

BAB X

Kesehatan Mental Perinatal pada Ibu Hamil dan Nifas

Winda Ayu Fazraningtyas, Ns., MSN., Ph.D.

A. Perubahan Psikologis Selama Periode Kehamilan hingga Postpartum

Masa kehamilan dan nifas merupakan masa rentan yang dijalani oleh perempuan sepanjang siklus daur kehidupannya. Kerentanan terhadap kematian ibu sangat signifikan karena perubahan fisiologis dan psikologis yang dialami perempuan selama persalinan. Sepanjang siklus hidup mereka, perempuan secara bertahap beralih dari status lajang ke pernikahan dan akhirnya menjadi ibu. Namun, tidak semua perempuan berhasil mengatasi penyesuaian psikologis selama periode pascapersalinan. Oleh karena itu, adaptasi menjadi sangat penting untuk mengurangi dampak potensial pada ibu dan bayi baru lahir.

Perubahan yang terjadi selama periode ini tidak hanya terjadi secara biologis atau psikologis, tetapi juga pada fungsi psikologis. Perubahan psikologis yang cukup besar terjadi dikarenakan perubahan hormon, kondisi fisik, dan penyesuaian peran menjadi ibu. Perubahan fungsi psikologis dapat terjadi sejak awal hingga akhir kehamilan, termasuk pada periode pascapersalinan.

Selama kehamilan, perubahan yang terlihat terjadi pada penampilan tubuh, feminitas, afeksi, dan seksualitas. Di samping itu, setiap perempuan hamil juga mengalami ambivalensi psikologis, perubahan suasana hati yang sering terjadi dari kelelahan hingga kegembiraan, gangguan emosional, atau gangguan kecemasan hingga depresi. Kekhawatiran ini menyebabkan perempuan hamil sangat rentan dan membutuhkan perawatan yang memadai, tergantung pada fungsi adaptif dari kepribadiannya. Lebih lanjut, dari aspek psikososial, kehamilan dapat dianggap sebagai keadaan emosional yang sangat spesifik, yang dapat menjadi pemicu stres yang

kuat. Stres perinatal pada ibu dapat menyebabkan berbagai komplikasi yang dapat memiliki konsekuensi yang luas bagi fungsi somatik dan psikis bayi baru lahir.

Fase pascapersalinan menandai transisi yang ditandai dengan pergeseran peran bagi perempuan. Transisi menuju peran ibu ini mencakup beberapa aspek kunci: pertama, beradaptasi dengan perubahan fisik setelah kehamilan dan persalinan; kedua, menavigasi berbagai penyesuaian psikologis; ketiga, mengalami pergeseran persepsi sosial dari peran perempuan menjadi peran ibu; dan terakhir, membangun dan memelihara hubungan dengan bayi yang baru lahir, sambil juga menyesuaikan kembali prioritas dan mendefinisikan kembali hubungan dalam keluarga dan di luar keluarga. Delgado-Pérez et al. (2021) mengidentifikasi tiga kategori utama yang umumnya dialami oleh para ibu selama fase transisi ini: perasaan pergeseran prioritas terhadap perannya, ekspektasi pada perannya, dan perubahan harga diri.

Rubin (1967) dalam Mercer (2004) melaporkan bahwa terdapat tiga fase yang akan dialami oleh seorang wanita dalam perannya sebagai ibu, yaitu 1) fase *taking in*, di mana fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama hingga hari kedua setelah melahirkan di mana ibu berfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya; 2) fase *taking hold*, di mana fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan dan ibu khawatir tentang ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayinya karena ibu akan merasa lebih sensitif dan mudah tersinggung; dan, 3) fase *letting go*, di mana fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab atas peran barunya dan berlangsung sekitar 10 hari setelah melahirkan yang menunjukkan bahwa ibu telah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Pada fase ini juga terjadi peningkatan perawatan diri dan bayi dan ibu merasa percaya diri dengan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya.

Adaptasi terhadap perubahan psikologis pada semua ibu sangat diperlukan karena semua perempuan mengalami perubahan psikologis selama kehamilan hingga masa nifas. Hal ini disebabkan oleh respons perubahan hormonal pada ibu, terutama penurunan estrogen dan progesteron yang muncul saat plasenta lahir. Perubahan ini juga dapat menimbulkan masalah lain bagi ibu seperti *postpartum blues*, depresi pascapersalinan, bahkan psikosis pascapersalinan jika ibu gagal melewati semua tahapan ini dan mengalami kurangnya dukungan dari lingkungan.

B. Kesehatan Mental Perinatal

Kesehatan mental perinatal merujuk pada kondisi kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial pada ibu yang dimulai dari kehamilan hingga satu tahun pascapersalinan. Kesehatan

mental saat ini menjadi kontributor utama terhadap morbiditas dan mortalitas ibu. Kesehatan mental dengan episode baru dan berulang selama periode perinatal telah menunjukkan peningkatan prevalensi yang signifikan dari tahun ke tahun, terutama di negara berkembang. Kesehatan mental perinatal secara umum diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu:

Perinatal Common Mental Disorders (PCMD)

PCMD mencakup masalah kesehatan mental non-psikotik termasuk depresi, kecemasan, somatoform, dan gangguan penyesuaian. PCMD merujuk pada gangguan emosional dan suasana hati yang relatif umum terjadi, tetapi jika tidak ditangani dapat mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari serta tumbuh kembang bayi. Tingkat prevalensi PCMD jauh lebih tinggi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, dibandingkan dengan negara-negara berpenghasilan tinggi. Penelitian oleh Ariasih et al. (2024) menunjukkan prevalensi PCMD pada ibu hamil sebesar 12,6%, dengan 16,6% pada trimester 1, 11,7% pada trimester 2, dan 10,9% pada trimester 3. Sementara didapatkan sebanyak 10,1% ibu postpartum yang mengalami PCMD. Angka ini perlu menjadi perhatian, hal ini dikarenakan jika tidak ditangani, tekanan emosional ibu yang parah dapat sangat membebani sehingga dapat menyebabkan risiko melukai diri sendiri atau bunuh diri. Selain itu, ibu yang terkena dampak tidak dapat berfungsi dengan baik. Akibatnya, pertumbuhan dan perkembangan anak juga dapat terpengaruh secara negatif.

Gangguan Kecemasan Perinatal

Kecemasan perinatal adalah kondisi kesehatan mental umum yang terjadi selama kehamilan atau hingga 12 bulan setelah melahirkan. Gangguan-gangguan ini meliputi kecemasan umum, gangguan obsesif-kompulsif, gangguan panik, dan gangguan kecemasan sosial. Dalam banyak kasus, tingkat keparahan dan dampak gejala kecemasan (misalnya, kekhawatiran, penghindaran, dan obsesi) tidak mencapai tingkat diagnosis gangguan kecemasan. Kondisi ini memengaruhi sekitar 1 dari 5 perempuan pada periode perinatal, menimbulkan rasa takut atau stres yang hebat yang mengganggu kehidupan sehari-hari. Faktor risiko kecemasan perinatal ini beragam dan dapat diklasifikasikan sebagai psikologis, sosial, dan biologis. Kecemasan perinatal berdampak negatif pada ibu, anak, dan keluarga. Kecemasan perinatal tidak mudah dikenali dan penetapan diagnosis kecemasan perinatal ini juga menjadi sebuah tantangan bagi tenaga kesehatan. Gangguan kecemasan perinatal ini berdampak penting bagi kesehatan mental dan fisik pada ibu serta anaknya. Untuk itu, gangguan ini perlu menjadi prioritas kesehatan masyarakat yang sangatlah penting.

Gangguan kesehatan psikologis selama kehamilan meningkatkan risiko pada janin berupa perkembangan janin yang buruk, kelahiran prematur, ataupun berat badan lahir

rendah (BBLR). Faktor yang mendasarinya yaitu akses pelayanan kesehatan terbatas, kurangnya dukungan sosial dari berbagai pihak, dan kekhawatiran akan kesehatan dirinya dan janin apabila tertular penyakit. Dukungan sosial membantu perempuan hamil menghadapi stresor kehidupannya. Peran sebagai orang tua baru menjadi beban tersendiri dalam kehidupan perempuan sepanjang siklus kehidupannya, sehingga mendatangkan banyak rasa khawatir. Rasa khawatir dan kecemasan perinatal yang dirasakan ini berbeda.



Gangguan kecemasan seringkali bersifat kronis, dan banyak wanita akan mengalami gangguan kecemasan saat hamil. Faktor risiko utama untuk gangguan kecemasan perinatal adalah riwayat gangguan kecemasan. Intensitas dan tingkat gangguan yang terkait dengan gangguan kecemasan tertentu dapat berubah selama kehamilan dan periode pascapersalinan. Di luar riwayat gangguan kecemasan atau depresi sebelumnya, penelitian tentang faktor risiko gangguan kecemasan perinatal masih beragam dan belum meyakinkan

Postpartum Blues

Postpartum blues dikenal sebagai kesedihan pascapersalinan yang dapat memicu gangguan emosional atau mental yang lebih serius. Sindrom baby blues adalah gangguan suasana hati ringan yang sering diabaikan oleh ibu pascamelahirkan, keluarga, atau petugas kesehatan. Pada akhirnya, hal ini dapat berkembang menjadi depresi pascamelahirkan, di mana ibu mengalami masalah dalam hubungan pernikahan, bahkan dengan keluarganya, dan dalam perkembangan anak. Gambaran klinis sindrom baby blues ditandai dengan episode menangis, merasa depresi, cemas, mudah tersinggung, terasing dan menjauh dari bayi, hipokondriasis ringan, kesulitan tidur, dan ketidakmampuan untuk berkonsentrasi. Hal ini menyebabkan penurunan minat ibu terhadap bayinya, kegagalan menyusui, hingga tindakan menyakiti bayi dan diri sendiri.

Tingkat prevalensi gangguan emosional yang tinggi masih menjadi masalah besar, khususnya di Indonesia (Rahmawati et al., 2023). Hal ini disebabkan oleh postpartum blues bagaikan fenomena gunung es yang sulit dideteksi karena orang masih menganggap gangguan psikologis sebagai hal yang wajar, sama seperti naluri dan sikap protektif seorang ibu terhadap bayinya. Sebagian besar ibu tidak menyadari apakah ibu mengalami postpartum blues (Kurniawati & Septiyono, 2022).

Puncak gejala postpartum blues terjadi pada hari ketiga hingga kelima setelah melahirkan dengan durasi mulai dari beberapa jam hingga beberapa hari. Penyebab postpartum blues belum diketahui secara pasti, tetapi diduga dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Postpartum blues terjadi karena beberapa faktor yang memengaruhinya, yaitu hormonal, demografis, psikologis, fisik, dan sosial. Ibu yang mengalami postpartum blues menunjukkan berkurangnya minat pada bayi, tidak dapat merawat bayi mereka secara optimal, dan tidak antusias dalam menyusui. Kebersihan, kesehatan, dan perkembangan bayi juga tidak optimal. Bayi dari ibu yang mengalami depresi pascapersalinan biasanya tidak mendapatkan ASI. Terdapat masalah dalam proses ikatan batin karena ibu memilih untuk menyendiri dan tidak ingin diganggu oleh siapa pun.

Depresi Postpartum (DPP)

Depresi pascamelahiran (DPP) adalah sindrom gangguan suasana hati yang muncul pada ibu setelah melahirkan, dan bukan merupakan gangguan psikotik. Kondisi ini merupakan masalah kesehatan mental yang signifikan dalam ranah kesehatan reproduksi wanita dan kesehatan masyarakat. Meskipun dapat diobati dan dideteksi melalui skrining, DPP sering kali sulit dikenali dan dideteksi. Meskipun penentuan penyebab pasti gangguan ini masih menghadapi tantangan, identifikasi dini faktor risiko sangat penting untuk memastikan intervensi yang cepat bagi ibu pascamelahirkan.

Gangguan suasana hati pada ibu pascamelahiran sangat terkait dengan tantangan menjadi seorang ibu, yang sering kali diperparah oleh kelelahan dan diperburuk oleh iritabilitas. Kesulitan-kesulitan ini semakin diperparah oleh penyesuaian hidup yang signifikan, seperti merawat kebutuhan bayi baru lahir, mengelola pekerjaan rumah tangga sehari-hari, dan mendukung pasangan mereka. Tanggung jawab dapat menjadi sangat berat bagi para ibu sehingga menghambat kemampuan ibu tersebut untuk memenuhi tugas dan peran rumah tangga.

Seperti halnya postpartum blues, penyebab DPP masih belum diketahui secara pasti. Perempuan mengalami fluktuasi hormonal sepanjang tahapan siklus kehidupannya, termasuk menstruasi, kehamilan, persalinan, dan menopause, yang dapat berkontribusi pada peningkatan sensitivitas. Fluktuasi hormonal ini, khususnya pada kadar estrogen dan progesteron, signifikan selama setiap siklus. Kadar progesteron meningkat selama kehamilan, tetap tinggi hingga persalinan, sementara kadar estrogen meningkat secara substansial sekitar minggu ke-20 kehamilan dan tetap tinggi hingga persalinan. Setelah persalinan, kedua hormon tersebut menurun drastis karena pengeluaran plasenta, yang memicu perubahan psikologis pada perempuan.

Berdasarkan National Institute of Mental Health (NIMH), DPP melibatkan interaksi kompleks antara unsur fisik dan emosional. Hal ini dipandang sebagai perluasan gejala depresi yang mungkin muncul selama kehamilan, sering kali terkait dengan gejala kecemasan yang dialami selama kehamilan. Selain itu, tanda-tanda depresi yang muncul baik selama kehamilan maupun setelah melahirkan berkontribusi pada timbulnya DPP pada ibu.

DPP dapat muncul secara bertahap atau tiba-tiba sejak kehamilan hingga tahun pertama setelah melahirkan. Meskipun gejalanya dapat muncul selama kehamilan dan berlanjut setelah melahirkan, gejala tersebut terutama memengaruhi wanita hamil pada tahap akhir kehamilan, khususnya trimester kedua dan ketiga. Lebih lanjut, gejala ini dapat muncul sebelum melahirkan dan berlanjut hingga melewati periode enam minggu pascapersalinan.

DPP menimbulkan kesedihan mendalam pada ibu setelah melahirkan. Di samping beban emosional ini, ibu pascapersalinan bergumul dengan perasaan tidak aman, gejala psikosomatik, kecemasan, dan kekhawatiran yang meningkat tentang kesejahteraan bayi mereka, sering kali disertai dengan perubahan suasana hati yang intens. Gangguan tidur, kebiasaan makan, dan aktivitas sehari-hari adalah hal yang umum. Selain itu, ibu dengan DPP mungkin mengalami gejala bersamaan seperti serangan panik, obsesi, kompulsi, atau bahkan ciri-ciri psikotik.

Ibu sering menunjukkan berkurangnya minat dan anhedonia terhadap lingkungan sekitarnya, yang menyebabkan perasaan malu, isolasi, dan rasa bersalah. Namun, selama enam minggu pertama setelah melahirkan, perempuan umumnya bergelut dengan kekhawatiran tentang citra tubuhnya, mengelola masalah kesehatan, dan memenuhi tuntutan perawatan bayi baru lahir. Selain itu, stres yang terkait dengan perawatan bayi baru

lahir atau tantangan seputar persalinan itu sendiri dapat menjadi pemicu munculnya gejala DPP.

Perinatal Severe Mental Disorders (PSMD)

PSMD mencakup skizofrenia, psikosis afektif, dan bentuk psikotik dan non-psikotik dari gangguan bipolar. Sebaliknya, prevalensi PSMD serupa di semua lingkungan. Jika tidak ditangani, tekanan emosional ibu yang parah dapat sangat berat sehingga dapat menyebabkan risiko melukai diri sendiri atau bunuh diri. Selain itu, ibu yang terkena dampak tidak dapat berfungsi dengan baik. Akibatnya, pertumbuhan dan perkembangan anak juga dapat terpengaruh secara negatif.

Postpartum Psychosis

Postpartum psychosis adalah bentuk gangguan mental paling parah yang ditandai dengan kebingungan ekstrem, kehilangan kontak dengan realitas, paranoia, delusi, proses berpikir yang tidak terorganisir, dan halusinasi. Kondisi ini merupakan penyakit mental serius yang dapat menyerang ibu segera setelah melahirkan hingga enam minggu pertama setelah melahirkan dan memengaruhi sekitar 1 dari 1.000 ibu. Meskipun jarang terjadi, gangguan kesehatan mental ini dianggap sebagai keadaan darurat psikiatri yang memerlukan perhatian medis dan psikiatri segera serta rawat inap jika terdapat risiko bunuh diri atau menimbulkan keadaan yang mengancam bagi bayi baru lahir dan anak.

Penyebab dari postpartum psychosis ini belum diketahui secara pasti. Postpartum psychosis ditandai dengan munculnya gejala afektif dan psikotik secara tiba-tiba, disertai penurunan kondisi mental yang cepat. Karena sifatnya yang parah dan berfluktuasi, terdapat risiko signifikan bagi ibu dan bayi jika tidak diobati, dengan potensi konsekuensi tragis berupa bunuh diri atau pembunuhan bayi. Dengan bunuh diri ibu sebagai penyebab utama kematian ibu langsung dalam tahun pertama pascapersalinan, deteksi dan penanganan dini penyakit mental pascapersalinan sangat penting untuk meningkatkan hasil bagi ibu dan bayinya. Bukti menunjukkan bahwa postpartum psychosis adalah gangguan pada spektrum bipolar pada wanita dengan kerentanan terhadap pemicu persalinan.

Postpartum psychosis tidak diklasifikasikan sebagai diagnosis klinis terpisah dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)* dan dalam *International Classification System of Mental and Behavioral Disorders (ICD)*. Dalam *DSM-5*, postpartum psychosis diklasifikasikan dalam bagian "gangguan psikotik singkat" dari spektrum skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya. Kondisi mental dapat berfluktuasi

pada postpartum psychosis, dan pemahaman diri umumnya buruk. Kewaspadaan tinggi, dukungan sosial yang kuat, dan pemantauan ketat sangat penting pada periode ini, terutama pada ibu nifas dengan faktor risiko kondisi ini.

Deteksi dini tanda-tanda postpartum psychosis pada periode pascapersalinan dapat mengurangi durasi penyakit psikotik dan meningkatkan hasil dengan mengurangi dampak kondisi ini pada hubungan ibu-bayi. Pada perempuan yang berisiko mengalami postpartum psychosis, pencegahan dan penanganan kekambuhan merupakan strategi yang paling diperlukan untuk dapat menjaga kesehatan ibu dan bayi. Riwayat ibu atau keluarga dengan gangguan bipolar atau postpartum psychosis sebelumnya merupakan faktor risiko yang kuat untuk berkembang menjadi postpartum psychosis. Untuk mencegah hal tersebut, konseling pra-konsepsi, dan memastikan penanganan dan dukungan yang tepat selama kehamilan dapat mengurangi risiko dan dampak postpartum psychosis. Hal ini penting dilakukan untuk membantu penilaian psikiatri awal ini akan memberikan informasi tentang keputusan penanganan dan pengobatan selama periode perinatal. Di samping itu, hal penting yang perlu dilakukan dalam mencegah kekambuhan adalah pemberian profilaksis farmakologis pada periode pascapersalinan dengan segera.

C. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Perinatal

Faktor Sosiodemografi

Faktor sosiodemografis mencakup berbagai elemen seperti kemiskinan, usia ibu, status perkawinan, pendidikan, etnis, dan pekerjaan. Fiala et al. (2017) menyatakan bahwa ibu yang tinggal tanpa pasangan dan hanya memiliki pendidikan dasar atau menengah berisiko mengalami masalah kesehatan mental. Sebaliknya, status sosial ekonomi rendah telah diidentifikasi sebagai faktor penyebab masalah kesehatan mental.

Faktor Obstetri

Faktor obstetri, seperti persalinan yang berkepanjangan, kehamilan yang tidak direncanakan, cara persalinan, komplikasi fisik selama kehamilan, dan menjadi primipara, bersama dengan memiliki lima anak atau lebih, riwayat aborsi, dan gejala pramenstruasi, serta mengalami gejala nyeri pada awal periode pascapersalinan, telah diidentifikasi sebagai faktor risiko gangguan kesehatan mental. Muchanga et al. (2022) mencatat bahwa riwayat muntah dan takut melahirkan juga berkontribusi terhadap risiko gangguan kesehatan mental.

Faktor Pediatrik

Faktor-faktor pediatrik, termasuk stres terhadap perawatan anak, kesulitan dalam memberikan asupan pada bayi, masalah kesehatan bayi, dan angka kematian bayi, telah diidentifikasi sebagai faktor penyebab gangguan kesehatan mental. Selain itu, Vigod et al. (2010) menyatakan bahwa berat badan lahir rendah dan penyakit atau disabilitas bayi yang berkelanjutan merupakan faktor risiko pediatrik yang terkait dengan permasalahan kesehatan mental.

Preferensi jenis kelamin bayi memainkan peran penting dalam risiko gangguan kesehatan mental. Kelahiran anak perempuan dikaitkan dengan peningkatan risiko depresi pada ibu pascamelahirkan di India (Upadhyay et al., 2017; Zaidi et al., 2017). Ditemukan bahwa jenis kelamin janin yang tidak dapat diprediksi dikaitkan dengan peningkatan risiko permasalahan kesehatan mental dari sebuah studi kohort berbasis di rumah sakit. Ekspektasi gender terkait janin berkontribusi sekitar 15% terhadap risiko masalah kesehatan mental (Rong et al., 2023).

Faktor Psikologis

Faktor psikologis mencakup berbagai aspek, termasuk kurangnya pengetahuan tentang pengasuhan anak, pengalaman depresi atau kecemasan selama trimester kehamilan, rendahnya harga diri, rendahnya efikasi diri, dan paparan terhadap peristiwa kehidupan yang penuh tekanan. Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan dapat mencakup perpisahan dengan orang yang dicintai atau teman dekat, perselisihan dalam pernikahan yang berat, paparan terhadap perang atau terorisme, tekanan keuangan yang signifikan, tantangan terkait pekerjaan, pelecehan emosional, penyakit atau cedera yang parah, bencana alam, perceraian, kehilangan pekerjaan, kekerasan dalam rumah tangga, dan lain-lain. Fiala et al. (2017) melaporkan bahwa perasaan tidak bahagia selama kehamilan juga dapat memengaruhi masalah kesehatan mental pada ibu. Selain itu, citra tubuh dan penambahan berat badan selama kehamilan berkorelasi positif dengan depresi yang terjadi pada ibu.

Faktor Budaya

Hamdan dan Tamim (2011) menemukan bahwa religiusitas dapat mengurangi risiko depresi pada ibu pascabersalin. Lebih lanjut, Haque et al. (2015) menyimpulkan bahwa religiusitas dan hubungan yang kurang baik dengan ibu mertua juga merupakan faktor risiko yang berkontribusi pada gangguan kesehatan mental. Handelzalts et al. (2020) menunjukkan bahwa religiusitas, memaafkan diri sendiri, dan memaafkan orang lain adalah

faktor ketahanan paling signifikan yang terkait dengan penurunan masalah gangguan kesehatan mental dan peningkatan kualitas hidup.

Selain itu, aspek-aspek tertentu dari ritual tradisional dapat menimbulkan ketegangan, stres, dan tekanan emosional. Konflik emosional yang timbul dari kepatuhan terhadap ritual pascapersalinan tradisional dapat berkontribusi pada gangguan kesehatan mental (Abdollahi et al., 2016). Namun, Bina (2008) menyatakan bahwa ritual budaya memiliki efek mitigasi terhadap depresi yang terjadi pada ibu.

Faktor Psikososial

Faktor psikososial meliputi kurangnya dukungan sosial atau emosional dari pasangan, keluarga, atau teman, dan konflik keluarga. Qi et al. (2022) menyatakan bahwa hubungan pernikahan yang tegang menimbulkan risiko sedang terhadap kesehatan mental. Sebaliknya, hubungan yang buruk antara ibu mertua dan menantu perempuan, kurangnya dukungan sosial, kondisi hidup yang tidak menguntungkan, dan ibu mertua yang berperan sebagai pengasuh merupakan risiko kecil yang berkontribusi terhadap timbulnya depresi pada ibu pascamelahirkan.

Faktor Genetik

Faktor genetik meliputi riwayat depresi dalam keluarga dari ayah dan ibu hamil, riwayat depresi dari kedua orang tua ibu hamil, dan riwayat depresi dari keluarga ibu hamil. Menurut Kjeldsen et al. (2022), ibu pascapersalinan dengan riwayat gangguan mental dalam keluarga memiliki kemungkinan 1,79 kali lebih tinggi untuk mengalami depresi pascapersalinan.

Meskipun demikian, genetik juga berkontribusi dalam memperburuk keadaan kesehatan mental. Couto et al. (2015) menyimpulkan bahwa gen dan polimorfisme terkait dengan depresi. Shi et al. (2021) menunjukkan bahwa golongan darah ABO berhubungan dengan terjadinya PPD. Wanita pascapersalinan dengan golongan darah "A" menghadapi risiko lebih tinggi terkena PPD dibandingkan dengan golongan darah lainnya.

Faktor hormonal

Perubahan hormonal pada wanita selama siklus reproduksi, seperti menstruasi, kehamilan, dan menopause, menyebabkan wanita menjadi lebih sensitif. Hal ini disebabkan oleh penurunan estrogen (estradiol) dan progesteron secara drastis. Progesteron meningkat hingga 20 kali lipat selama kehamilan dan terus meningkat hingga

akhir kehamilan, sedangkan kadar estradiol meningkat sekitar 200-300 kali lipat pada usia kehamilan sekitar 20 minggu dan tetap tinggi selama sisa kehamilan. Kedua hormon tersebut menurun drastis selama pengeluaran plasenta (Brummelte & Galea, 2016; Patel et al., 2012; Schiller, 2011).

D. Dampak Masalah Kesehatan Mental Perinatal

Kesehatan mental perinatal pada ibu memberikan dampak buruk yang signifikan baik pada ibu maupun bayi, baik secara fisik maupun mental (Wildali et al., 2024). Menurut Slomian et al. (2019), yang melakukan tinjauan sistematis komprehensif, dampak masalah kesehatan mental dapat dikategorikan menjadi tiga area utama: pertama, dampaknya pada ibu yang meliputi kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan, dan perilaku berisiko; kedua, dampaknya pada bayi, yang meliputi antropometri, kesehatan fisik, pola tidur, dan perkembangan keterampilan motorik, kognisi, bahasa, emosi, interaksi sosial, dan perilaku; dan terakhir, pengaruhnya pada interaksi ibu-anak, yang meliputi aspek-aspek seperti ikatan, pemberian ASI, dan peran ibu.

Anak-anak dari ibu yang mengalami depresi menghadapi peningkatan risiko mengalami tantangan emosional, perilaku, dan psikologis, serta potensi kemunduran dalam perkembangan kognitif dan linguistik. Studi longitudinal yang dilakukan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah mengungkapkan bahwa depresi pascabersalin pada ibu berkorelasi dengan hasil psikologis yang buruk pada anak, yang berlangsung hingga satu dekade (Verkuyl et al., 2014). Selain itu, anak-anak yang lahir dari ibu dengan riwayat depresi pascabersalin lebih rentan mengalami masalah psikososial, gangguan emosional atau perilaku, serta disabilitas intelektual (Pope & Mazmanian, 2016).

Figueiredo et al. (2014) menyatakan bahwa depresi yang terjadi pada trimester pertama menyebabkan pemberhentian menyusui secara dini, sedangkan depresi pada trimester terakhir mengakibatkan durasi menyusui yang lebih pendek. Penelitian cross-sectional mengungkapkan bahwa ibu yang tidak menyusui secara eksklusif 7,58 kali lebih rentan mengalami depresi postpartum dibandingkan dengan ibu yang menyusui secara eksklusif. Lebih lanjut, kemungkinan depresi pasca bersalin meningkat secara signifikan di antara ibu yang mengalami kesulitan menyusui di awal periode postpartum, tingkat stres yang tinggi, dan kurangnya dukungan sosial.

E. Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)

EPDS merupakan salah satu alat skrining yang paling umum digunakan untuk mengevaluasi gejala depresi dan kecemasan perinatal. Skala ini mengukur keadaan emosional yang dialami dalam tujuh hari terakhir, menggunakan skala Likert yang terdiri dari sepuluh item (Sari et al., 2021). Kuesioner ini telah dikembangkan lebih dari tiga dekade, EPDS berfungsi sebagai kuesioner self-assessment yang bertujuan untuk memfasilitasi deteksi depresi perinatal dan mendukung upaya penelitian. Item pernyataannya sesuai dengan berbagai gejala depresi klinis, seperti perasaan bersalah, gangguan tidur, energi rendah, anhedonia, dan pikiran bunuh diri (Cox, 2019). Karena adaptabilitasnya, EPDS digunakan dalam berbagai tingkat pelayanan klinis, termasuk oleh para profesional perawatan kesehatan untuk pemantauan pascanatal, layanan kesehatan ibu dan anak, dan penelitian tentang depresi perinatal (Sharma & Sharma, 2012).

EPDS terbukti sebagai kuesioner yang mudah digunakan dan berfungsi sebagai alat skrining yang efektif. Setiap pertanyaan diberi skor mulai dari 0 hingga 3. Pertanyaan 1, 2, dan 4 diberi skor dari 0 hingga 3, sedangkan pertanyaan 3, 5, 6, 7, 8, 9, dan 10 diberi skor sebaliknya, dari 3 hingga 0. Skor maksimum yang dapat dicapai pada kuesioner ini adalah 30 (Cox, 2019). Levis et al. (2020) menyatakan bahwa skor ambang batas 11 atau lebih tinggi dapat mengindikasikan bahwa perempuan mengalami depresi perinatal.

F. Pemanfaatan Artificial Intelligence dalam Pencegahan Kesehatan Mental Perinatal

Layanan kesehatan mental ibu menunjukkan variabilitas, dan aksesibilitas yang masih terbatas, sehingga menimbulkan tantangan bagi ibu untuk mencapai kesejahteraan optimal. Salah satu cara untuk meningkatkan hasil kesehatan berkaitan dengan skrining atau deteksi dini. Meskipun banyak metode skrining untuk masalah kesehatan mental, khususnya pada perempuan, metode tersebut terutama menargetkan pasien yang sudah menunjukkan gejala depresi. Upaya penelitian harus memprioritaskan pengembangan metodologi untuk memprediksi risiko timbulnya depresi pada ibu pascapersalinan yang tidak menunjukkan tanda-tanda depresi (Khan et al., 2022). Pencapaian tujuan ini melibatkan pertimbangan berbagai karakteristik dan faktor klinis ketika menentukan kemungkinan terjadinya masalah kesehatan mental perinatal.

Ramakrishnan et al. (2021) menyatakan bahwa metodologi berbasis Machine Learning (ML) yang merupakan bagian dari Artificial Intelligence (AI) menjanjikan peningkatan

diagnosis prenatal terhadap disabilitas bawaan dan hasil dalam teknologi reproduksi. Penelitian kesehatan mental perinatal yang menggunakan ML bertujuan pada tiga hal: 1) memastikan ketersediaan data klinis rutin yang secara akurat mewakili populasi (terdiri dari data multimodal yang kaya dengan ukuran sampel yang besar) untuk investigasi perinatal; 2) mengadaptasi dan mengimplementasikan teknik ML tingkat lanjut untuk prediksi dan klasifikasi dalam penelitian layanan kesehatan di bidang kesehatan mental perinatal; dan 3) merancang pendekatan untuk menjelaskan proses pengambilan keputusan model ML terkait indikator kesehatan mental perinatal. Pencapaian tujuan-tujuan ini memerlukan pendekatan multidisiplin dalam pengembangan ML. Pendekatan tersebut menanamkan kepercayaan publik pada alat skrining dan mendorong penelitian, praktik klinis, dan kebijakan ke depan, sehingga mengoptimalkan hasil kesehatan mental perinatal.

G. Penutup

Kesehatan mental perinatal merupakan komponen yang tidak terpisahkan dari upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak. Berbagai perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang terjadi selama kehamilan hingga masa postpartum yang dapat meningkatkan kerentanan ibu terhadap berbagai gangguan kesehatan mental, seperti stres, kecemasan, dan depresi. Apabila kondisi tersebut tidak dikenali dan ditangani secara dini, dampaknya tidak hanya dirasakan oleh ibu, tetapi juga dapat memengaruhi proses kehamilan, persalinan, keberhasilan pemberian ASI, kualitas perawatan bayi, serta tumbuh kembang anak dalam jangka panjang.

Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang komprehensif melalui deteksi dini, skrining rutin, edukasi, serta penyediaan layanan kesehatan mental yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan ibu. Dukungan dari tenaga kesehatan, keluarga, dan masyarakat memiliki peran penting dalam menciptakan lingkungan yang aman dan suportif bagi ibu selama masa perinatal. Kolaborasi lintas sektor juga menjadi kunci dalam meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan mental yang berkualitas, mengurangi stigma, serta memperkuat sistem rujukan bagi ibu yang memerlukan penanganan lebih lanjut.

Untuk itu, investasi terhadap kesehatan mental perinatal merupakan investasi bagi kualitas generasi mendatang. Upaya promotif, preventif, dan kuratif, serta rehabilitatif yang dilakukan secara berkesinambungan akan berkontribusi dalam menurunkan beban gangguan kesehatan mental pada ibu, meningkatkan kesejahteraan keluarga, serta mendukung pencapaian target pembangunan kesehatan ibu dan anak. Dengan demikian, kesehatan mental perinatal perlu menjadi salah satu prioritas dalam kebijakan dan praktik

pelayanan kesehatan, sehingga setiap ibu dapat menjalani kehamilan, persalinan, dan masa postpartum secara sehat, aman, dan bermakna.

Referensi

- Abdollahi, F., Lye, M. S., & Zarghami, M. (2016). Perspective of postpartum depression theories: A narrative literature review. *North American Journal of Medical Sciences*, 8(6), 232–236. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.185027>
- 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>
- Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. *Health Care for Women International*, 29(6), 568–592. <https://doi.org/10.1080/07399330802089149>
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166. <https://doi.org/10.1016/J.YHBEH.2015.08.008>
- Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: Voices from the past and recommendations for the future. *British Journal of Psychiatry*, 214(3), 127–129. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245>
- Delgado-Pérez, E., Yuste-Sánchez, M. J., Pérez-Martín, Y., Abuín-Porras, V., & Rodríguez-Costa, I. (2021). New motherhood concepts, implications for healthcare. A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph182413118>
- e Couto, T. C., Brancaglion, M. Y. M., Alvim-Soares, A., Moreira, L., Garcia, F. D., Nicolato, R., Aguiar, R. A. L. P., Leite, H. V., & Corrêa, H. (2015). Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. *World Journal of Psychiatry*, 5(1), 103–111. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i1.103>
- Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J., & Kašpárek, T. (2017). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1261-y>

- Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(5), 927–936. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001530>
- Hamdan, A., & Tamim, H. (2011). Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Archives of Women's Mental Health*, 14(2), 125–133. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0189-8>
- Handelzalts, J. E., Stringer, M. K., Menke, R. A., & Muzik, M. (2020). The association of religion and spirituality with postpartum mental health in women with childhood maltreatment histories. *Journal of Child and Family Studies*, 29(2), 502–513. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01595-2>
- Haque, A., Namavar, A., & Breene, K. A. (2015). Prevalence and risk factors of postpartum depression in middle Eastern/Arab women. *Journal of Muslim Mental Health*, 9(1), 65–84. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0009.104>
- Khan, M., Khurshid, M., Vatsa, M., Singh, R., Duggal, M., & Singh, K. (2022). On AI approaches for promoting maternal and neonatal health in low resource settings: A review. *Frontiers in Public Health*, 10(September), 1–23. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.880034>
- Kjeldsen, M.-M. Z., Bricca, A., Liu, X., Frokjaer, V. G., Madsen, K. B., & Munk-Olsen, T. (2022). Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 11, 68. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01952-1>
- Kurniawati, D., & Septiyono, E. A. (2022). Determinants of Postpartum Blues in Indonesia. *Pedimaternatal Nursing Journal*, 8(1), 45–52. <https://doi.org/10.20473/pmnj.v8i1.27649>
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*, 371. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/J.1547-5069.2004.04042.X>
- Muchanga, S. M. J., Eitoku, M., Mbelambela, E. P., Ninomiya, H., Iiyama, T., Komori, K., Yasumitsu-Lovell, K., Mitsuda, N., Tozin, R. R., Maeda, N., Fujieda, M., & Suganuma, N.

- (2022). Association between nausea and vomiting of pregnancy and postpartum depression: the Japan Environment and Children's Study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 43(1), 2–10. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1734792>
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., & Osiezagha, K. (2012). Postpartum Depression: A Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(2), 534–542. <https://doi.org/10.1353/HPU.2012.0037>
- Pope, C. J., & Mazmanian, D. (2016). Breastfeeding and postpartum depression: An overview and methodological recommendations for future research. *Depression Research and Treatment*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/4765310>
- Qi, W., Liu, Y., Lv, H., Ge, J., Meng, Y., Zhao, N., Zhao, F., Guo, Q., & Hu, J. (2022). Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 65. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04392-w>
- Rahmawati, R., Purnamasari, N. I., & Junuda, J. (2023). Determinant analysis of baby blues syndrome. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 13(1), 36–40. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20234076>
- Ramakrishnan, R., Rao, S., & He, J. R. (2021). Perinatal health predictors using artificial intelligence: A review. In *Women's Health* (Vol. 17). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/17455065211046132>
- Rong, X. F., Li, M. Q., Pérez-López, F. R., Wu, J. N., & Zhang, B. (2023). Maternal expectations of fetal gender and risk of postpartum depression. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05419-6>
- Sari, D. N., Diatri, H., Siregar, K., & Pratomo, H. (2021). Adaptation of the edinburgh postnatal depression scale in the indonesian version: Self-reported anxiety and depression symptoms in pregnant women. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9, 1654–1659. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7783>
- Schiller, C. E. E. (2011). The hormone withdrawal hypothesis of postpartum depression: a translational approach [University of Iowa]. <https://doi.org/10.17077/ETD.XZ9U2D8Q>
- Sharma, V., & Sharma, P. (2012). Postpartum depression: Diagnostic and treatment issues. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(5), 436–442. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)35240-9](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35240-9)

- Shi, X., Ying, Y., Yu, Z., Xing, M., Zhu, J., Feng, W., & Xu, D. (2021). Risk factors for postpartum depression in Chinese women : A cross-sectional study at 6 weeks postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 140, 110295. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110295>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Upadhyay, R. P., Chowdhury, R., Salehi, A., Sarkar, K., Singh, S. K., Sinha, B., Pawar, A., Rajalakshmi, A. K., & Kumar, A. (2017). Postpartum depression in india: A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(10), 706–717. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.192237>
- Verkuijl, N. E., Richter, L., Norris, S. A., Stein, A., Avan, B., & Ramchandani, P. G. (2014). Postnatal depressive symptoms and child psychological development at 10 years: A prospective study of longitudinal data from the South African Birth to Twenty cohort. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 454–460. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70361-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70361-X)
- Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C. L., & Ross, L. E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(5), 540–550. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>
- Wildali, D., Nazzal, S., Hamshari, S., & Belkebir, S. (2024). Prevalence and risk factors of postpartum depression among women attending primary healthcare centers in northern of West Bank/ Palestine: A cross-sectional study, 2022. *BMC Women's Health*, 24(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02887-6>
- Zaidi, F., Nigam, A., Anjum, R., & Agarwalla, R. (2017). Postpartum depression in women: A risk factor analysis. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(8), QC13–QC16. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/25480.10479>