisik, seksual, psikologis, atau kerugian ekonomi, termasuk ancaman, pemaksaan, atau perampasan kebebasan, baik di ruang publik maupun privat, melalui Declaration on the Elimination of Violence against Women menegaskan bahwa kekerasan

terhadap perempuan merupakan manifestasi hubungan kekuasaan yang tidak setara antara laki-laki dan perempuan (United Nations, 1993).

World Health Organization mendefinisikan kekerasan terhadap perempuan sebagai setiap tindakan berbasis gender yang mengakibatkan atau mungkin mengakibatkan bahaya atau penderitaan fisik, seksual, atau mental terhadap perempuan, termasuk ancaman tindakan tersebut (WHO, 2013).

2. Bentuk-Bentuk Kekerasan Berbasis Gender

- a. **Kekerasan Fisik;** Kekerasan fisik meliputi tindakan seperti memukul, menendang, mencekik, membakar, atau tindakan lain yang menyebabkan cedera tubuh. Dalam konteks kehamilan, kekerasan fisik meningkatkan risiko abortus, prematuritas, dan komplikasi obstetri (WHO, 2013).
- b. **Kekerasan Psikologis/Emosional;** Termasuk penghinaan, intimidasi, ancaman, kontrol berlebihan, isolasi sosial, dan manipulasi emosional. Dampaknya sering berupa depresi, kecemasan, PTSD, dan penurunan harga diri (Devries et al., 2013).
- c. **Kekerasan Seksual;** Meliputi pemaksaan hubungan seksual, pemaksaan praktik seksual tertentu, atau hubungan seksual tanpa persetujuan. Kekerasan seksual dalam pernikahan juga termasuk dalam kategori ini (WHO, 2013).
- d. **Kekerasan Ekonomi;** Berupa pembatasan akses terhadap sumber daya keuangan, larangan bekerja, pengambilalihan pendapatan, atau pengendalian finansial yang membuat korban bergantung secara ekonomi. UN Women (2020) menegaskan bahwa kekerasan ekonomi memperkuat siklus ketergantungan dan menghambat perempuan keluar dari relasi abusive .
- e. **Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT);** KDRT adalah kekerasan yang terjadi dalam hubungan intim atau keluarga, mencakup kekerasan fisik, seksual, dan psikologis oleh pasangan atau anggota keluarga (WHO, 2013). Dalam konteks Indonesia, definisi ini sejalan dengan Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan KDRT.

3. Teori Ketimpangan Gender dan Patriarki

Kekerasan Berbasis Gender (KBG) tidak dapat dilepaskan dari struktur sosial patriarki. Patriarki adalah sistem sosial yang menempatkan laki-laki sebagai pemegang kekuasaan dominan dalam struktur keluarga dan masyarakat (Walby, 1990). Teori ketimpangan gender menjelaskan bahwa kekerasan muncul dari relasi kuasa yang timpang, di mana subordinasi perempuan dilegitimasi oleh norma budaya, agama, atau sosial. Heise (1998) mengembangkan Ecological Model of Violence yang menjelaskan bahwa kekerasan dipengaruhi oleh faktor pada tingkat individu, relasional, komunitas, dan masyarakat. Model ekologi ini kemudian diadopsi secara luas oleh WHO dalam menjelaskan determinan kekerasan terhadap perempuan (WHO, 2013).

4. Siklus Kekerasan (Cycle of Violence)

Konsep cycle of violence dikembangkan oleh Walker (1979). Teori ini menjelaskan bahwa kekerasan dalam hubungan intim terjadi dalam tiga fase berulang:

- a. Fase Tension Building; Ketegangan meningkat, pelaku menunjukkan iritabilitas, ancaman verbal, atau kontrol berlebihan.
- b. Fase Acute Battering Incident; Terjadi kekerasan fisik atau seksual secara eksplisit.
- c. Fase Honeymoon/Reconciliation; pelaku menunjukkan penyesalan, meminta maaf, atau memberikan janji perubahan. Siklus ini berulang dan sering kali semakin meningkat intensitasnya. Dalam konteks kehamilan, fase kekerasan akut dapat meningkat karena perubahan dinamika relasi dan stres ekonomi (Walker, 1979; WHO, 2013).

5. Kekerasan Berbasis Gender (KBG) Pada Kesehatan Mental Ibu Hamil.

Kehamilan merupakan periode transisi biologis dan psikososial yang kompleks. Adaptasi hormonal, perubahan peran, serta dinamika relasi interpersonal menjadikan ibu hamil kelompok yang rentan terhadap gangguan kesehatan mental. Dalam konteks ini, Kekerasan Berbasis Gender (KBG) menjadi determinan sosial kesehatan yang signifikan. WHO melaporkan bahwa sekitar 1 dari 3 perempuan di dunia pernah mengalami kekerasan fisik atau seksual oleh pasangan intim (WHO, 2013). Bukti menunjukkan bahwa kehamilan tidak melindungi perempuan dari kekerasan; dalam beberapa kasus, risiko justru

meningkat (Devries et al., 2013). Menurut perspektif biopsikososial dan model ekologi menjelaskan bagaimana KBG memengaruhi kesehatan mental ibu.

1) Kehamilan sebagai Periode Kerentanan Psikologis

Secara fisiologis, fluktuasi hormon estrogen, progesteron, dan kortisol selama kehamilan memengaruhi regulasi emosi dan respons stres. Secara psikologis, ibu menghadapi tuntutan adaptasi peran dan kecemasan terhadap keselamatan janin. Gangguan mental perinatal yang paling sering muncul meliputi: 1) Depresi antenatal (7-22%), 2) Gangguan kecemasan perinatal (10-20%), 3) PTSD terkait trauma (Howard et al., 2014). Ketika KBG terjadi dalam periode ini, beban stres menjadi multiplikatif.

2) Mekanisme: Bagaimana KBG Memengaruhi Kesehatan Mental Ibu Hamil

- a. Jalur Biologis (Neuroendokrin); Paparan kekerasan kronis mengaktifasi sistem hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA axis) secara berlebihan. Aktivasi berkepanjangan meningkatkan kadar kortisol, yang dikaitkan dengan: 1) Depresi mayor, 2) Gangguan kecemasan, 3) Gangguan tidur dan 4) Risiko persalinan premature. WHO (2013) menegaskan bahwa stres kronik akibat kekerasan berkontribusi terhadap gangguan mental dan komplikasi obstetrik.
- b. Jalur Psikologis; Kekerasan psikologis dan seksual merusak: 1) Harga diri. 2) Rasa aman dan 3) Sense of control. Hal ini berkontribusi terhadap: 1) Learned helplessness, 2) Distorsi kognitif, dan 3) Pikiran negatif terhadap diri dan kehamilan. Walker (1979) melalui teori cycle of violence menjelaskan bagaimana fase ketegangan dan rekonsiliasi menciptakan ketergantungan emosional yang memperburuk depresi.
- c. Jalur Sosial; menurut Model ekologi dari Heise (1998) menjelaskan bahwa kekerasan dipengaruhi oleh faktor individu, relasional, komunitas, dan struktur sosial patriarki. Isolasi sosial yang sering dialami korban KBG mengurangi dukungan sosial, yang sebenarnya merupakan faktor protektif utama terhadap depresi perinatal (Howard et al., 2014). UN Women menegaskan bahwa ketimpangan gender dan ketergantungan ekonomi memperpanjang paparan kekerasan dan meningkatkan kerentanan psikologis perempuan.

3) **Dampak Kekerasan Berbasis Gender terhadap Gangguan Mental Perinatal**

Kekerasan Berbasis Gender mempunyai dampak yang luas, bukan hanya menyebabkan trauma perlukaan, akan tetapi juga menyebabkan masalah psikologis seperti depresi dan gangguan interaksi Ibu dan bayi. Berikut penjelasan dari dampak KBG terhadap Gangguan Mental Perinatal.

a. **Depresi Antenatal**

Perempuan yang mengalami KBG memiliki risiko 2-3 kali lebih tinggi mengalami depresi selama kehamilan (Devries et al., 2013).

Gejala Depresi Antenatal meliputi:

- a) Anhedonia; hilangnya minat atau kesenangan terhadap aktivitas yang sebelumnya bermakna atau menyenangkan, dalam kriteria diagnostik depresi mayor, anhedonia merupakan salah satu gejala inti selain mood depresif (APA, 2022). Pada ibu hamil, anhedonia dapat muncul sebagai: a) Tidak lagi menikmati kehamilan, b) Kehilangan minat mempersiapkan kelahiran dan c) menarik diri dari aktivitas sosial. Secara klinis, anhedonia pada periode antenatal berkorelasi dengan peningkatan risiko depresi postpartum (Howard et al., 2014).
- b) Fatigue kronis; adalah rasa lelah menetap yang tidak membaik dengan istirahat dan tidak sepenuhnya dijelaskan oleh kondisi medis (APA, 2022). Pada ibu hamil, fatigue memang fisiologis, namun pada depresi: a) Intensitasnya tidak proporsional, b) Disertai kehilangan motivasi dan berkaitan dengan c) gangguan tidur dan mood negative. Penelitian menunjukkan bahwa fatigue depresif berhubungan dengan disregulasi sumbu hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) dan peningkatan kortisol akibat stres kronik (WHO, 2013). WHO juga menegaskan bahwa stres psikososial kronis selama kehamilan meningkatkan kerentanan terhadap gangguan mental dan kelelahan patologis.
- c) Perasaan tidak berharga (Worthlessness) Perasaan tidak berharga adalah evaluasi diri negatif yang persisten, disertai rasa bersalah berlebihan atau tidak realistis (APA, 2022). Dalam

konteks kehamilan dan KBG, gejala ini dapat muncul sebagai: 1) Merasa menjadi beban keluarga, 2) Merasa gagal sebagai calon ibunda 3) Internalized blame akibat kekerasan pasangan. Menurut teori learned helplessness, paparan kekerasan berulang dapat menyebabkan individu menginternalisasi kegagalan dan kehilangan sense of control (Walker, 1979). Perasaan tidak berharga merupakan prediktor kuat ide bunuh diri pada depresi perinatal (Howard et al., 2014).

- d) Pikiran bunuh diri. WHO (2013) melaporkan bahwa bunuh diri merupakan salah satu penyebab utama kematian maternal tidak langsung di berbagai negara. Pikiran bunuh diri mencakup: 1) Keinginan untuk mati, 2) Pikiran menyakiti diri dan 3) Perencanaan tindakan bunuh diri, dalam *DSM-5-TR*, ini termasuk gejala berat depresi mayor dan memerlukan evaluasi segera (APA, 2022). Dalam populasi perinatal, ide bunuh diri, sering tersembunyi karena stigma, serta berhubungan dengan depresi berat dan kekerasan pasangan, meningkatkan risiko mortalitas maternal. Pada ibu hamil yang mengalami KBG, risiko suicidal ideation meningkat secara signifikan akibat kombinasi stres kronik, isolasi sosial, dan trauma (Devries et al., 2013). Integrasi Klinis dari Keempat gejala tersebut diatas bukan berdiri sendiri. Secara patofisiologis dan psikososial: Kekerasan Berbasis Gender (KBG) akan dapat menimbulkan stres kronik. Ide Bunuh diri merupakan gambaran adanya progresi patofisiologis dan psikologis depresi, termasuk pada ibu hamil yang terpapar stres berat seperti Kekerasan Berbasis Gender. Paparan stres kronik mengaktifasi sumbu *hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA)* secara persisten sehingga meningkatkan sekresi kortisol dan mengganggu regulasi neurobiologis sistem dopaminergik serta serotonergik yang berperan dalam respons emosi dan sistem reward; kondisi ini berkontribusi terhadap munculnya anhedonia dan kelelahan patologis (Pariante & Lightman,

2008). Disregulasi biologis tersebut kemudian berinteraksi dengan proses kognitif maladaptif—seperti skema negatif tentang diri, dunia, dan masa depan—yang dalam model kognitif depresi dijelaskan sebagai distorsi kognitif (Beck, 1967). Distorsi ini memperkuat perasaan tidak berharga dan rasa bersalah berlebihan, yang merupakan gejala inti depresi mayor menurut APA (2022). Ketika depresi berkembang menjadi berat, kombinasi *anhedonia*, hopelessness, dan worthlessness secara signifikan meningkatkan risiko munculnya pikiran bunuh diri, yang diakui sebagai salah satu indikator keparahan depresi dan faktor risiko utama mortalitas maternal tidak langsung (WHO, 2013; APA, 2022). Dengan demikian, alur tersebut menunjukkan keterkaitan integratif antara mekanisme biologis stres, proses kognitif, dan manifestasi klinis depresi hingga tahap ide bunuh diri. Dalam praktik klinik maternitas, keberadaan *anhedonia* dan perasaan tidak berharga harus memicu asesmen risiko bunuh diri secara langsung dan sistematis.

b. Gangguan Kecemasan dan PTSD

Paparan Kekerasan Berbasis Gender (KBG) selama kehamilan secara signifikan meningkatkan risiko gangguan kecemasan dan post-traumatic stress disorder (PTSD). Kekerasan fisik, seksual, maupun psikologis memicu aktivasi kronik sistem stres melalui disregulasi sumbu hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA), yang berkontribusi terhadap hiperaktivitas simpatis dan gejala kecemasan persisten seperti hipervigilans, iritabilitas, dan gangguan tidur (Yildiz et al., 2017). World Health Organization melaporkan bahwa perempuan yang mengalami kekerasan pasangan intim memiliki risiko dua kali lebih tinggi mengalami gangguan kecemasan dan depresi dibandingkan yang tidak mengalami kekerasan (WHO, 2013).

Dalam konteks kehamilan, trauma interpersonal memiliki dampak yang lebih kompleks karena ibu berada dalam kondisi biologis dan emosional yang rentan. PTSD perinatal dapat ditandai

dengan flashback, mimpi buruk, perilaku menghindari, dan respons terkejut berlebihan. Studi meta-analisis menunjukkan bahwa riwayat kekerasan merupakan prediktor kuat PTSD selama dan setelah kehamilan (Yildiz et al., 2017). Gangguan ini tidak hanya memengaruhi kesejahteraan psikologis ibu, tetapi juga berkaitan dengan peningkatan risiko komplikasi obstetri akibat respons stres kronik.

c. Dampak terhadap Ikatan Ibu-Janin

Gangguan mental akibat KBG berdampak langsung pada kualitas ikatan emosional antara ibu dan janin (prenatal bonding). Depresi dan kecemasan antenatal dapat menurunkan keterlibatan emosional ibu terhadap kehamilan, mengurangi respons positif terhadap gerakan janin, serta menimbulkan ambivalensi terhadap peran keibuan (Howard et al., 2014). Kondisi ini berpotensi menghambat pembentukan maternal-fetal attachment yang optimal.

Selain itu, depresi antenatal akibat paparan KBG merupakan faktor risiko signifikan terjadinya depresi postpartum. American Psychiatric Association menyatakan bahwa depresi mayor yang tidak tertangani selama kehamilan sering berlanjut atau memburuk setelah persalinan (APA, 2022). Depresi postpartum yang dipicu trauma atau kekerasan juga dikaitkan dengan gangguan sensitivitas maternal dan responsivitas terhadap kebutuhan bayi.

Dampak lanjutan terlihat pada kualitas pengasuhan awal. Ibu dengan depresi atau PTSD cenderung mengalami kesulitan dalam regulasi emosi dan interaksi responsif, yang memengaruhi perkembangan emosional dan neurobehavioral bayi. Model ekologi kekerasan menjelaskan bahwa paparan stres kronik dalam sistem keluarga akan berdampak lintas generasi melalui pola asuh yang kurang optimal (Heise, 1998). Dengan demikian, KBG tidak hanya menjadi masalah individu, tetapi juga faktor risiko perkembangan anak dalam jangka panjang.

4) **Skrining rutin Kekerasan Berbasis Gender (KBG)**

Pelayanan antenatal care (ANC) merupakan langkah preventif yang krusial untuk mendeteksi faktor risiko psikososial yang berdampak pada kesehatan mental ibu hamil. WHO merekomendasikan identifikasi dini kekerasan pasangan intim dalam layanan kesehatan reproduksi karena sebagian besar korban tidak secara sukarela mengungkapkan pengalaman kekerasan tanpa ditanya secara langsung dan sensitif (WHO, 2013). Skrining yang terstruktur memungkinkan tenaga kesehatan mengenali tanda bahaya psikologis, meningkatkan keselamatan ibu, serta mencegah komplikasi maternal dan perinatal. Dalam praktik keperawatan maternitas, pendekatan ini dilakukan melalui asesmen privat, menjaga kerahasiaan, dan menggunakan pertanyaan nonjudgmental.

Skrining depresi perinatal menggunakan instrumen tervalidasi seperti Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) merupakan komponen penting dalam ANC. Instrumen ini efektif untuk mendeteksi gejala depresi antenatal dan postpartum secara dini (Cox et al., 1987). American College of Obstetricians and Gynecologists merekomendasikan skrining depresi dan kecemasan minimal satu kali selama kehamilan dan pada periode postpartum, dengan sistem rujukan yang jelas bagi ibu dengan skor risiko tinggi (ACOG, 2023). Deteksi dini memungkinkan intervensi psikososial sebelum kondisi berkembang menjadi depresi berat atau muncul ide bunuh diri.

Pendekatan trauma-informed care (TIC) menjadi landasan penting dalam menangani ibu hamil yang mengalami KBG. Prinsip TIC menekankan keamanan, kepercayaan, pemberdayaan, dan kolaborasi dalam interaksi klinis. Substance Abuse and Mental Health Services Administration menjelaskan bahwa layanan berbasis trauma harus menghindari re-traumatisasi dan memahami dampak biologis serta psikologis dari pengalaman kekerasan (SAMHSA, 2014). Dalam konteks keperawatan, hal ini berarti memberikan ruang konsultasi yang aman, menghargai otonomi pasien, serta mengintegrasikan dukungan emosional dalam setiap prosedur klinis.

Kolaborasi multidisiplin antara perawat, dokter obstetri, psikiater, psikolog klinis, dan pekerja sosial diperlukan untuk memastikan

penanganan komprehensif. National Institute for Health and Care Excellence menekankan pentingnya pendekatan tim dalam tata laksana gangguan mental perinatal, termasuk rujukan terkoordinasi untuk kasus dengan risiko tinggi (NICE, 2020). Pendekatan interprofesional memungkinkan integrasi intervensi farmakologis, psikoterapi, serta perlindungan sosial, sehingga meningkatkan luaran kesehatan ibu dan janin secara simultan.

Edukasi berbasis gender sensitivity juga merupakan strategi promotif yang esensial. Pendidikan kesehatan harus mempertimbangkan dinamika relasi kuasa, norma budaya, serta ketimpangan gender yang berkontribusi terhadap KBG. UN Women menekankan bahwa peningkatan literasi gender dan kesadaran hak reproduksi perempuan dapat mengurangi toleransi sosial terhadap kekerasan (UN Women, 2020). Dalam praktik keperawatan, edukasi ini mencakup pemberdayaan ibu untuk mengenali tanda kekerasan, memahami hak atas keamanan dan kesehatan mental, serta mengetahui jalur bantuan yang tersedia. Pendekatan ini tidak hanya bersifat kuratif, tetapi juga preventif dalam jangka panjang.

5) Implikasi Praktik Keperawatan dan Layanan Kesehatan

Implikasi praktik keperawatan pada kasus Kekerasan Berbasis Gender (KBG) dalam periode perinatal menuntut pendekatan sistemik, terintegrasi, dan berbasis bukti. Perawat maternitas berada pada posisi strategis karena memiliki frekuensi kontak tinggi dengan ibu selama antenatal care (ANC), intranatal, dan postnatal. Oleh karena itu, intervensi harus mencakup aspek deteksi dini, intervensi psikososial, kolaborasi multidisiplin, dan advokasi berbasis gender.

a. Skrining Rutin KBG dalam ANC

Skrining kekerasan domestik dan kesehatan mental direkomendasikan sebagai bagian dari pelayanan antenatal komprehensif. National Institute for Health and Care Excellence merekomendasikan agar tenaga kesehatan secara aktif menanyakan riwayat kekerasan domestik dan gangguan mental pada setiap kontak antenatal (NICE, 2020).

Demikian pula, World Health Organization menegaskan bahwa skrining harus dilakukan secara sensitif, privat, dan aman, serta disertai mekanisme rujukan yang jelas (WHO, 2013). Dalam praktik keperawatan, skrining dilakukan melalui: 1) Pertanyaan langsung namun non-judgmental, 2) Lingkungan konsultasi yang privat, 3) Dokumentasi yang aman dan rahasia dan 4) Rencana keselamatan (safety planning) bila ditemukan risiko berlanjut. Pendekatan ini penting karena banyak korban tidak secara spontan melaporkan kekerasan.

b. Skrining Depresi Perinatal (misalnya EPDS)

Gangguan depresi perinatal seringkali berkorelasi dengan paparan kekerasan. Instrumen seperti Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) direkomendasikan sebagai alat skrining valid dan reliabel dalam praktik klinis. American College of Obstetricians and Gynecologists merekomendasikan skrining depresi dan kecemasan minimal satu kali selama kehamilan dan pada periode postpartum menggunakan instrumen terstandar (ACOG, 2018; diperbarui 2023).

Skrining yang sistematis memungkinkan: 1) Identifikasi dini risiko depresi mayor, 2) Pencegahan depresi postpartum, 3) Intervensi psikologis lebih cepat dan 4) Penurunan dampak terhadap ikatan ibu-bayi. Tanpa skrining rutin, gangguan mental perinatal sering underdiagnosed dan undertreated.

c. Pendekatan Trauma-Informed Care

Konsep trauma-informed care menekankan bahwa tenaga kesehatan harus memahami bahwa banyak pasien memiliki riwayat trauma yang dapat memengaruhi respons terhadap pelayanan kesehatan. Substance Abuse and Mental Health Services Administration mendefinisikan pendekatan ini sebagai pelayanan yang menyadari dampak luas trauma, mengenali tanda-tandanya, dan menghindari praktik yang dapat memicu retraumatisasi (SAMHSA, 2014). Dalam keperawatan maternitas, implementasinya meliputi: 1) Komunikasi empatik dan validatif, 2) Memberikan pilihan dan kontrol

pada pasien, 3) Menghindari prosedur invasif tanpa penjelasan dan 4) Mengintegrasikan dukungan psikososial dalam rencana asuhan. Pendekatan ini meningkatkan kepercayaan pasien dan kepatuhan terhadap perawatan.

d. Kolaborasi Multidisiplin

Kasus KBG dan gangguan mental perinatal memerlukan koordinasi lintas profesi. Model kolaboratif mencakup: 1) Psikiater (farmakoterapi bila diperlukan, 2) Psikolog klinis (terapi kognitif-perilaku/trauma-focused therapy), 3) Pekerja sosial (intervensi sosial dan perlindungan) dan 4) Lembaga perlindungan Perempuan. *World Health Organization* menekankan pentingnya sistem rujukan terpadu untuk memastikan kesinambungan layanan medis, psikologis, dan hukum bagi korban kekerasan (WHO, 2013). Pendekatan interprofesional terbukti meningkatkan luaran maternal dan neonatal serta menurunkan risiko kekerasan berulang.

e. Edukasi Berbasis Gender Sensitivity

Pendekatan berbasis sensitivitas gender bertujuan mengurangi bias, stigma, dan viktimisasi sekunder dalam pelayanan kesehatan. *United Nations Women* menekankan bahwa layanan kesehatan harus responsif gender, menghormati hak reproduksi, dan memperkuat otonomi perempuan (UN Women, 2021). Dalam praktik keperawatan, hal ini mencakup: 1) Edukasi tentang hak kesehatan reproduksi, 2) Penguatan self-efficacy ibu, 3) Konseling berbasis pemberdayaan dan 4) Pencegahan kekerasan melalui promosi kesehatan komunitas

f. Sintesis Implikasi Praktik

Integrasi skrining rutin, pendekatan trauma-informed, kolaborasi multidisiplin, dan edukasi berbasis gender membentuk model pelayanan komprehensif dalam keperawatan maternitas. Pendekatan ini tidak hanya menangani dampak klinis jangka pendek, tetapi juga mencegah transmisi risiko psikososial lintas generasi. Pendekatan integratif memerlukan: 1) Skrining rutin KBG dalam ANC,

2) Skrining depresi perinatal (misalnya EPDS), 3) Pendekatan trauma-informed care, 4) Kolaborasi multidisiplin (psikiater, psikolog, pekerja sosial) dan Edukasi berbasis gender sensitivity.

D. Kesimpulan

Kekerasan Berbasis Gender merupakan determinan struktural yang secara langsung dan tidak langsung memengaruhi kesehatan mental ibu hamil melalui mekanisme biologis, psikologis, dan sosial. Integrasi skrining KBG dan gangguan mental dalam pelayanan antenatal bukan hanya intervensi klinis, tetapi strategi preventif jangka panjang untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Kekerasan Berbasis Gender (KBG) merupakan determinan sosial yang signifikan terhadap gangguan mental perinatal, termasuk depresi, kecemasan, dan PTSD, yang berdampak langsung pada kesehatan ibu, janin, serta kualitas pengasuhan awal. Dampak tersebut tidak hanya bersifat psikologis, tetapi juga melibatkan mekanisme biologis melalui respons stres kronik dan disregulasi neuroendokrin yang memperburuk kondisi kehamilan. Oleh karena itu, penanganan KBG dalam konteks maternitas tidak dapat dilakukan secara parsial, melainkan memerlukan pendekatan integratif yang sistematis.

Implikasi praktik keperawatan menegaskan pentingnya skrining rutin kekerasan dan gangguan mental dalam pelayanan antenatal, penggunaan instrumen terstandar seperti EPDS, penerapan pendekatan trauma-informed care, serta penguatan kolaborasi multidisiplin. Selain itu, edukasi berbasis sensitivitas gender menjadi strategi promotif dan preventif untuk mengurangi stigma, meningkatkan pemberdayaan perempuan, dan memutus siklus kekerasan. Dengan integrasi deteksi dini, intervensi klinis, dan dukungan sosial yang terkoordinasi, layanan kesehatan dapat berkontribusi secara signifikan dalam meningkatkan kesejahteraan mental ibu hamil dan mencegah dampak jangka panjang bagi generasi berikutnya.

Referensi

- Amelia, F,(2023) Bumil Alami Gangguan Mental, Risiko Lahir Lebih Awal ?. Bocah Indonesia.
<https://bocahindonesia.com/pengaruh-kesehatan-mental-pada-ibu-hamil-dan-janin/>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). Screening for perinatal depression and anxiety. ACOG.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). APA Publishing.
- Angrella, N & Ariane, I (2025) Status kesehatan mental ibu hamil pada kegiatan Status Kesehatan Mental Ibu Hamil pada Kegiatan Antenatal Care (ANC) di UPTD Puskesmas Manggar Balikpapan, September–Oktober 2023.
[file:///Users/lestari/Downloads/Status+Kesehatan+Mental+Ibu+Hamil+pada+Kegiatan+Antenatal+Care+\(ANC\)+di+UPTD+Puskesmas+Manggar+Balikpapan,+September%E2%80%9393Oktober+2023%20\(5\).pdf](file:///Users/lestari/Downloads/Status+Kesehatan+Mental+Ibu+Hamil+pada+Kegiatan+Antenatal+Care+(ANC)+di+UPTD+Puskesmas+Manggar+Balikpapan,+September%E2%80%9393Oktober+2023%20(5).pdf)
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786.
- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., García-Moreno, C., et al. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340(6140), 1527–1528.
- Harmia, E. (2020). *Perubahan psikologis ibu hamil selama 3 trimester, emosi naik turun*. <https://www.haibunda.com/kehamilan/20200908164235-49-160862/perubahan-psikologis-ibu-hamil-selama-3-trimester-emosi-naik-turun>
- Haibunda. (2020, January 30). Beda baby blues, cemas, dan depresi pascamelahirkan. [https://www.haibunda.com/kehamilan/20200128180053-49-78478/beda-baby-blues-cemas-dan-depresi-pascamelahirkan\[haibunda\]](https://www.haibunda.com/kehamilan/20200128180053-49-78478/beda-baby-blues-cemas-dan-depresi-pascamelahirkan[haibunda])
- Haibunda. (2020, September 9). Perubahan psikologis ibu hamil selama 3 trimester, emosi naik turun. [https://www.haibunda.com/kehamilan/20200908164235-49-160862/perubahan-psikologis-ibu-hamil-selama-3-trimester-emosi-naik-turun\[haibunda\]](https://www.haibunda.com/kehamilan/20200908164235-49-160862/perubahan-psikologis-ibu-hamil-selama-3-trimester-emosi-naik-turun[haibunda])
- Halodoc. (2019, August 11). Postpartum depression dan baby blues, lebih parah yang mana. [https://www.halodoc.com/artikel/postpartum-depression-dan-baby-blues-lebih-parah-yang-mana\[halodoc\]](https://www.halodoc.com/artikel/postpartum-depression-dan-baby-blues-lebih-parah-yang-mana[halodoc])

- Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Kementerian Kesehatan RI. (2022, August 3). Kesehatan mental pada ibu hamil dan pasca melahirkan. [https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/1022/kesehatan-mental-pada-ibu-hamil-dan-pasca-melahirkan\[keslan.kemkes.go\]](https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/1022/kesehatan-mental-pada-ibu-hamil-dan-pasca-melahirkan[keslan.kemkes.go])
- Kementerian Kesehatan RI. (2024, October 24). *Skринing kesehatan jiwa minimal setahun sekali*. [https://kemkes.go.id/id/skrining-kesehatan-jiwa-minimal-setahun-sekali\[kemkes.go\]](https://kemkes.go.id/id/skrining-kesehatan-jiwa-minimal-setahun-sekali[kemkes.go])
- Kementerian Kesehatan RI. (n.d.). *Pedoman pelayanan antenatal Kemenkes*. [https://elibrary.bapelkesbatam.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/YzFjZTAxYmM4MzkxYWFhMDI1MTQyMzgyNDI4ZmQ1NDI4MDhhMTM...\[elibrary.bapelkesbatam\]](https://elibrary.bapelkesbatam.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/YzFjZTAxYmM4MzkxYWFhMDI1MTQyMzgyNDI4ZmQ1NDI4MDhhMTM...[elibrary.bapelkesbatam])
- Khoiriah, et all, (2022) Gambaran Gejala Depresi Pada Ibu hamil di Kota Pekanbaru, *Jurnal Kesehatan* 11 (2) Desember 2022 (425-434) <file:///Users/lestari/Downloads/kursiahwartiningsih,+425-+434+artikel+323-Author.pdf>.
- Kusumawati, Y.(2025) *Menjaga ibu hamil lewat skrining kesehatan mental*. [https://www.ums.ac.id/berita/penelitian/menjaga-ibu-hamil-lewat-skrining-kesehatan-mental\[ums.ac\]](https://www.ums.ac.id/berita/penelitian/menjaga-ibu-hamil-lewat-skrining-kesehatan-mental[ums.ac])
- Muhawarman, A., (2024) Skrening Jiwa Minimal Satu Tahun Sekali. . *Skринing kesehatan jiwa minimal setahun sekali*. <https://kemkes.go.id/id/skrining-kesehatan-jiwa-minimal-setahun-sekali>
- Mulyaningsih, E A, et all (2025) Tren Penelitian Kekerasan Berbasis Gender dalam Kesehatan Maternal: Analisis Bibliometrik Global, <file:///Users/lestari/Downloads/2513-Article%20Text-10514-1-10-20250421.pdf>.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (CG192). NICE.

- Nuryati, T & Amir, Y. (2020) Analisis Kesehatan Mental Ibu Hamil, Faktor Penyebab dan Kebutuhan Dukungan Sosial di Wilayah Kerja Puskesmas Bojong Menteng, Kecamatan Rawalumbu, Kota Bekasi, Tahun 2020. Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat; Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. Hamka.. <http://repository.uhamka.ac.id/id/eprint/3936/1/Laporan%20Penelitian%20Kesehatan%20Mental%20Ibu%20Hamil.pdf>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12.
- Poltekkes/Universitas Pahlawan. (n.d.). Kebutuhan psikologis ibu hamil trimester I, II, III. <https://staff.universitaspahlawan.ac.id/web/upload/materials/1390-materials.pdf>[staff.universitaspahlawan.ac]
- PPNI Sulut. (2020, January 16). Maternal role attainment—becoming a mother: Penerapan teori keperawatan Ramona T. Mercer. <https://www.ppnisulut.org/2020/01/maternal-role-attainmentbecoming-mother/>[ppnisulut]
- Promovenda. (2025, June 30). Doktor FKM UI ungkap stres psikososial ibu hamil terbukti turunkan berat lahir bayi cukup bulan. FKM UI. <https://fkm.ui.ac.id/doktor-fkm-ui-ungkap-stres-psikososial-ibu-hamil-terbukti-turunkan-berat-lahir-bayi-cukup-bulan/>
- Puskesmas Gunung Sari. (2025, May 14). *Skrining kesehatan jiwa pada ibu hamil: Menjaga kesehatan mental sejak dini*. <https://puskesmasgunungsari-dikes.lombokbaratkab.go.id/berita/skrining-kesehatan-jiwa-pada-ibu-hamil-menjaga-kesehatan-mental-se...>[puskesmasgunungsari-dikes.lombokbaratkab.go]
- Puasa, M & Huriah, T., (2020) Maternal role attainment—becoming a mother: Penerapan teori keperawatan Ramona T. Mercer. <https://www.ppnisulut.org/2020/01/maternal-role-attainmentbecoming-mother/>
- STIKES Alma Ata. (2025, October 23). Lebih dari sekadar persalinan: Peran krusial bidan dalam kesehatan mental perinatal. <https://kebidanan.almaata.ac.id/lebih-dari-sekadar-persalinan-peran-krusial-bidan-dalam-kesehatan-mental-perinatal/>[kebidanan.almaata.ac]
- Scribd. (2025, April 27). Teori keperawatan maternal role attainment. <https://id.scribd.com/document/394441327/Teori-Keperawatan-Maternal-Role-Attainment>[id.scribd]
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). SAMHSA's concept of

trauma and guidance for a trauma-informed approach. SAMHSA.

Universitas Muhammadiyah Surakarta. (2025, September 15). *Menjaga ibu hamil lewat skrining kesehatan mental*. [https://www.ums.ac.id/berita/penelitian/menjaga-ibu-hamil-lewat-skrining-kesehatan-mental\[ums.ac\]](https://www.ums.ac.id/berita/penelitian/menjaga-ibu-hamil-lewat-skrining-kesehatan-mental[ums.ac])

United Nations. (1993). Declaration on the elimination of violence against women. United Nations.

United Nations Women. (2021). Handbook for addressing violence against women in health services.

UN Women. (2020). Handbook for legislation on violence against women. UN Women.

Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. Harper & Row.

World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women. WHO.

World Health Organization. (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634–645

Zulaehah. (2021) Faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan mental ibu hamil di UPT Puskesmas Panggang II. Poltekkes Jogja. <https://eprints.poltekkesjogja.ac.id/19649/2/BAB%20I.pdf>

.