

## SCOPING REVIEW: LAYANAN PERINATAL MENTAL HEALTH OLEH BIDAN DI NEGARA ASEAN

Evilia Nur Savitri<sup>1✉</sup> , Elli Nur Hayati<sup>2</sup> , Menik Sri Daryanti<sup>3</sup> 

<sup>1,3</sup>Prodi Ilmu Kebidanan Program Magister Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

<sup>2</sup>Fakultas Psikologi Universitas Ahmad Dahlan

<sup>3</sup>Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

### ARTICLE INFO

#### Article history

Submitted : 2021-08-31

Revised : 2022-07-29

Accepted : 2022-08-10

#### Keywords:

Midwife;  
Experience;  
Perinatal;  
Management;  
Mental health service

#### Kata Kunci:

Bidan;  
Pengalaman;  
Perinatal;  
Penanganan;  
Layanan kesehatan mental

This is an open access  
article under the **CC BY-SA**  
license:



### ABSTRACT

Women are vulnerable to mental health disorders in the perinatal period due to changes in the role of being a mother. Midwives plays a pivotal role in screening and educating a perinatal mental health disorders. This study aims to investigate the experience of midwives in providing perinatal mental health services in ASEAN countries. This study adopted a framework from Arksey and O'Malley which consists of 5 steps, i.e., identifying scoping review questions, identifying relevant articles, planning article selection, charting data, and presenting data or results, discussions and conclusions. The data were gathered through three databases namely Wiley, proQuest and PubMed. The articles were selected based on inclusion criteria: publications within 2011-2021 in Indonesian or English, articles that have gone through peer review stages, and primary articles. The critical appraisal stage employed a checklist from the Joanna Briggs Institute (JBI). The findings of this scoping review obtained 10 articles from Indonesia, Vietnam, Cambodia, Thailand, Singapore and Malaysia. Four themes emerged were: (1) the knowledge of midwives about perinatal mental health (level of knowledge, symptoms, internal and external causes, prevention), (2) screening services (roles and barriers), (3) handling services (experience of integrating maternity services and information systems, midwifery care in perinatal care services, and forms of social support), and (4) the role of the midwife in internal referral. Midwives in ASEAN already have perinatal mental health experience related to perinatal mental health knowledge, have screened, provided treatment through midwifery care, and made internal referrals in cases of mental health disorders. Midwives need to improve the capabilities and skills of perinatal mental health through education and training.

### ABSTRAK

Perempuan rentan mengalami gangguan kesehatan mental pada periode *perinatal* karena perubahan peran menjadi seorang ibu. Bidan telah diidentifikasi memiliki peran dalam skrining dan edukasi tentang gangguan kesehatan mental *perinatal*. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengalaman bidan dalam memberikan layanan kesehatan mental *perinatal* di negara ASEAN. Peneliti mengadopsi *Framework* dari Arksey dan O'Malley yang terdiri dari 5 langkah yaitu mengidentifikasi pertanyaan *scoping review*, mengidentifikasi artikel yang relevan, merencanakan seleksi artikel, charting data, dan penyajian data atau hasil, diskusi serta kesimpulan dan Databased Wiley, proQuest dan PubMed. Artikel dipilih berdasarkan kriteria terbit pada 2011-2021, Bahasa Indonesia atau Inggris, melalui tahap *peer review* dan artikel primer. Alat *critical appraisal* menggunakan *Checklist* dari Joanna Briggs Institue. Hasil *scoping review* terdapat 10 artikel dari Indonesia, Vietnam, Kamboja, Thailand, Singapura dan Malaysia. Tema yang ditemukan adalah (1) pengetahuan bidan tentang *perinatal mental health* (tingkat pengetahuan, gejala, penyebab internal dan eksternal, pencegahan), (2) layanan skrining (peran dan hambatan), (3) layanan penanganan (pengalaman mengintegrasikan layanan maternitas dan sistem informasi, asuhan kebidanan dalam pelayanan *perinatal mental health*, bentuk-bentuk dukungan sosial), dan (4) peran bidan dalam rujukan internal. Bidan di ASEAN telah memiliki pengalaman *perinatal mental health* terkait pengetahuan *perinatal mental health*, pernah melakukan skrining, memberikan penanganan melalui asuhan kebidanan, dan melakukan rujukan internal pada kasus gangguan *perinatal mental health*. Bidan perlu meningkatkan kemampuan dan keterampilan *perinatal mental health* melalui pendidikan dan pelatihan.

#### ✉ Corresponding Author:

Evilia Nur Savitri  
Prodi Ilmu Kebidanan Program Magister Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta  
Telp. 085225253740  
Email: [evilianursavitri@gmail.com](mailto:evilianursavitri@gmail.com)

## PENDAHULUAN

Kesehatan mental ibu selama kehamilan hingga tahun pertama pasca persalinan merupakan hal paling penting untuk kesejahteraan ibu dan perkembangan sosial, emosional dan kognitif anak (Goodman, 2019). Gangguan kesehatan mental *perinatal* berkaitan dengan kondisi kehamilan yang merugikan seperti kelahiran prematur, dan berat lahir rendah dan semakin meningkat bila mendapat kekerasan pasangan (Paulson & Miller-Graff, 2019). Risiko gangguan kesehatan mental semakin tinggi bila mengalami *posttraumatic stress* (Paulson & Miller-Graff, 2019), gejalanya berkaitan dengan faktor kecemasan, faktor depresi, faktor somatik dan faktor khusus kecemasan kehamilan (Szekely et al., 2021).

Dampak masalah kesehatan mental *perinatal* berhubungan dengan tiga kali peningkatan risiko penganiayaan anak dan masalah perkembangan sosial emosional anak di kemudian hari (Ayers et al., 2019; Madigan et al., 2018). Risiko lain depresi *perinatal* yakni kelahiran prematur, dan panjang telometer berkurang. Padahal *Hipotalamus Hipofisis Adrenal* (HPA) berperan dalam memediasi efek stres ibu pada otak janin. Stres ibu berhubungan dengan perubahan jaringan limbik dan fronto temporal, koneksi fungsional dan mikrostruktur yang membesar (Lautarescu et al., 2020). Oleh sebab itu, mengenali dan mengobati depresi *perinatal* akan meningkatkan kesehatan bayi sehingga mempengaruhi hubungan ibu dan bayi di kehidupan selanjutnya (Apter, 2018; Viveiros & Darling, 2019).

Gangguan mental seperti depresi diperkirakan 10% terjadi pada wanita hamil di seluruh dunia, bahkan angka ini lebih tinggi terjadi bila di negara berkembang yaitu 15,6%. Sebuah review menunjukkan bahwa 22 negara dari 28 negara berkembang, prevalensi depresi pasca persalinan lebih tinggi dari pada negara maju dengan urutan tertinggi Vietnam(33%), Zimbabwe (33%), dan Guyana (50%) dan urutan terendah Uganda (7.1%) dan Nepal (4.9%) (Parsons et al., 2012). Prevalensi gangguan mental masa prenatal mencapai 91,86%, kecemasan sebesar 15,04% dan depresi sebesar 5,19% (Tang et al., 2019). Lebih jauh lagi, ternyata depresi juga dapat terjadi pada pasangan (ayah) sekitar 9,76%, dimana 13,59% terjadi pada trimester pertama, 11,31% pada trimester kedua dan 10,12% pada trimester ketiga (Rao et al., 2020).

Di negara berkembang terutama Ghana, Afrika Selatan, Uganda, dan Zambia, perawatan terhadap kesehatan mental cenderung mendapatkan prioritas yang rendah (Bird et al., 2011). Kurangnya sumber daya untuk menangani kesehatan mental, stigma terhadap kesehatan mental, dan kasus-kasus terkait kesehatan mental yang tidak dapat ditangani sesuai standar (Afifah, 2016; Marchira, 2011; Mawarpury et al., 2017). Situasi ini menunjukkan bahwa perlu adanya peningkatan prioritas dan perhatian terhadap layanan kesehatan mental, hingga mencapai tingkat prioritas kesehatan jasmani.

Kesehatan mental telah menjadi prioritas pemimpin-pemimpin negara di dunia melalui *Sustainable Development Goals* (SDGs) dengan menyusun Mental Health Action Plan 2013–2020 secara komprehensif pada *Forum World Health Assembly* yang ke-66 (WHO, 2013). Kesehatan Mental juga merupakan salah satu prioritas negara ASEAN yang dicantumkan pada ASEAN Post 2015 Agenda pembangunan kesehatan 2016-2020. Terdapat dokumen kesehatan mental ASEAN yang menyajikan informasi komprehensif integrasi kesehatan mental dalam sistem kesehatan mental dimana bidan juga berperan sebagai tenaga kesehatan jiwa (ASEAN Secretariat, 2016). Prioritas ini juga di wujudkan oleh Pemerintah Indonesia melalui aturan mengenai kesehatan mental melalui Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

Sistem layanan kesehatan jiwa dasar di atur dengan mengintegrasikan dalam layanan kesehatan umum seperti di Puskesmas dengan sumber daya manusia yang terdiri dari tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa, tenaga profesional lainnya dan tenaga terlatih di bidang kesehatan jiwa (Undang-Undang, 2014). Upaya kesehatan jiwa di Puskesmas sampai dengan tahun 2011 telah diselenggarakan sebanyak 64% dari 8981. Namun hanya 21,47% program kesehatan jiwa yang telah berjalan (Idaiani & Riyadi, 2018). Program ini dijalankan secara tim dan terintegrasi dengan upaya kesehatan lain seperti Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), Lanjut Usia (Lansia), Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan poliklinik umum. Adanya regulasi ini dapat menjadi payung program-program kesehatan jiwa lain.

Regulasi *Perinatal Mental Health* di Indonesia ada di dalam Pedoman Antenatal Terpadu (Kemenkes RI, 2010) dan Pedoman Posyandu Bagi Tenaga Kesehatan (Kemenkes RI, 2012). Kedua kebijakan ini mendorong agar dilakukan pemeriksaan masalah Kesehatan mental yang dialami oleh perempuan hamil dan nifas. Peraturan ini juga ada dalam standar minimal layanan kesehatan ibu hamil

yaitu 10 T pada sesi temu wicara. Melalui standar ini, bidan memiliki wewenang dalam melakukan skrining kesehatan mental *perinatal* dalam sesi temu wicara. Namun, perwujudan Undang-Undang tersebut masih belum begitu optimal. Hal ini dibuktikan dengan minimnya sumber daya manusia dan belum maksimalnya pelayanan dalam layanan kesehatan mental *perinatal*.

Sumber daya manusia yang bekerja di bidang kesehatan jiwa selain psikiater antara lain perawat sebanyak 2,67 per 100.000 penduduk, pekerja sosial 0,05 per 100.000 penduduk sedangkan data dokter umum, terapis okupasi dan pekerja lain dibidang kesehatan belum tersedia (Idaiani & Riyadi, 2018). Lebih lanjut mengenai bidan dan perawat yang merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan masyarakat, masih memiliki kesadaran dan pengetahuan akan kesehatan mental yang belum memadai (Afifah, 2016).

Bidan berperan pertama kali saat berhadapan dengan pasien sebagai tenaga kesehatan non-spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan mental sesuai dalam Piramida intervensi kesehatan mental. Penelitian terdahulu mengenai sikap pemeriksa kesehatan mental, bidan mengakui berperan pada periode *perinatal* termasuk pada deteksi dan memfasilitasi perawatan sehingga mempengaruhi kualitas layanan kesehatan serta berpotensi memperburuk status kesehatan bila tidak mendapat penanganan yang tepat (Noonan et al., 2017; Sosialita, 2019). Bidan bertugas memberikan pelayanan dasar pertama kali sebelum mendapatkan penanganan profesional (Surjaningrum et al., 2018).

Perawatan kesehatan mental *perinatal* membutuhkan pendekatan multidisiplin baik melalui pendekatan psikologis, sosiologis farmakologis dan alternatif (Tripathy, 2020). Penerapan program skrining rutin bagi populasi rentan seperti ibu hamil dinyatakan dapat diterima dan layak dilakukan untuk mengenali risikonya (Shorey & Chan, 2020). Meskipun demikian terkadang kesehatan mental tetap tidak terdiagnosis dan tidak diobati dalam asuhan kebidanan karena hambatan baik pada penyedia layanan atau penerima layanan akibat rendahnya informasi kesehatan mental, kegagalan mengenali gejala, kurang jelasnya peran penyedia layanan maternitas serta stigma. Di pelayanan dengan program skrining universal telah diberlakukan, tujuan skrining tidak sering tercapai seperti karena 67% tes yang tidak akurat dan 95% hasil tes yang dilebih-lebihkan hingga dua kali lipat lebih besar dari hasil skrining sebenarnya (Bayrampour et al., 2018; Viveiros & Darling, 2019). Fakta-fakta ini, disimpulkan bahwa layanan kesehatan mental oleh bidan sangat penting dan perlu dieksplorasi.

Layanan kesehatan mental oleh bidan juga selaras dengan filosofi Konfederasi Bidan Internasional yakni asuhan kebidanan bersifat holistik dan berkelanjutan, didasarkan pada pemahaman tentang sosial, emosional, budaya, spiritual, psikologis dan pengalaman fisik perempuan. Bidan telah diidentifikasi memiliki peran dalam skrining dan edukasi tentang gangguan kesehatan mental *perinatal*. Namun, sangat sedikit yang memiliki pelatihan khusus di bidang ini (Stewart & Henshaw, 2020). Perbaikan dalam penilaian dan pengelolaan masalah kesehatan mental *perinatal* merupakan hal mendasar untuk mencapai holistik. Berdasarkan latar belakang, terdapat hal menarik mengenai pentingnya layanan kesehatan mental oleh bidan.

## METODE

*Scoping review* adalah tinjauan sistematis yang dapat digunakan untuk memetakan hasil penelitian berbasis bukti dan juga sebagai landasan sebuah penelitian. *Framework* yang digunakan mengadopsi dari Arksey dan O'Melley terdiri dari lima langkah yaitu identifikasi pertanyaan *scoping review*, identifikasi artikel yang relevan, seleksi artikel, *charting data*, dan penyajian data atau hasil, diskusi serta kesimpulan. Adapun langkah-langkah akan dilaksanakan sebagai berikut:

### Langkah 1: Identifikasi Pertanyaan

Identifikasi pertanyaan menggunakan format *Framework PEOS* (*Population, Exposure, Outcome, dan Study Design*). Identifikasi pertanyaan dapat dilihat pada tabel 1 *Framework Research Question*. Berdasarkan tabel 1, maka pertanyaan *scoping review* ini adalah bagaimana pengalaman bidan dalam memberikan layanan kesehatan mental *perinatal*?

Tabel 1. *Framework Research Question*

P	E	O	S
Bidan	<i>Perinatal</i>	Layanan Kesehatan Mental <i>Mental Health</i>	Penelitian kuantitatif, kualitatif dan eksperimen tentang pengalaman bidan dalam layanan <i>perinatal</i>
<i>Midwives</i>	<i>Perinatal</i>	<i>Services</i>	

Berdasarkan *framework* PEOs di atas, pertanyaan *scoping review* yaitu bagaimana dampak pernikahan dini pada perempuan dilihat dari aspek kesehatan dan sosial di negara berkembang.

### Langkah 2: Identifikasi Artikel yang Relevan

Identifikasi artikel yang relevan pada *scoping review* ini berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Parameter kunci dalam kriteria artikel ini meliputi kriteria *eligibility*. Kriteria inklusi *scoping review* ini adalah Artikel Bahasa Inggris/ Bahasa Indonesia, Negara ASEAN, terbit tahun 2011 sampai 2021 dan *peer review* artikel serta tersedia secara *full text*, populasi bidan atau perawat pada layanan KIA.

Topik diskusi pengalaman bidan dalam layanan kesehatan mental *perinatal* pada skrining, manajemen dan rujukan berkaitan dengan persepsi, hambatan dan kompetensi. Kriteria eksklusi meliputi Artikel opini, komentar, *review*, buku dan surat serta penelitian terbatas pada penyelesaian masalah kesehatan mental *perinatal* tidak membahas layanan kesehatan mental oleh bidan.

*Databased* yang digunakan yaitu PubMed, ProQuest, Wiley Online Journal, dan *Grey Literature*. Akses *databased* melalui keanggotaan Perpustakaan Nasional Republik Indonesia dan langgan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

Strategi pencarian dan kata kunci ada dua tahap. Tahap pertama pencarian dan pengembangan kata kunci menggunakan *Medical Subject Headings* (MeSH) dan sinonim mencakup variabel "*perinatal*", "*mental health*" dan "*Midwife*" yang dikombinasikan dengan boolean "OR" dan "AND" dalam Pubmed. Tahap kedua dengan memasukkan kata kunci dalam *databased* dan *grey literature* kemudian menyimpan hasil pencarian dalam Zotero. Adapun variabel kunci dalam bahasa Indonesia yaitu "*Perinatal*", "*Layanan Kesehatan Mental*" dan "Bidan". Pemilihan artikel dibatasi dengan Negara ASEAN dan penyaringan berdasarkan tahun terbit.

### Langkah 3: Seleksi Artikel

Seleksi artikel secara berurutan dimulai dari identifikasi, skrining, *eligibility* dan akhirnya mendapatkan artikel. Pengelolaan data dan penyeleksian artikel menggunakan Zotero. Manajemen referensi menggunakan Mendeley.

Total artikel teridentifikasi sebanyak 2235 artikel berasal dari PubMed (n=307), ProQuest (n=788), Wiley (n=1140) dan *Grey literature* (n=207). Seleksi artikel melalui seleksi artikel terduplikat. Seleksi judul, seleksi abstrak, dan seleksi secara *full text* baik menggunakan *Checklist Joanna Briggs Institute* (JBI) dari *Joanna Briggs Institute*.

Artikel yang terduplikat secara otomatis terdeteksi di Zotero kemudian peneliti melakukan penghapusan. Tahap seleksi judul dengan mengeliminasi artikel yang tidak sesuai topik. Tahap selanjutnya seleksi abstrak dengan membaca dan memilih artikel yang sesuai berdasarkan topik, negara, desain dan populasi. Artikel yang terpilih dilanjutkan ke tahap membaca artikel secara penuh. Proses seleksi *full text* akan menggunakan kriteria inklusi secara ketat dan memastikan bahwa semua artikel dapat di unduh.

Tahap pertama *eligibility* dilakukan pada sepuluh artikel dengan melakukan *critical appraisal* dilakukan tiga orang yaitu peneliti pertama yang merupakan mahasiswa Magister Ilmu Kebidanan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, satu orang dosen Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, dan satu orang dosen Universitas Ahmad Dahlan bertujuan memilih artikel berdasarkan kualitas menggunakan alat skrining JBI. Pemilihan instrumen ini karena mengkhususkan pada promosi dan mendukung pelayanan kesehatan yang berdasarkan bukti dengan menyediakan akses ke perawat, bidan, dokter dan petugas

kesehatan lain. *Scoping review* menggunakan empat instrumen untuk desain penelitian *analitical cross sectional studies*, *qualitative research*, *quasi-eksperimental studies (non-randomized experimental studies)* dan *randomized controlled trials (RCT)*. Tahap kedua yaitu dalam penilaian numerik dengan ketentuan *yes* ( 4 poin), *No* (3 poin), *unclear* (2 poin) atau *not applicable* (1 poin). Hasil penilaian numerik dari sepuluh artikel tidak semua mendapat skor maksimal namun masih ke dalam rentang *grade A* sehingga diputuskan sepuluh artikel terpilih dalam *scoping review* ini.

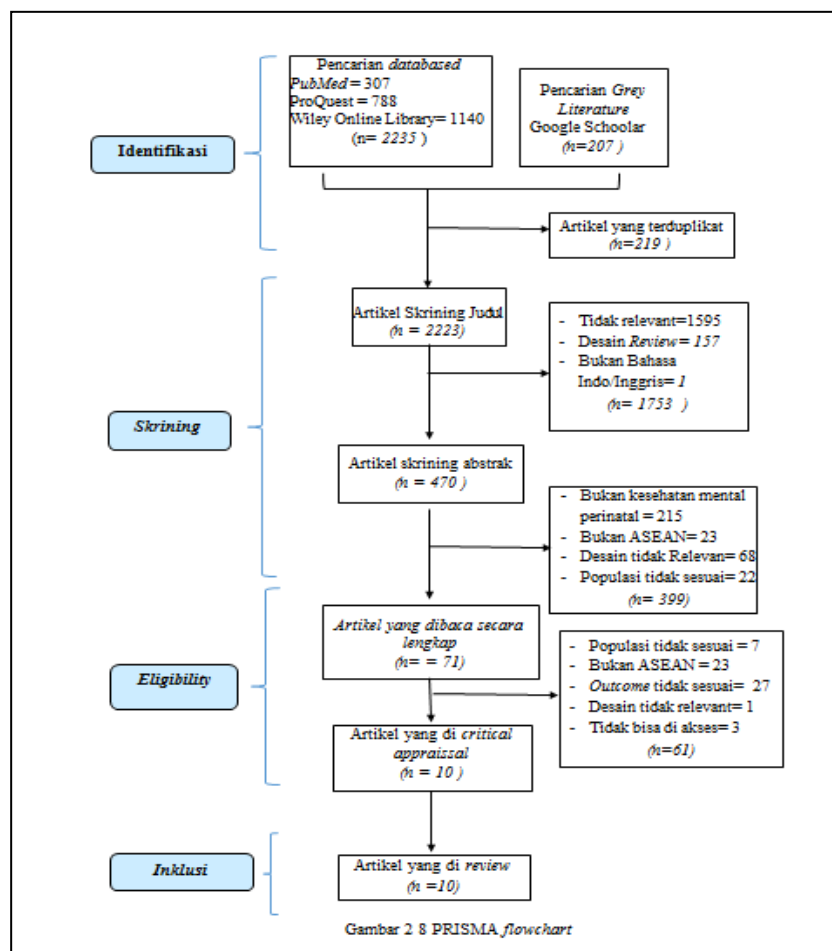
Rangkaian proses seleksi artikel dapat dilihat pada Gambar 1 PRISMA Flowchart. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* dikembangkan guna membantu penulis dalam melaporkan *Systematic Review* dan *Meta-Analyses* sehingga meningkatkan kualitas pelaporan publikasi.

#### Langkah 4: Charting Data

*Charting* data dapat dilihat pada Tabel 3, digunakan untuk mempermudah analisis berdasarkan kriteria kunci yang meliputi kode artikel, asal negara, judul, penulis, indeks jurnal, tujuan penelitian, metodologi, tempat penelitian, populasi, dan temuan berkaitan dengan layanan kesehatan mental *perinatal*. Peneliti secara independen mencatat informasi dan kemudian membandingkan data yang di *charting*.

#### Langkah 5: Menyusun, Meringkas, Melaporkan Hasil dan Pembahasan

Temuan akhir dari tiga *database* dan satu *grey literature* sebanyak sepuluh artikel. Peneliti pengelompokan berdasarkan tema dan sub tema serta menggolongkan karakteristik artikel yang disajikan bentuk tabel dan diagram berdasarkan asal negara, metode penelitian, skor CA JBI dan indeks, serta tahun penelitian.



Gambar 1. PRISMA Flow Chart

Tabel 2. Charting Data

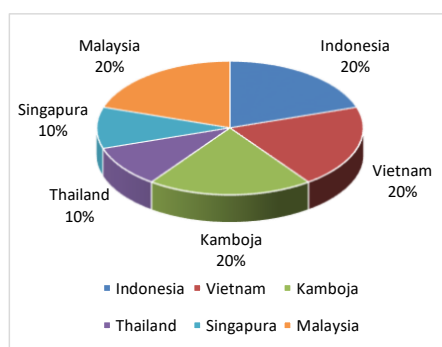
Penulis/Tahun/ Indeks/Kode/ Negara	Tujuan	Metode / Tempat	Partisipan/ Besar Sampel	Hasil Berkaitan dengan Layanan PMH
(Surjaningrum et al., 2018)/ Q1/A1 Indonesia	Untuk menguji kelayakan pembagian tugas dalam perawatan kesehatan mental terpadu untuk mengidentifikasi depresi <i>perinatal</i> di Surabaya, Indonesia.	Kualitatif/ Puskesmas	Partisipan sebanyak 62 orang terdiri dari empat kelompok yaitu dinas kesehatan, petugas kesehatan (konselor, bidan dan perawat), spesialis kesehatan mental dan pengguna layanan	Peran dalam rujukan dan kunjungan rumah, Pelatihan, Hambatan penanganan, Sistem Informasi, Stigma, Alat Skrining
(Sumarni et al., 2020)/Sinta 3/ A2 Indonesia	Untuk melihat pengaruh pelatihan khusus yang diberikan kepada bidan dalam memperkuat kesehatan mental ibu postpartum	<i>Quasy Experiment/ Puskesmas dan Klinik</i>	47 orang bidan dan 67 ibu postpartum	Pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan skrining terkait masalah <i>blues depression</i> pada bidan, Bentuk dukungan
(Abrams et al., 2016)/Q1/A3 Vietnam	Untuk mengidentifikasi pengetahuan dan persepsi mengenai <i>Perinatal Mental Depression</i> serta perawatannya di tingkat komunitas di pedesaan wilayah Vietnam Utara.	Kualitatif/ Komunitas dan Puskesmas	Dua belas orang petugas kesehatan (dokter, asisten dokter, bidan, perawat dan apoteker) dan empat belas ibu (hamil sampai setahun pasca melahirkan).	Pengetahuan mengenai kesehatan mental <i>perinatal</i> dan gejala fisik yang menyertainya, Pentingnya pelatihan dalam layanan baik pada skrining, pengobatan, penanganan dan rujukan
(Niemi et al., 2015)/Q1/A4 Vietnam	Memberikan pemahaman mengenai pengalaman depresi <i>perinatal</i> dan bagaimana intervensi yang diberikan harus disesuaikan dengan konteks lokal	Kualitatif/ di Ba Vi sebuah Distrik semi pedesaan di Vietnam	Sembilan orang ibu, dua kelompok FGD petugas kesehatan (Kesehatan masyarakat, bidan dan perawat) dan satu kelompok FGD wanita lanjut usia.	Pengetahuan mendeteksi depresi <i>perinatal</i> , Intervensi <i>mindfulness</i> , Asuhan kebidanan
(Olofsson et al., 2018)/Q1/A5 Kamboja	Untuk mencari tahun analisis situasional layanan kesehatan mental di Desa Lvea Em, Provinsi Kandal, Kamboja	<i>Cross sectional/ Puskesmas</i>	Empat belas orang tokoh kunci tingkat desa sampai pusat terdiri dari sektor kesehatan maupun non kesehatan. Bidan berpartisipasi level di desa	Ketersediaan layanan kesehatan mental <i>perinatal</i> , Tidak tersedianya pelatihan pra layanan kesehatan mental, Peran bidan dalam rujukan, Pengetahuan bidan , Alat skrining
(Alfredsson et al., 2017)/Q1/ A6 Kamboja	Untuk mengkaji pengetahuan dan sikap dalam integrasi kesehatan mental para petugas kesehatan guna menilai tantangan dan kebutuhan	<i>Cross sectional/ Puskesmas dan Rumah sakit</i>	Petugas kesehatan di puskesmas dan rumah sakit yang terdiri dari 26 perawat, 36 bidan, dua dokter dan tujuh tenaga medis lainnya.	Pelatihan kesehatan mental , Pengetahuan , Stigma mengenai gangguan kesehatan jiwa , Pelayanan kesehatan jiwa

Penulis/Tahun/ Indeks/Kode/ Negara	Tujuan	Metode / Tempat	Partisipan/ Besar Sampel	Hasil Berkaitan dengan Layanan PMH
(G Fellmeth et al., 2017)/Q1/A7 Thailand	Untuk membangun persepsi dan pemahaman wanita hamil dan pengunjung mengenai keyakinan dan pengalaman mengenai kesehatan mental	Kualitatif / Klinik Malaria Research Unit (SMRU)	Ibu hamil dan staf klinik di layanan ANC. Sampel terdiri dari 92 wanita hamil dan 24 staf ANC	Pengetahuan kesehatan mental perinatal, Layanan konseling, Kebutuhan pelatihan, Asuhan kebidanan dengan memberikan dukungan sosial dan emosional
(Shorey & Chan, 2020)/ Q1/A8 Singapura	Menguji efektivitas program psikoedukasi postnatal dalam meningkatkan <i>self-efficacy</i> ibu, dukungan sosial dan mengurangi depresi pasca persalinan pada perempuan primipara	RCT/ Rumah Sakit Umum di Singapura	Perempuan primipara di bangsal nifas sebanyak 122 orang, kelompok intervensi (n = 61) dan kelompok kontrol (n = 61). Bidan sebagai pemberi intervensi	Program Psikoedukasi pasca persalinan yang diberikan oleh bidan efektif meningkatkan efikasi diri, dukungan sosial dan mengurangi depresi pada primipara.
(Hassan et al., 2020)/Q4/A9 Malaysia	Untuk menilai pengetahuan dan kesadaran penyedia layanan kesehatan tentang depresi <i>perinatal</i> dan faktor-faktor depresi <i>perinatal</i>	Cross sectional/ klinik Ibu dan Anak di Kuantan, Pahang, Malaysia	Petugas kesehatan yang terdiri dokter umum dan perawat pelatihan kebidanan bekerja di bangsal ibu setidaknya 1 tahun, besar sampel 220 responden.	Tingkat pengetahuan dan kesadaran praktisi kesehatan tentang depresi <i>perinatal</i> , Pengetahuan meliputi gejala, manajemen depresi pasca persalinan, faktor risiko dan pengobatan depresi antenatal.
(Kang et al., 2019)/Q3/A10/ Malaysia	Untuk menentukan tingkat pengetahuan, keyakinan dan praktik perawat tentang PPD dan faktor-faktor yang terkait dengan praktik skrining.	Cross sectional/ Klinik KIA pemerintah Malaysia	Perawat dengan pelatihan kebidanan di KIA yang memberi perawatan <i>postpartum</i> sebanyak 133 orang di Desa Kepong sampel 82 orang	Pengetahuan sikap serta skrining dan penanganan depresi <i>postpartum</i>

## HASIL PENELITIAN

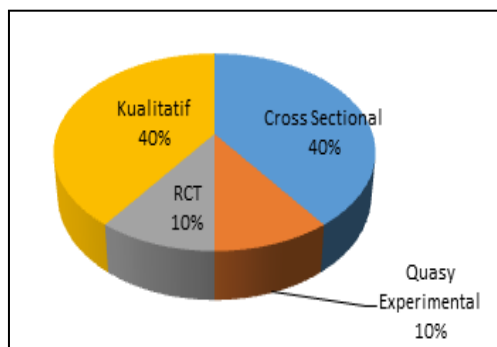
### Karakteristik Artikel

Karakteristik berdasarkan gambar 2, rata-rata artikel ditemukan sebanyak 20% kecuali Thailand (10% dan Singapura (10%). Karakteristik berdasarkan gambar 3 paling banyak menggunakan desain kualitatif dan desain *cross sectional* masing-masing sebanyak 40%.

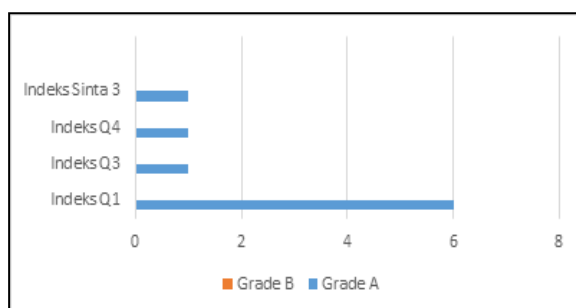


Gambar 2. Karakteristik Berdasarkan Negara

Karakteristik berdasarkan gambar 4 paling banyak menggunakan indeks penelitian Q1 sebanyak 6 penelitian. Karakteristik berdasarkan gambar 5 Penelitian tentang kesehatan mental *perinatal* paling banyak ditemukan pada tahun 2020.



**Gambar 3.** Karakteristik Metode Penelitian



**Gambar 4.** Karakteristik berdasarkan skor dan indeks Penelitian



**Gambar 5.** Karakteristik Berdasarkan Tahun

### Mapping Artikel

**Tabel 3.** Mapping Artikel

Sub tema	Nomor Artikel
Pengetahuan terkait kesehatan mental <i>perinatal</i>	2, 3, 4, 5, 6, 7, 9,10
Pengetahuan bidan melaksanakan tugas layanan kesehatan mental <i>perinatal</i>	3, 5, 6, 9, 10
Peran bidan dalam skrining kesehatan mental	1, 3, 10
Hambatan dan tantangan melakukan skrining kesehatan mental	1, 3, 5, 6, 7, 10
Persepsi mengenai integrasi sistem layanan dan informasi	1,5, 6, 10
Asuhan kebidanan dalam penanganan kesehatan mental <i>perinatal</i>	2, 3, 4,6, 7,8,9, 10
Intervensi	1,4,8
Stigma bidan terhadap kesehatan mental <i>perinatal</i>	1, 6, 10



Sub tema	Nomor Artikel
Hambatan penanganan	1, 10
Peran bidan dalam rujukan	1, 3, 5,
Tindak lanjut temuan kasus melalui kunjungan rumah	1,8

## Tema Study

Gambar 6. Tema Study



## PEMBAHASAN

### Pengetahuan

Terdapat delapan artikel yang membahas mengenai pengetahuan bidan pada artikel A2, A3, A4, A5, A6, A7, A9, A10. Tingkat pengetahuan bidan secara umum masih rendah yaitu 85,5% dengan rata-rata 9,47 (SD 2,380), skor rata-rata pengetahuan yaitu 55% (skor 17 dari skor maksimum 24). Skor pengetahuan ini didapatkan melalui beberapa pertanyaan pada penelitian kualitatif tentang faktor risiko depresi (32,7% yang menjawab dengan benar) dan diagnosis depresi *perinatal* (16,4% yang menjawab dengan benar) dan tentang *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (18,6% yang menjawab benar) (Alfredsson et al., 2017; Hassan et al., 2020). Tingkat pengetahuan ini sebetulnya terbilang tinggi bila dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan di Republik Irlandia yaitu 71,1% juga menggunakan desain *cross sectional* (Noonan et al., 2018). Perbedaan tingkat pengetahuan ini karena perbedaan instrumen pengukuran serta latar belakang negara dimana Republik Irlandia adalah negara maju.

Pengetahuan bidan ini mencakup faktor risiko, gejala, komplikasi *postpartum depression* serta perbedaan gangguan somatik dan gangguan kejiwaan. Gejala depresi berkaitan dengan perubahan perilaku dan gejala somatik. Perubahan perilaku seperti berbicara tidak jelas dan tidak dapat di mengerti maksudnya, berkeliaran di luar rumah, tiba-tiba mengamuk dan menyerang orang lain, kehilangan kendali emosi (sedih, marah, dan takut terlalu sering), menangis tanpa alasan, ingin berteriak tanpa alasan, berperilaku tidak pantas Gejala somatik seperti sakit kepala, hilang nafsu makan, tidur tidak nyenyak, jantung berdebar-debar, tangan dan kaki dingin (G Fellmeth et al., 2017).

Kurangnya tingkat pengetahuan mengakibatkan temuan kasus sering dimanifestasikan sebagai gangguan sosial, budaya dan ekonomi (Abrams et al., 2016; Kang et al., 2019; Olofsson et al., 2018). Peningkatan pengetahuan dan keterampilan dapat mencegah gangguan *blues depression disorder* pada ibu hamil (Sumarni et al., 2020). Sumber pengetahuan yang paling sering didapatkan dari media sosial sebanyak 61% (Alfredsson et al., 2017). Penelitian lain menemukan bahwa responden yang masih muda memiliki pengetahuan yang lebih baik dari pada yang berpengalaman karena masih *freshgraduate* (Hassan et al., 2020). Hal ini sejalan dengan penelitian Noonan et al., (2018) bahwa bidan memerlukan pendidikan lanjut atau dengan pelatihan. Apabila pengetahuan bidan baik, mereka dapat mengenali perempuan dengan depresi pasca persalinan. Namun, mayoritas menyatakan tidak pernah mendiagnosis

atau merawat seseorang dengan gangguan kesehatan mental meskipun banyak masyarakat mengatakan sering menemui kasus. Hal ini menjadi tantangan kesehatan mental karena banyak kasus yang mungkin tidak dapat dikenali atau terdeteksi (Abrams et al., 2016).

Bidan meyakini perawatan kesehatan mental itu penting. Terbukti di sebuah penelitian sebanyak 68,9% tidak setuju dengan pernyataan kesehatan mental kurang penting dibandingkan kesehatan fisik. Sikap positif juga ditunjukkan dengan adanya kebutuhan untuk perawatan kesehatan mental. Sikap positif dari petugas kesehatan berkontribusi pada pandangan optimis implementasi program di masa yang akan datang dan peningkatan perawatan kesehatan mental (Alfredsson et al., 2017).

Tingkat kesadaran dalam layanan kesehatan mental *perinatal* tergolong sedang dengan rata-rata 83,6% (n=184). Kesadaran ini didapatkan dari skala Likert (3-5) tentang intervensi yang tidak direkomendasikan, direkomendasikan, dan paling direkomendasikan. Jenis intervensi yang dimaksud adalah aktivitas fisik, konseling, diet khusus, interaksi dengan keluarga dan teman, berkumpul dalam komunitas, mencari bantuan dokter atau bidan, penggunaan obat-obatan. Penelitian ini juga menyebutkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dan kesadaran depresi *perinatal* ( $p>0,05$ ). Pengetahuan belum tentu dapat mempengaruhi kesadaran petugas kesehatan dalam mengelola kasus-kasus depresi *perinatal* sehingga perlu dukungan dan optimisme agar dapat memberikan asuhan yang memadai untuk ibu dengan gangguan kesehatan mental *perinatal* (Hassan et al., 2020).

Bidan meyakini bahwa skrining, konseling dan merujuk ibu depresi sebagai bagian dari tanggung jawab mereka. Namun, hanya 64,4% yang memiliki kepercayaan diri mengenali dan 51,9% yang memberikan konseling ibu depresi. Secara keseluruhan bidan memiliki keyakinan yang positif terkait peran dalam pengobatan depresi *postpartum*. Penelitian ini juga mendapatkan hasil bahwa pengetahuan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan praktik skrining. Tingkat pengetahuan tidak dapat menggambarkan bagaimana mereka memberikan perawatan yang sebenarnya. Hal ini sejalan dengan penelitian Noonan et al., (2018), bidan mengaku siap memberikan dukungan layanan namun kurang percaya diri.

Hasil *Scoping review* tentang pengetahuan bidan terkait tugas mereka dalam memberikan layanan kesehatan mental di ASEAN ini sejalan dengan *scoping review* di Australia oleh Coates & Foureur, (2019) bahwa bidan tertarik memberikan dukungan kesehatan mental tetapi kurang percaya diri, kurang pengetahuan dan kurangnya pelatihan untuk memberikan layanan. Meskipun pengetahuan tidak dapat menggambarkan bagaimana bidan memberikan perawatan yang sebenarnya, namun pengetahuan dapat memberikan kepercayaan diri bidan saat memberikan pelayanan Kesehatan mental.

Bidan memerlukan peningkatan pengetahuan untuk meningkatkan kepercayaan dirinya dalam memberikan asuhan kebidanan khususnya dalam layanan kesehatan mental *perinatal*. Peningkatan pengetahuan bisa melalui kurikulum pendidikan bagi mahasiswa kebidanan. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan bagi bidan senior yang telah bekerja di layanan kesehatan melalui pelatihan profesional.

## Skrining

Skrining kesehatan mental pada artikel A1, A3, A5, A6, A7, A10. Bidan berperan dalam skrining kesehatan mental pada masa *perinatal* dan data menunjukkan terdapat 25,9% yang pernah melakukan skrining. Para tenaga kesehatan termasuk bidan sebetulnya menyadari ketersediaan alat skrining namun hanya 13,9% yang pernah menggunakannya (Kang et al., 2019). Oleh karena itu, bidan perlu proaktif melakukan skrining dan bertanya kepada perempuan/ibu mengenai suasana hatinya (Abrams et al., 2016).

Skrining kesehatan mental ibu ada dua cara yaitu pertama dengan wawancara dan kemudian pengukuran dengan formulir skala depresi namun hal ini memerlukan tingkat pengetahuan dan keterampilan yang tinggi. Cara kedua langsung dengan menggunakan formulir skala skrining depresi. Bidan biasanya melakukan skrining dengan menggunakan cara umum yang diawali dengan observasi kemudian mencatat di lembar KIA biasa (Surjaningrum et al., 2018). Alat skrining yang digunakan untuk validasi dan identifikasi biasanya menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), *Beck Depression Inventory* (BDI) dan *Second Layer Test* serta formulir ANQR. Formulir ANQR biasanya digunakan untuk penilaian lebih lanjut saat melakukan deteksi dini bagi ibu yang tidak risiko maupun dengan risiko.

Di Malaysia, alat skrining yang digunakan adalah DASS-21 sedangkan di Indonesia menggunakan alat skrining EPDS. DASS-21 terdiri dari 21 item yang mencakup tiga komponen yaitu depresi, kecemasan dan stres. Penggunaan DASS-21 memerlukan waktu lebih lama, dan metode penilaian serta interpretasi hasil yang lebih rumit. Skrining EPDS terdiri dari 10 item. Tes skrining *double layer* yang memiliki dua item pertanyaan. Skrining EPDS dianggap lebih mudah dan cepat (Surjaningrum et al., 2018). Hasil *sistematik review* oleh Ellmeth et al., (2021), EPDS memiliki sensitivitas dan spesifisitas gabungan 88,9% (95% CI 77,4–94,9) dan 93,4 (95% CI 81,5–97,8) yang artinya secara psikometrik valid digunakan di negara yang memiliki etnis beragam sehingga dapat digunakan secara rutin di perawatan bersalin.

Faktor yang mempengaruhi keterlibatan dalam skrining yaitu lamanya bekerja dalam perawatan KIA. Sebanyak 94% dari responden setuju bahwa skrining untuk *postpartum depression* diperlukan namun kenyataannya hanya 78% yang merasa ini merupakan tanggung jawab mereka (Kang et al., 2019).

Hambatan skrining ada dua yaitu hambatan eksternal dan hambatan internal. Hambatan eksternal yaitu tidak tersedianya alat skrining, tidak ada pedoman atau protokol perawatan kesehatan mental *perinatal* terutama di layanan kesehatan tingkat desa (Olofsson et al., 2018). Hambatan internal yaitu hambatan dari bidan sendiri yang berpendapat bahwa skrining memerlukan waktu yang lama, beban kerja yang berlebihan, dan kekurangan sumber daya serta kurangnya penghargaan sehingga berdampak pada rendahnya prioritas dilakukan skrining serta ketepatan deteksi pada kasus depresi *perinatal*. Dampak dari kesalahan deteksi ini akan berpengaruh pada pengobatan selanjutnya (Abrams et al., 2016; Kang et al., 2019).

Hasil *scoping review* mengenai hambatan ini sejalan dengan penelitian Viveiros & Darling, (2019) yakni ada dua jenis hambatan yaitu sisi suplai dan sisi permintaan. Hambatan sisi suplai secara khusus yaitu kurangnya pelatihan PMH, pengetahuan, dan kepercayaan diri bidan, serta secara umum yaitu praktik skrining yang tidak konsisten, jalur rujukan tidak jelas, kurangnya layanan khusus, stigma, dan daftar tunggu yang tidak efisien. Hambatan dari sisi permintaan yaitu isolasi terhadap perasaan emosional dan kesepian, normalisasi masalah kesehatan mental *perinatal*.

Hasil *scoping review* ini menemukan tantangan skrining dari sisi petugas kesehatan yang tidak memenuhi syarat penanganan dan pengetahuan depresi *perinatal* dimana hanya 43 praktisi kesehatan (19,5%) yang dilaporkan telah memperoleh pelatihan profesional (Hassan et al., 2020). Penelitian dari Kamboja melaporkan sepertiga responden (32,0%, n=24) telah menerima pelatihan perawatan kesehatan mental yang berkaitan dengan mental anak. Bidan tidak pernah mendapatkan pelatihan pra-layanan kesehatan mental. Hanya satu petugas yang pernah mendapat pelatihan kesehatan mental *perinatal* (Olofsson et al., 2018). Hal serupa juga terjadi di Malaysia responden melaporkan sebanyak 87% telah mengikuti pelatihan baik melalui seminar maupun kursus. Selain itu, layanan belum mengacu pada pedoman konseling untuk perempuan di masa *perinatal* (Fellmeth et al., 2017). Perpindahan staf terlatih ke tempat lain juga menjadi tantangan karena program yang berjalan biasanya akan berhenti (Surjaningrum et al., 2018).

Tantangan lain berupa praktik skrining *indigenous*. Keyakinan masyarakat dalam hal ini keluarga dan ibu *postpartum* lebih memilih pengobatan tradisional atau praktik-praktik *indigenous* sebagai alternatif untuk mengatasi depresi mereka. Keyakinan inilah yang mempengaruhi bagaimana mereka memberikan praktik skrining *postpartum depression* (Kang et al., 2019). Keyakinan ini hendaknya disikapi ke arah positif untuk memahami dan beradaptasi pada konteks lokal dalam pengelolaan depresi *perinatal*. Hal ini sejalan dengan Filosofi Konfederasi Bidan Internasional menyebutkan bidan harus memiliki pemahaman sosial, emosional, budaya, spiritual, psikologis dan pengalaman fisik perempuan.

Program pelatihan kesehatan mental adalah faktor penting dalam peningkatan kualitas dan kelayakan layanan. Para tenaga profesional kesehatan juga perlu didukung dengan pengembangan peluang, pendekatan yang lebih efisien, skrining dan penilaian, dan informasi komprehensif tentang alur rujukan. Tindakan tersebut sejalan *evidence based* dalam mengurangi hambatan petugas dan pasien dalam layanan kesehatan mental *perinatal* (Willey et al., 2020). Untuk pedoman dapat menggunakan dari WHO yaitu *Program Mental Health Gap Action* (MhGAP) pedoman integrasi perawatan kesehatan mental di puskesmas. Program ini adalah program peningkatan layanan gangguan mental, neurologis dan penggunaan zat terlarang (Olofsson et al., 2018). Alternatif pemecahan masalah pada pengalaman

skrining bidan adalah pelatihan penggunaan alat skrining yang tepat. Harapan dilakukan pelatihan bukan hanya meningkatkan kemampuan juga meningkatkan kepercayaan diri bidan. Terlepas dari berbagai hambatan dan tantangan yang ditemui. Bidan merupakan tenaga kesehatan yang pertama kali bertemu ibu dalam layanan kebidanan sehingga diharapkan mampu melakukan skrining.

### Penanganan

Pengalaman bidan dalam penanganan *perinatal mental health* ada pada artikel A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, dan A10. Penanganan kesehatan mental di ASEAN sebagian besar telah diintegrasikan dalam sistem layanan kesehatan seperti tercantum dalam dokumen ASEAN *Mental Health System* (ASEAN Secretariat, 2016). Integrasi layanan kesehatan di puskesmas terbukti meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa (77%) (Alfredsson et al., 2017). Sayangnya, minimnya sistem informasi baik di tingkat nasional, provinsi maupun kabupaten (Surjaningrum et al., 2018).

Puskesmas merupakan layanan kesehatan mental dasar yang dapat diakses langsung oleh masyarakat. Hambatan penanganan di Indonesia di gambarkan dengan ketidakseimbangan jumlah rasio antara tenaga jiwa kesehatan profesional dengan populasi masyarakat yaitu 1,07 per 100.000 populasi dengan distribusi kesehatan tenaga profesional tidak merata, hanya terdapat di kota besar. Penelitian yang dilakukan oleh Bodenheimer & Pham (2010) menemukan bahwa 71% pasien yang mengakses layanan dasar merupakan masyarakat dengan tingkat ekonomi rendah. Banyaknya masyarakat yang mengakses puskesmas namun tidak diimbangi oleh ketersediaan sarana dan prasarana serta peningkatan keterampilan tenaga kesehatan.

Asuhan Kebidanan terkait *perinatal mental health* ada berbagai bentuk dukungan sosial. Bentuk dukungan sosial berupa dukungan emosional, penghargaan, nasehat instrumental, informasi bermanfaat, pendampingan sosial dan dukungan keagamaan (Sumarni et al., 2020). Pemberian dukungan sosial emosional dari bidan melalui perhatian dan kasih sayang selama asuhan kebidanan. Dukungan sosial dalam bentuk penghargaan diberikan dengan memberi pujian atas kekuatan dan keberhasilan ibu dalam menjalani persalinan. Dukungan instrumental dilakukan dengan memberikan sentuhan lembut pada perut, dan belaian pada ibu nifas. Dukungan informasi dilakukan dengan memberikan penyuluhan tentang perawatan tali pusat bayi, perawatan *perineum* (jalan lahir), dan makan makanan yang membuat ibu merasa sehat dan bahagia. Bidan juga dapat memberikan dukungan spiritual melalui doa untuk mengurangi rasa sakit dan memperlancar persalinan. Mengajak ibu berbicara tentang sesuatu yang menyenangkan (dukungan persahabatan sosial), mengalihkan perhatian dengan cerita lucu, dan berbagi cerita bahagia untuk mengalihkan rasa sakit, kecemasan, dalam menghadapi persalinan (Sumarni et al., 2020).

Temuan intervensi yang telah bidan lakukan terbagi menjadi intervensi dari sisi medis dan intervensi dari sisi tradisional. Hasil ini sejalan dengan penelitian Tripathy, (2020) bahwa perawatan kesehatan mental *perinatal* membutuhkan pendekatan multidisiplin baik melalui pendekatan psikologis, sosiologis farmakologis dan alternatif. Program *psikoedukasi postnatal* efektif mengurangi gejala *postnatal depression* pada *primipara* saat enam minggu dan dua belas minggu *postpartum* (Shorey & Chan, 2020). Faktor lain yang berkontribusi pada peningkatan keadaan psikologis ibu adalah dukungan secara budaya yang diberikan selama program *psikoedukasi* pasca persalinan. Depresi pasca persalinan dianggap sebagai hal yang tabu terutama di kalangan ibu ASIA. Oleh karena itu, diskusi peka budaya tentang depresi *postnatal* dan meyakinkan ibu baru tentang normalnya perasaan tidak nyaman saat kunjungan rumah. Penguatan program ini juga melalui pemberian buklet selama sesi program *psikoedukasi*. Fokusnya tetap pada penyediaan dukungan yang memenuhi kebutuhan pribadi pada ibu dan bayi mereka yang baru lahir. program ini membekali ibu baru dengan keterampilan perawatan bayi baru lahir dan memberikan umpan balik yang konstruktif.

Informasi dalam buklet harus peka terhadap kebutuhan kelompok etnis lokal dan mitos tradisional umum dalam perawatan bayi baru lahir. Misalnya, para ibu mengaitkan makan jahe dapat meningkatkan kemungkinan bayi terkena penyakit kuning. Bidan harus menjelaskan mengenai mitos tersebut dengan memberi informasi berbasis bukti. Program *psikoedukasi* pasca kelahiran cocok untuk penggunaan klinis karena relatif singkat dan dapat disampaikan oleh perawat dan bidan unit pasca kelahiran setelah pelatihan minimal (Shorey & Chan, 2020). Bidan dapat menyisipkan edukasi dalam bentuk suasana formal maupun informal seperti saat membantu ibu baru melahirkan atau saat melakukan pemeriksaan di bangsal.

Intervensi medis kedua yang ditemukan adalah *mindfulness* di Vietnam (Niemi et al., 2015). Latihan *mindfulness* bermanfaat dan dapat mencegah depresi dan *overthinking*. Praktik ini dapat membuat pikiran rileks dan fokus pada hal lain ketimbang pikiran negatif. Penelitian ini juga menyebutkan olahraga bermanfaat bagi kesehatan ibu hamil dan bayi. Kendala *mindfulness* yang tampak pada penelitian ini adalah kurangnya waktu untuk latihan. Solusi yang mungkin dapat dilakukan adalah berlatih pada malam hari.

Intervensi penanganan *mindfulness* dan *psikoedukasi* ini sejalan dengan hasil *scoping review* di Australia oleh Lavender et al., (2016). *Scoping review* tersebut mengevaluasi keefektifan intervensi dari sepuluh studi di Australia meliputi terapi perilaku kognitif, aktivasi perilaku dan intervensi berbasis *mindfulness*. Intervensi ini efektif diberikan pada masa *perinatal* oleh bidan (Niemi et al., 2015). Intervensi baik secara medis maupun tradisional dapat dikolaborasikan guna meningkatkan perawatan depresi *perinatal*. Bidan diharapkan paham dan dapat beradaptasi pada konteks lokal dalam pengelolaan depresi *perinatal*.

Stigma bidan pada pasien yang mendapatkan layanan *perinatal mental health*. Penggunaan istilah asing dapat menimbulkan bias hasil pemeriksaan dan juga stigma ketika mengidentifikasi keadaan mental seseorang menggunakan kata depresi. Kata depresi lebih baik diganti dengan kata lain seperti “perubahan suasana hati”. Oleh karenanya perlu memahami istilah yang mungkin dapat menimbulkan berbeda penafsiran akibat pengaruh budaya atau hal tabu (Surjaningrum et al., 2018). Hasil penelitian di Kamboja pada tenaga kesehatan mengenai stigma bahwa orang sakit jiwa itu berbahaya (66,7%) dan berperilaku tidak terduga (50%), tidak boleh bekerja (23,3%) dan tidak boleh memiliki anak (33,8%) (Alfredsson et al., 2017). Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian di Malaysia, hampir setengah petugas kesehatan yang diteliti menyetujui bahwa *postpartum depresi* merupakan stigma sosial. Bidan berusaha menghindari topik-topik tentang *postpartum depresi* ketika menangani pasien. Fakta ini menggambarkan masih adanya stigma pada pasien dengan gangguan kesehatan mental.

Hambatan penanganan gangguan kesehatan mental *perinatal* oleh bidan yaitu tidak tersedianya lembar khusus untuk kasus depresi *perinatal* dan tidak ada sistem informasi pelaporan status kesehatan mental selama kehamilan. Cara potensial yang digunakan untuk memasukkan data *perinatal* dengan kunjungan rumah atau melakukan pendekatan kepada ibu secara langsung atau mencari informasi dari kader secara kualitatif (Surjaningrum et al., 2018).

Pengalaman bidan dalam penanganan *perinatal mental health* sudah sangat baik berkaitan dengan asuhan kebidanan melalui berbagai bentuk dukungan sosial. Alternatif dalam menangani pelaporan sebaiknya dibuat kedalam lembar yang sama dengan lembar asuhan kebidanan agar data yang didapatkan lengkap. Perlu ada dukungan dan bantuan dari profesional dalam penambahan kolom atau item dalam sistem informasi agar data saling terintegrasi.

## Rujukan

Temuan *scoping review* ini terkait rujukan ada pada artikel A1, A3, A5 dan A8. Terdapat dua jenis rujukan yaitu rujukan internal dan rujukan eksternal. Peran bidan berkaitan dengan rujukan internal yaitu rujukan antar profesional sedangkan rujukan eksternal dilakukan oleh dokter ke pusat fasilitas kesehatan yang lebih tinggi bila kasus sudah tidak dapat ditangani. Rujukan dilakukan ke rumah sakit atau layanan kesehatan yang lebih tinggi (Olofsson et al., 2018). Pada kasus depresi, rujukan dapat secara langsung atau melalui telepon dan catatan medis di dalam laporan bulanan. Alur yang dapat dilakukan yaitu dari petugas kesehatan masyarakat dan atau bersama bidan desa melaporkan ke bidan koordinator pusat di puskesmas kemudian dilaporkan ke konselor (Surjaningrum et al., 2018).

Tindak lanjut penanganan rujukan dengan melakukan layanan *homebased*. Bidan desa atau bidan koordinator bersama konselor berkunjung dari rumah-ke-rumah. Saat melakukan kunjungan bidan melakukan skrining dan *psikoedukasi* yang dibagi dalam beberapa kali kunjungan. Pada sesi pertama bidan dapat mempromosikan pendekatan individual yang tujuannya meningkatkan kesejahteraan fisik dan emosional. Kunjungan kedua digunakan untuk berdiskusi masalah fisik dan psikologi setelah persalinan, pentingnya kehadiran keluarga dan pentingnya efikasi diri dan serta mencari bantuan bila memiliki gangguan kesehatan mental. Orang yang dirasa cukup dekat dengan ibu (seperti suami, mertua, teman) didorong untuk berpartisipasi peka terhadap kebutuhan ibu baik kebutuhan formal maupun informal serta dukungan fungsional pada dua minggu pertama pasca persalinan (Shorey & Chan, 2020).

Pengalaman bidan dalam rujukan terutama bidan yang memberi layanan praktik mandiri bidan akan sangat penting karena sebagai tenaga kesehatan yang dekat dengan masyarakat. Apabila bidan melakukan kunjungan *homebased* hal yang mengharuskan rujukan, maka bidan melakukan rujukan agar ibu yang teridentifikasi gangguan kesehatan mental *perinatal* mendapatkan pelayanan berkelanjutan sehingga asuhan tidak berhenti di bidan saja.

Temuan *scoping review* ini adalah layanan kesehatan mental oleh bidan di ASEAN harus memperhatikan aspek budaya dan lokal. Bidan memiliki peran dan dapat mengintegrasikan layanan *perinatal mental health* dalam layanan maternitas namun memerlukan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan. Tantangan dimasa yang akan datang dengan memasukkan kurikulum kesehatan mental ibu secara khusus dalam pendidikan kebidanan.

Implikasi kebidanan dalam layanan *perinatal mental health* di ASEAN masih kental akan nilai budaya dan kepercayaan lokal dan mitos-mitos. Bidan harus memiliki pengetahuan yang dipercaya masyarakat kemudian memberitahu bila bertentangan dengan keilmuan bidan atau *evidence based*. Layanan diberikan dalam dua jenis yaitu layanan berkaitan dengan sisi medis dan layanan sisi non medis. Layanan sisi medis ini diberikan melalui intervensi psikoedukasi dan *mindfulness*. Layanan non medis dengan asuhan kebidanan dalam bentuk dukungan spiritual sesuai kepercayaan yang dianut. Keterbatasan *scoping review* yaitu artikel yang ditemukan tidak banyak yang menuliskan praktik-praktik tradisional asli dari negara ASEAN.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Pengalaman bidan di ASEAN dalam *perinatal mental health* telah memiliki pengetahuan kesehatan mental, pernah melakukan skrining, memberikan penanganan melalui asuhan kebidanan, dan melakukan rujukan internal pada kasus gangguan *perinatal mental health*. Saran berdasarkan hasil *scoping review* yaitu peningkatan kemampuan dan keterampilan dalam *perinatal mental health* melalui pendidikan dan pelatihan. Peneliti selanjutnya diharapkan mengeksplorasi dan mengangkat tema lokal yang berkaitan dengan praktik layanan kesehatan mental *perinatal* baik yang sesuai *evidence based* maupun yang tidak serta cara mengatasi kesenjangan tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abrams, D., Nguyen, L. T., Murphy, J., Lee, Y., Tran, N. K., & Wiljer, D. (2016). Perceptions and Experiences of Perinatal Mental Disorders in Rural, Predominantly Ethnic Minority Communities in Northern Vietnam. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0043-0>
- Afifah, K. A. (2016). Literasi Kesehatan Mental pada Tenaga Kesehatan [Universitas Muhammadiyah Surakarta]. In *Thesis*. [http://eprints.ums.ac.id/48098/1/NASKAH\\_PUBLIKASI.pdf](http://eprints.ums.ac.id/48098/1/NASKAH_PUBLIKASI.pdf)
- Alfredsson, M., Sebastian, M. S., & Jeghannathan, B. (2017). Attitudes towards mental health and the integration of mental health services into primary health care: A cross-sectional survey among health-care workers in Lvea Em District, Cambodia. *Global Health Action*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1331579>
- Apter, D. (2018). Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 48, 115–127. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.09.010>
- ASEAN Secretariat. (2016). *ASEAN Mental Health Systems* (1st ed.). Community Relations Division (CRD) of the ASEAN Secretariat. <https://asean.org/book/asean-mental-health-systems/>
- Ayers, S., Bond, R., Webb, R., Miller, P., & Bateson, K. (2019). Perinatal mental health and risk of child maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104172. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104172>
- Bayrampour, H., Hapsari, A. P., & Pavlovic, J. (2018). Barriers to Addressing Perinatal Mental Health Issues in Midwifery Settings. *Midwifery*, 59, 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.020>
- Bird, P., Omar, M., Doku, V., Lund, C., Nsereko, J. R., & Mwanza, J. (2011). Increasing the priority of mental health in Africa: Findings from qualitative research in Ghana, South Africa, Uganda and Zambia. *Health Policy and Planning*, 26(5), 357–365. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq078>
- Bodenheimer, T., & Pham, H. H. (2010). Primary Care: Current Problems And Proposed Solutions. *Health Affairs*, 29(5), 799–805. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0026>

- Coates, D., & Foureur, M. (2019). The Role and Competence of Midwives in Supporting Women with Mental Health Concerns During the Perinatal Period: A Scoping Review. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e389–e405. <https://doi.org/10.1111/hsc.12740>
- Fellmeth, G, Fazel, M., & Plugge, E. (2017). Migration and perinatal mental health in women from low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(5), 742–752. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14184>
- Fellmeth, Gracia, Harrison, S., Opondo, C., Nair, M., Kurinczuk, J. J., & Alderdice, F. (2021). aValidated Screening Tools to Identify Common Mental Disorders in Perinatal and Postpartum Women in India: A Systematic Review And Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, 21(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03190-6>
- Goodman, J. H. (2019). Perinatal Depression and Infant Mental Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(3), 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.010>
- Hassan, N. A., Izzati, N., -, R., Arifin, S. R. M., & Samsudin, S. B. (2020). Healthcare Practitioners' Knowledge and Awareness on Perinatal Depression in Kuantan, Pahang, Malaysia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(04), 2530–2537. <https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I4/PR201360>
- Idaiani, S., & Riyadi, E. I. (2018). Sistem Kesehatan Jiwa di Indonesia: Tantangan untuk Memenuhi Kebutuhan. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 70–80. <https://doi.org/10.22435/jpppk.v2i2.134>
- Kang, P. S., Mohazmi, M., Ng, Y. M., & Liew, S. M. (2019). Nurses' Knowledge, Beliefs and Practices Regarding the Screening and Treatment of Postpartum Depression in Maternal and Child Health Clinics: A Cross-Sectional Survey. *Malaysian Family Physician : The Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 14(1), 18–25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31289627>
- Kemendes RI. (2010). *Pedoman Antenatal Terpadu*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes RI. (2012). *Buku Pedoman Untuk Kader Posyandu*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa, (2014). <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38646/uu-no-18-tahun-2014>
- Lautarescu, A., Craig, M. C., & Glover, V. (2020). Prenatal Stress: Effects on Fetal and Child Brain Development. *International Review of Neurobiology*, 150, 17–40. <https://doi.org/10.1016/bs.irm.2019.11.002>
- Lavender, T. J., Ebert, L., & Jones, D. (2016). An Evaluation of Perinatal Mental Health Interventions: An Integrative Literature Review. *Women and Birth*, 29(5), 399–406. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.004>
- Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R. M. P., Schumacher, L., Akbari, E., Cooke, J. E., & Tarabulsky, G. M. (2018). A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 645-657.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.012>
- Marchira, C. R. (2011). Integrasi Kesehatan Jiwa pada Pelayanan Primer di Indonesia: Sebuah Tantangan di Masa Sekarang. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 14(03), 120–126. <https://jurnal.ugm.ac.id/jmpk/article/view/2574>
- Mawarpury, M., Sari, K., & Safrina, L. (2017). Layanan Kesehatan Mental di Puskesmas: Apakah Dibutuhkan. *Jurnal Insight Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Jember*, 13(1), 1–10. <http://jurnal.unmuhjember.ac.id/index.php/INSIGHT/article/view/578>
- Niemi, M., Nguyen, M. T. T., Bartley, T., Faxelid, E., & Falkenberg, T. (2015). The Experience of Perinatal Depression and Implications for Treatment Adaptation: A Qualitative Study in a Semi-rural District in Vietnam. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2280–2289. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0031-4>
- Noonan, M., Doody, O., Jomeen, J., & Galvin, R. (2017). Midwives' Perceptions And Experiences of Caring for Women who Experience Perinatal Mental Health Problems: an Integrative Review. *Midwifery*, 45(December 2016), 56–71. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.010>
- Noonan, M., Jomeen, J., Galvin, R., & Doody, O. (2018). Survey of Midwives' Perinatal Mental Health Knowledge, Confidence, Attitudes and Learning Needs. *Women and Birth*, 31(6), e358–e366.

- <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.02.002>
- Olofsson, S., Sebastian, M. S., & Jegannathan, B. (2018). Mental health in primary health care in a rural district of Cambodia: A situational analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0185-3>
- Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L., & Stein, A. (2012). Postnatal Depression and Its Effects on Child Development: A Review of Evidence from Low- And Middle-Income Countries. *British Medical Bulletin*, 101(1), 57–79. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldr047>
- Paulson, J. L., & Miller-Graff, L. (2019). Prenatal Sleep Quality and Mental Health Symptoms Across the Perinatal Period: A Longitudinal Study of High-Risk Women. *Journal of Psychosomatic Research*, 116, 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.011>
- Rao, W.-W., Zhu, X.-M., Zong, Q.-Q., Zhang, Q., Hall, B. J., Ungvari, G. S., & Xiang, Y.-T. (2020). Prevalence of Prenatal and Postpartum Depression in Fathers: A Comprehensive Meta-Analysis of Observational Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 263, 491–499. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.030>
- Shorey, S., & Chan, V. (2020). Paternal mental health during the perinatal period: A qualitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1307–1319. <https://doi.org/10.1111/jan.14325>
- Sosialita, T. D. (2019). Online Counseling to Improve Mental Health among Midwives. *Proyeksi*, 14(2), 185. <https://doi.org/10.30659/jp.14.2.185-194>
- Stewart, C., & Henshaw, C. (2020). Midwives and perinatal mental health. *British Journal Of Midwifery*, 10(2). <https://doi.org/10.12968/bjom.2002.10.2.10186>
- Sumarni, S., Prawitasari, S., & Putri, I. (2020). The Effect of Midwife Training in Strengthening the Mental Health of Postpartum Mother. *Journal of Community Empowerment for Health*, 3(1), 60. <https://doi.org/10.22146/jcoemph.41269>
- Surjaningrum, E. R., Minas, H., Jorm, A. F., & Kakuma, R. (2018). The Feasibility of A Role for Community Health Workers in Integrated Mental Health Care for Perinatal Depression: A Qualitative Study from Surabaya, Indonesia. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0208-0>
- Szekely, E., Neumann, A., Sallis, H., Jolicoeur-Martineau, A., Verhulst, F. C., Meaney, M. J., Pearson, R. M., Levitan, R. D., Kennedy, J. L., Lydon, J. E., Steiner, M., Greenwood, C. M. T., Tiemeier, H., Evans, J., & Wazana, A. (2021). Maternal Prenatal Mood, Pregnancy-Specific Worries, and Early Child Psychopathology: Findings From the DREAM BIG Consortium. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(1), 186–197. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.02.017>
- Tang, X., Lu, Z., Hu, D., & Zhong, X. (2019). Influencing Factors for Prenatal Stress, Anxiety and Depression in Early Pregnancy Among Women in Chongqing, China. *Journal of Affective Disorders*, 253, 292–302. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.003>
- Tripathy, P. (2020). A public health approach to perinatal mental health: Improving health and wellbeing of mothers and babies. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 49(6), 101747. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101747>
- Viveiros, C. J., & Darling, E. K. (2019). Perceptions of barriers to accessing perinatal mental health care in midwifery: A scoping review. *Midwifery*, 70, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.011>
- WHO. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Willey, S. M., Gibson-Helm, M. E., Finch, T. L., East, C. E., Khan, N. N., Boyd, L. M., & Boyle, J. A. (2020). Implementing Innovative Evidence-Based Perinatal Mental Health Screening for Women of Refugee Backgrounds. *Women and Birth*, 33(3), e245–e255. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.007>