



GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN DAN DEPRESI POSTPARTUM PADA IBU HAMIL DENGAN RISIKO TINGGI DI PUSKESMAS SINDANGWANGI KABUPATEN MAJALENGKA TAHUN 2020

Rossy Suparman, Ade Saprudin, Mamlukah

STIKes Kuningan

rossisuparman@yahoo.com

Abstrak

Periode kehamilan dan setelah melahirkan menempatkan ibu pada kondisi rentan terjadi perubahan emosi yang berdampak buruk bagi kesehatan ibu dan janin. Tujuan dari penelitian ini adalah menggambarkan karakteristik, tingkat kecemasan dan sindrom post-partum ibu dengan risiko tinggi di Puskesmas Sindangwangi Kabupaten Majalengka.

Desain penelitian ini adalah deskriptif. Sebanyak 60 orang ibu hamil dengan risiko tinggi di Puskesmas. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner HARS dan EPDS. Distribusi frekuensi variabel dianalisis secara deskriptif.

Hasil penelitian ini menunjukkan rata-rata ibu hamil berada pada usia produktif kehamilan yaitu: 27,6+5,7 tahun. Sebagian besar berpendidikan Sekolah Menengah Pertama dan ibu rumah tangga. Sebagian besar (96,7%) memiliki pendapatan di bawah UMR. Rata-rata waktu persalinan adalah 7,18+2,9 jam dengan sebagian besar persalinan secara normal. Sebagian besar responden memiliki kecemasan sedang (48,4%) dan penilaian tingkat depresi post-partum dengan kategori berat sebesar 83,3 %.

Diperlukan asuhan kebidanan yang terintegrasi dengan kesehatan mental ibu hamil sehingga dapat menurunkan stresor dan memperbaiki kualitas kesehatan sampai setelah persalinan.

Kata Kunci: Depresi post-partum, ibu hamil, kecemasan, preeklampsia

Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan. Tingkat

kematian ibu merupakan masalah kesehatan yang menjadi perhatian *World Health Organization* (WHO). Fakta menunjukkan lebih dari 350.000 di seluruh dunia



meninggal setiap tahun akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Pada tahun 2016 menyatakan bahwa Indonesia merupakan salah satu negara penyumbang AKI terbesar di dunia dan di Asia Tenggara (Organization, 2019). Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia secara Nasional tahun 2017 dan 2019 tidak mengalami perubahan yaitu 305 per-100.000 kelahiran hidup. Data menurut Rakernas 2019 bahwa ibu hamil meninggal akibat komplikasi kebidanan yang tidak ditangani dengan baik dan tepat waktu. Sekitar 15% dari kehamilan mengalami komplikasi, dan 85% normal. Penyebab utama kematian ibu disebabkan akibat hipertensi yaitu sebanyak 33,07%, perdarahan obstetrik 27,03%, komplikasi non-obstetrik 15,7%, komplikasi obstetrik lainnya 12,04%, infeksi pada kehamilan 6,06% dan penyebab lainnya 4,81%. Kematian ibu di Indonesia didominasi oleh hipertensi dalam kehamilan (HDK) 27,2%, sedangkan angka kematian ibu di provinsi Jawa Barat tahun 2017 adalah 696 orang (76,03/100.000 KH) (Kemenkes Republik Indonesia, 2016).

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang biasanya akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik pada ibu maupun pada janin dalam kandungan dan

dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan dan ketidakpuasan terutama buat ibu hamil (Destaria & Pramono, 2011). Dengan demikian untuk menghadapi kehamilan atau janin risiko tinggi harus diambil sikap proaktif, berencana dengan upaya promotif dan preventif (Ismi Trihardiani, 2011). Sampai pada waktunya, harus diambil sikap tepat dan cepat untuk menyelamatkan ibu dan bayinya atau hanya dipilih ibunya saja (Acharya et al., 2014). Keadaan yang dapat meningkatkan risiko kematian ibu secara tidak langsung disebut sebagai faktor risiko, semakin banyak faktor risiko yang ditemukan pada kehamilan maka semakin tinggi pula risikonya (Budiman et al., 2011). Komplikasi pada saat kehamilan dapat dikategorikan dalam risiko kehamilan, sebanyak 90% penyebab kematian terjadi karena komplikasi *obstetric* yang tidak terduga saat kehamilan, saat persalinan atau pasca persalinan dan 15% kehamilan diperkirakan berisiko tinggi dan dapat membahayakan ibu dan janin (Toh-adam et al., 2012).

Kehamilan adalah periode krisis yang melibatkan juga faktor psikologis, perubahan hormon menyebabkan emosi ibu menjadi labil. Selain faktor fisik, faktor psikososial pun dapat menambah



kecemasan pada ibu hamil (Gross & Pattison, 2007). Emosi labil sering terjadi pada ibu periode kehamilan dan setelah melahirkan yang tidak berhasil menyesuaikan diri belum dapat diatasi. Periode kehamilan dan setelah melahirkan menempatkan ibu pada kondisi rentan terjadi perubahan emosi yang berdampak buruk bagi kesehatan ibu dan janin (Schetter & Tanner, 2012). Kecemasan dianggap sebagai faktor risiko untuk preeklamsia (Kordi et al., 2017). Stres yang tinggi dalam kehamilan dapat meningkatkan hormon stres, juga dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan penurunan berat badan lahir (Harville et al., 2007; Satyapriya et al., 2009). Stres selama kehamilan secara langsung atau tidak langsung dapat menyebabkan peningkatan komplikasi kehamilan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa gejala kecemasan atau depresi terkait dengan hasil kehamilan yang merugikan, seperti kelahiran prematur, berat badan lahir kurang dari 2500 gram, dan lingkar kepala yang kecil (Rezaee & Framarzi, 2014). Namun, ada beberapa penelitian yang meneliti hubungan antara faktor psikologis dan preeklamsia. Beberapa penelitian telah menunjukkan hubungan positif antara faktor psikologis ibu dan preeklamsia

(Kharaghani et al., 2012). Depresi dan kecemasan selama kehamilan, karena perubahan sekresi hormon vasoaktif atau pemancar neuroendokrin lainnya, dapat menyebabkan peningkatan risiko hipertensi gestasional (Kurki et al., 2000).

Beberapa ahli menyebut perubahan emosi ibu post-partum dengan istilah *post-partum blues*, *baby blues* atau *maternity blues*, merupakan gejala suasana hati, berupa hati labil, mudah menangis, kecemasan, insomnia, nafsu makan rendah dan mudah tersinggung (Takahashi & Tamakoshi, 2014). Setiap perempuan berisiko empat kali untuk terjadi *post-partum blues* pada minggu pertama. *post-partum blues* menyebutkan angka kejadian secara global sebesar 20% - 75% (O'Hara & Wisner, 2014). Kejadian lebih sering pada ibu primipara (persalinan pertama kali) dan dalam situasi ekonomi yang tidak baik. *Post-partum blues* walaupun bersifat ringan dan sementara, namun menjadi manifestasi awal sindrom depresi post-partum (SDP) (O'Hara & Wisner, 2014). Dari latar belakang tersebut, sangat jelas bahwa kecemasan pada masa kehamilan dan kondisi depresi post-partum sangat berpengaruh pada status kesehatan ibu dan bayinya termasuk kondisi sindrom depresi post partum, sehingga untuk meminimalkan



risiko yang dialami oleh ibu hamil maka kita harus mengetahui tingkat kecemasan dan tingkat sindrom depresi post partum agar bisa dilakukan pencegahan secara dini agar tidak berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan bayinya, sehingga tujuan dalam penelitian ini adalah bagaimana tingkat kecemasan dan tingkat syndrome depresi post partum pada ibu hamil dengan risiko tinggi di Puskesmas Sindangwangi Kabupaten Majalengka.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian yang bersifat deskriptif, yang menggambarkan karakteristik ibu hamil dengan risiko tinggi di Puskesmas Sindangwangi Kabupaten Majalengka.

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil dengan risiko tinggi di Puskesmas Sindangwangi Kabupaten Majalengka. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 60 orang adalah ibu hamil dengan risiko tinggi di Puskesmas Sindangwangi Kabupaten Majalengka yang memenuhi kriteria inklusi diantaranya: Muslim, masuk kehamilan trimester II, bersedia menjadi responden dalam penelitian, sadar dan dapat

diajak komunikasi secara aktif serta memiliki 1 dari beberapa kriteria khusus berikut ini: 1) umur >40 tahun, 2) *nullipara*, 3) multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya, 4) multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru/*nullipaternity*, 5) multipara yang jarak kehamilan sebelumnya 10 tahun atau lebih, 6) riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan, 7) kehamilan multiple, 8) IDDM (Insulin Dependent Diabetes Melitus), 9) hipertensi kronik, 10) hipertensi gestational, 11) penyakit Ginjal, 12) Sindrom antifosfolipid, 13) kehamilan dengan inseminasi donor sperma, oosit atau embrio, 14) obesitas sebelum hamil (Indeks massa tubuh > 35 kg/m², 15) masuk kategori risiko tinggi preeklampsia yang didata oleh bidan setempat.

Hasil

Pada penelitian ini ada 9 karakteristik yang diukur yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, jenis persalinan, lama persalinan, kecemasan, dan sindrom post partum. Sebaran data secara deskriptif dijelaskan pada tabel 1 berikut ini:

Tabel 1. Sebaran data karakteristik responden



No	Variabel	Jumlah	Persentase (%)
1.	Umur ($\mu \pm SD$)		27,6+5,7
2.	Kategori:		
	- Normal	50	83,3
	- Berisiko	10	16,7
3.	Tingkat Pendidikan; n (%)		
	- SD	3	5
	- SMP	36	60
	- SMA	16	26,6
	- D1/D2/D3	3	5
	- S1/D4	1	1,7
	- S2/S3	1	1,7
4.	Jenis pekerjaan; n(%)		
	- IRT	59	(98,3)
	- Non-IRT	1	1,7
5.	Pendapatan, n(%)		
	- \leq UMR	58	96,7
	- $>$ UMR	2	3,3
6.	Jenis persalinan, n(%)		
	- SC	18	30
	- Spontan	10	16,7
	- Normal	32	53,3
7.	Waktu persalinan (n=44) ($\mu \pm SD$)		7,18+2,9
8.	Kecemasan ($\mu \pm SD$)		19,8+4,9
	Kategori Kecemasan:		
	- Normal	6	10
	- Ringan	23	38,3
	- Sedang	29	48,4
	- Berat	2	3,3
9.	Sindrom post-partum ($\mu \pm SD$)		15,7+2,7
	Kategori sindrom		
	- Ringan	1	1,7
	- Sedang	9	15
	- Berat	50	83,3

Rata-rata ibu hamil berada pada usia produktif kehamilan yaitu: 27,6+5,7 tahun dengan kategori 83,3 % ada pada kategori umur normal dan 16,7 % ada pada kategori berisiko tinggi, untuk pendidikan sebagian besar 60 % pada tingkat pendidikan Sekolah Menengah Pertama, sebagian besar 98,3% merupakan ibu rumah tangga hanya 1 orang yang bekerja formal sebagai dosen. Sebagian besar 96,7 % memiliki pendapatan di bawah UMR. Rata-rata

waktu persalinan adalah 7,18+2,9 jam dan sebagian besar yaitu 53,3% melakukan persalinan secara normal. Responden memiliki kecemasan dalam batas normal 10 % ringan 38,3 %, sedang 48,4 % dan berat 3,3 % dan penilaian tingkat depresi dengan menggunakan kuesioner menunjukkan responden dengan tingkat depresi ringan sebesar 1,7 %, Sedang 15 %, dan berat 83,3 %.

Diskusi



Kecemasan Ibu Hamil di Puskesmas

Sindangwangi

Hasil penelitian ini menunjukkan responden yang memiliki kecemasan normal sebanyak 10 %, kategori ringan sebanyak 38,3 %, kategori sedang 48,4 % dan kategori berat sebanyak 3,3 %. Sebagian besar responden memiliki tingkat kecemasan sedang, disebabkan karena periode kehamilan dan setelah melahirkan menempatkan ibu pada kondisi rentan terjadi perubahan emosi yang berdampak buruk bagi kesehatan ibu dan janin. Cemas merupakan respon individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan dialami oleh semua makhluk hidup dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan pada individu merupakan pengalaman yang subjektif, dapat memberikan motivasi untuk mencapai sesuatu dan sumber penting dalam usaha memelihara keseimbangan hidup (Suliswati et al., 2005).

Kehamilan trimester pertama menimbulkan kekhawatiran yang berkaitan dengan kemungkinan terjadinya keguguran (Y Kusmiyati et al., 2009). Pada trimester kedua perasaan cemas pun muncul kembali ketika melihat keadaan perutnya yang bertambah besar, payudara semakin besar, dan bercak hitam yang semakin melebar, perasaan cemas muncul karena mereka

mengkhawatirkan penampilannya akan rusak dan merasa takut suaminya tidak mencintai dirinya lagi (Hulliana, 2001). Stressor internal juga meliputi kecemasan, ketegangan, ketakutan, penyakit, cacat, tidak percaya diri, perubahan penampilan, perubahan peran sebagai orang tua, sikap ibu terhadap kehamilan, takut terhadap kehamilan, persalinan, dan kehilangan pekerjaan (Yuni Kusmiyati & Wahyuningsih, 2013). Adanya beban psikologis yang ditanggung oleh ibu dapat menyebabkan gangguan perkembangan bayi yang nantinya akan terlihat ketika bayi lahir (Sulistyawati, 2009). Selain stressor internal, kecemasan juga berasal dari luar dengan bentuk sangat bervariasi, misalnya masalah ekonomi, konflik keluarga, pertengkaran dengan suami, tekanan dari lingkungan dan masih banyak kasus yang lain (Sulistyawati, 2009).

Stres selama kehamilan secara langsung atau tidak langsung dapat menyebabkan peningkatan komplikasi kehamilan. Tingkat tumor nekrosis faktor-alfa dan sitokin *interleukin-6* pro-inflamasi tampak lebih tinggi pada wanita yang mengalami stres selama kehamilan. Di sisi lain, kadar *interleukin-10* (IL-10) berpasangan, yang memainkan peran penting dalam kehamilan normal,



berkurang pada wanita dengan preeklampsia, tingkat kortikotropin meningkat dan ada peningkatan aktivitas pada sistem saraf simpatik (SNS), yang merupakan perubahan yang disebabkan oleh stres, dapat diamati pada wanita dengan preeklampsia (Vollebregt et al., 2008). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa gejala kecemasan atau depresi terkait dengan hasil kehamilan yang merugikan, seperti kelahiran prematur, berat badan lahir kurang dari 2500 gram, dan lingkaran kepala yang kecil (Rezaee & Framarzi, 2014). Selain itu, penelitian lain menunjukkan hubungan positif antara faktor psikologis ibu dan preeklampsia. Bahwa depresi dan kecemasan selama kehamilan, karena perubahan sekresi hormon vasoaktif atau pemancar neuroendokrin lainnya, dapat menyebabkan peningkatan risiko hipertensi gestasional (Kharaghani et al., 2012).

Depresi Post-Partum di Puskesmas

Sindangwangi

Hasil penelitian ini menggambarkan tingkat depresi responden dengan kategori ringan sebesar 1,7 %, sedang 15 %, dan berat 83,3 %. Hal ini menunjukkan bahwa ibu hamil dengan risiko tinggi di Puskesmas Sindangwangi Kabupaten Majalengka sebagian besar berada dalam

tingkat depresi yang berat karena perempuan mengalami perubahan yang besar sebagai konsekuensi dari kehamilan dan kelahiran bayi, yang menyebabkan timbulnya berbagai respon psikologis. Respon ini dapat berkisar dari fluktuasi *mood* jangka pendek ke depresi jangka panjang. Gangguan *mood* setelah melahirkan diklasifikasikan sebagai *blues*, depresi post-partum dan psikosis yang merupakan bentuk paling berat (Skalkidou et al., 2012).

Penelitian terdahulu menyatakan ibu hamil dengan risiko tinggi mengalami perubahan untuk yang pertama kali; seperti perubahan fisik, rasa lelah dan nyeri setelah melahirkan serta penurunan hormon, perubahan hubungan interpersonal dan pekerjaan, mengkhawatirkan terhadap kesehatan dan perawatan bayi; sehingga ibu lebih sensitif terhadap perubahan emosional dan memicu stress, dan ada korelasi antara tingkat stress ibu dan gejala depresi (Liou et al., 2014).

Sindrom depresi dan depresi pasca persalinan melibatkan ketidakseimbangan hormonal yang terjadi karena melahirkan, terdapat beberapa faktor lain yang diasosiasikan dengan peningkatan risiko yang mencakup stress, ibu tunggal atau pertama kali menjadi ibu, masalah



keuangan, perkawinan yang bermasalah, isolasi sosial, kurangnya dukungan pasangan dan anggota keluarga, riwayat depresi atau memiliki bayi yang tidak diinginkan, sakit atau memiliki bayi yang sulit secara temperamen. Ibu primipara memiliki peningkatan risiko gangguan mental dalam 3 bulan pertama setelah melahirkan, dengan risiko tertinggi pada 10 sampai 19 hari post-partum (Munk-Olsen et al., 2006). Kondisi kelelahan memberikan dampak terhadap kesehatan ibu post-partum. Kelelahan post-partum mempengaruhi kesehatan fisik dan mental serta memiliki implikasi untuk kegiatan sehari-hari, motivasi dan interaksi sosial. Kelelahan post-partum bisa berdampak terhadap pencapaian peran ibu dan dapat meningkatkan risiko untuk depresi post-partum, kelelahan walaupun ringan dapat memburuk, berlama-lama dan bahkan menyebabkan depresi (Liou et al., 2014).

Kesimpulan

Acharya, D. R., Bhattarai, R., Poobalan, A., Teijlingen, van E., & Chapman, G. (2014). *Factors associated with teenage pregnancy in South Asia*.

Budiman, C., Pramono, B. A., & Dewantiningrum, J. (2011). *Korelasi antara Berat Badan Ibu Hamil dengan Berat Lahir Bayi*. Faculty of Medicine.

Destaria, S., & Pramono, B. A. (2011).

Perbandingan luaran maternal dan perinatal kehamilan trimester ketiga antara usia muda dan usia reproduksi sehat. Faculty of Medicine.

Gross, H., & Pattison, H. (2007). *Sanctioning pregnancy: A psychological perspective on the paradoxes and culture of research*. Routledge.

Harville, E. W., Savitz, D. A., Dole, N., Herring, A. H., Thorp, J. M., & Light, K. C. (2007). Patterns of salivary cortisol secretion in pregnancy and implications for assessment protocols. *Biological Psychology*, 74(1), 85–91.

Hulliana, M. (2001). *Panduan menjalani Kehamilan sehat*. Niaga Swadaya.

Ismi Trihardiani, I. T. (2011). *Faktor risiko kejadian berat badan lahir rendah di wilayah kerja Puskesmas Singkawang Timur dan Utara Kota Singkawang*. Diponegoro University.

Kemenkes Republik Indonesia. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 1–382.

Kharaghani, R., Geranmaye, M., Janani, L., Hantooshzade, S., Arbabi, M., Bilandi, R. R., & Bagheri, F. (2012). Preeclampsia and depression: a case-control study in Tehran. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(1), 249–253.

Kordi, M., Vahed, A., Rezaee Talab, F., Mazloun, S. R., & Lotfalizadeh, M. (2017). Anxiety during pregnancy and preeclampsia: a case-control study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 5(1), 814–820.



- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., & Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 95(4), 487–490.
- Kusmiyati, Y., Wahyuningsih, & Heni, P. (2009). *Perawatan Ibu Hamil*. Fitramaya.
- Kusmiyati, Yuni, & Wahyuningsih, H. P. (2013). Asuhan ibu hamil. *Fitramaya*. Yogyakarta. Hal, 102.
- Liou, S.-R., Wang, P., & Cheng, C.-Y. (2014). Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety. *Midwifery*, 30(6), 795–801.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama*, 296(21), 2582–2589.
- 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.
- Organization, W. H. (2019). *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*.
- Rezaee, R., & Framarzi, M. (2014). Predictors of mental health during pregnancy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7 Suppl1), S45.
- Satyapriya, M., Nagendra, H. R., Nagarathna, R., & Padmalatha, V. (2009). Effect of integrated yoga on stress and heart rate variability in pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 104(3), 218–222.
- Schetter, C. D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141.
- Skalkidou, A., Hellgren, C., Comasco, E., Sylvén, S., & Poromaa, I. S. (2012). Biological aspects of post-partum depression. *Women's Health*, 8(6), 659–672.
- Sulistyawati, A. (2009). Asuhan kebidanan pada masa kehamilan. *Jakarta: Salemba Medika*, 76–77.
- Suliswati, S., Jeremia, A., Yenny, M., & Sumijatun, S. (2005). Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa. *Jakarta: EGC*.
- Takahashi, Y., & Tamakoshi, K. (2014). Factors associated with early post-partum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya Journal of Medical Science*, 76(1–2), 129.
- Toh-adam, R., Srisupundit, K., & Tongsong, T. (2012). Short stature as an independent risk factor for cephalopelvic disproportion in a country of relatively small-sized mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 285(6), 1513–1516.



Vollebregt, K. C., Van Der Wal, M. F.,
Wolf, H., Vrijkotte, T. G. M., Boer,
K., & Bonsel, G. J. (2008). Is
psychosocial stress in first ongoing

pregnancies associated with pre-
eclampsia and gestational
hypertension? *BJOG: An International
Journal of Obstetrics & Gynaecology*,
115(5), 607–615.