

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Proses kehidupan seorang wanita yang disebut kehamilan dapat menghasilkan beberapa perubahan. Faktor fisik, psikologis serta sosial, budaya dan ekonomi yang mempengaruhi perubahan ini. Faktor psikologis dapat mempengaruhi kondisi kesehatan mental selama kehamilan. Ibu hamil memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami gangguan kesehatan mental yang cukup berbahaya (Adyani et al., 2023).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengatakan kesehatan mental ibu adalah ketika seorang ibu menyadari kemampuan dirinya untuk mengatasi tekanan hidup, bekerja secara produktif, dan mampu berkontribusi pada komunitasnya (WHO, 2022). Kesehatan mental ibu hamil sangat penting karena berdampak pada kesehatan fisiknya. Kecemasan dan depresi adalah gangguan kesehatan mental yang umum terjadi pada ibu hamil, yang meningkatkan resiko tinggi terjadinya aborsi bahkan bunuh diri.

Kecemasan merupakan perasaan bingung atau khawatir terhadap sesuatu yang akan terjadi namun penyebabnya tidak jelas (Annerangi & Helda, 2013). Depresi merupakan gangguan suasana hati (mood) atau kesedihan yang mendalam (Kusumawati et al., 2024). Data WHO menunjukkan, bahwa sekitar 10% wanita hamil dan 13% wanita yang baru saja melahirkan mengalami gangguan mental, terutama depresi. Selanjutnya WHO melaporkan di negara berkembang lebih tinggi yaitu 15,6% selama kehamilan dan 19,8% setelah kelahiran anak (WHO, 2018).

Jenis gangguan mental yang dikenal sebagai depresi kehamilan memiliki gejala seperti sedih yang berkepanjangan, putus asa, kehilangan minat dalam semua hal, kelelahan, masalah dengan pola tidur dan makan, mudah tersinggung dan ketidakbahagiaan dalam menjalani kehidupan sehari-hari (Humayun et al., 2013).

Depresi tidak hanya menjadi masalah yang kurang diperhatikan, tetapi datanya juga sulit ditemukan. Depresi yang terjadi pada ibu hamil adalah gangguan psikologis dan sosial yang memiliki berbagai gejala. Tidak hanya ibu hamil yang mengalami depresi, tetapi depresi juga dapat mengganggu proses kehamilan dan janin yang akan dilahirkan (Murgianti et al., 2023). Penelitian Handayani (2018) menemukan prevalensi depresi kehamilan di Indonesia sebanyak 20% pada ibu trimester II dan III.

Salah satu faktor yang diduga berhubungan dengan depresi pada ibu hamil adalah paritas. Paritas menggambarkan seorang wanita yang pernah melahirkan bayi lahir hidup ataupun lahir mati (Komariah & Nugroho, 2019). Paritas diklasifikasikan menjadi nullipara, primipara, multipara dan grandemultipara. Ibu hamil multipara karena mereka telah memiliki pengalaman melahirkan sebelumnya, dan telah memperoleh informasi kesehatan tentang masa kehamilan, membuat mereka lebih siap untuk menghadapi ketakutan yang terkait dengan kehamilan dan proses persalinan. Karena setiap ibu senantiasa memiliki pengalaman yang berbeda-beda selama proses kehamilannya, ibu dapat memprediksi kecemasan yang terkait dengan kehamilan, kesehatan bayi, kondisi diri sendiri dan sikap ibu terhadap persalinan yang semua itu dapat membantu mengurangi kecemasan yang berlebihan (Asmita et al., 2024).

Pada ibu hamil nullipara dapat mengalami peningkatan kecemasan karena pengalaman pertama mereka dengan kehamilan. Ini terjadi pada trimester ketiga, ketika mereka semakin dekat dengan proses persalinan, ibu hamil akan cenderung mengalami kegelisahan, kecemasan dengan kehamilan dan proses persalinannya yang diakibatkan oleh ketidaktauan ibu hamil. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Syamsudin & Ernawati, 2025), dibandingkan ibu hamil multipara maupun primipara, ibu hamil nullipara lebih banyak mengalami masalah kesehatan mental. Di sisi lain, ibu hamil multipara yang telah melahirkan lebih dari satu anak cenderung memiliki kesehatan mental yang lebih baik secara keseluruhan. Menurut penelitian Zulaiha tahun 2025, ibu hamil nullipara memiliki skor depresi yang lebih tinggi dibanding primipara dan multipara (Zulaiha, 2025).

Dikutip dari Arch, J. J. paritas dapat memprediksi kecemasan yang secara umum berhubungan dengan kehamilan dan secara khusus berhubungan dengan rasa takut akan melahirkan, sehingga dapat disimpulkan memiliki anak sebelumnya menunjukkan mempunyai rasa takut yang lebih rendah. Dari hasil analisis kualitatif menunjukkan bahwa ibu hamil yang belum pernah punya pengalaman melahirkan (nullipara) lebih rentan mengalami kecemasan spesifik yang berhubungan dengan interaksi dengan tenaga kesehatan, rasa takut yang berlebihan terhadap nyeri saat persalinan, takut terjadi komplikasi atau masalah saat persalinan (Brunton et al., 2020).

Berdasarkan skrening yang dilakukan pada ibu hamil yang diperiksa di UPT Puskesmas Krapyak Kidul di dapatkan ibu hamil TM I yang mengalami depresi sebanyak 33.33%, ibu hamil TM II yang mengalami depresi sebanyak 17.65% dan ibu hamil TM III sebanyak 28%. Dari ibu hamil yang mengalami depresi didapatkan terbanyak sebesar 47.62% pada ibu hamil nullipara. Hal ini sejalan dengan penelitian Murgianti dkk bahwa semakin tinggi paritas ibu hamil maka semakin rendah tingkat depresi yang di alami.

Berdasarkan anamnesa yang dilakukan pada ibu hamil mengalami kecemasan pada kehamilannya karena belum adanya pengalaman melahirkan, hubungan jarak jauh dengan pasangan dan hubungan yang kurang harmonis dengan keluarga. Selama ini di Kota Pekalongan belum adanya laporan ibu yang mengalami depresi karena kehamilannya dikarenakan belum berjalan dengan maksimal pemeriksaan skrening kesehatan jiwa pada ibu hamil.

Gangguan kesehatan mental yang berkelanjutan seperti depresi post partum, gangguan tidur, penurunan kepatuhan terhadap perawatan kehamilan, peningkatan perilaku tidak sehat seperti merokok atau bahkan sampai mengkonsumsi alkohol dan terganggunya hubungan dengan pasangan adalah semua hasil dari depresi antenatal. Dilaporkan bahwa depresi antenatal mempengaruhi janin termasuk abortus, persalinan preterm, persalinan yang berlangsung lama dan gangguan perkembangan kognitif, perilaku dan emosional anak. Depresi ibu hamil juga meningkatkan resiko komplikasi selama persalinan, termasuk persalinan lama dan efek permanen pada perkembangan anak (Islami & Ediyono, 2022).

Untuk menekan terjadinya angka kematian ibu yang naik turun maka butuh pelayanan yang komprehensif secara terapeutik farmakologi maupun nonfarmakologi beriringan dengan evidence based, diketahui bahwa setiap kehamilan pada wanita memiliki keunikan yang berbeda-beda, maka pelayanan ANC sebagai garda terdepan untuk mampu memberikan pelayanan berkualitas dengan melakukan deteksi dini (skrining), menegakkan diagnosis, melakukan tatalaksana dan rujukan agar menurunkan AKI dan AKB. Skrining kesehatan jiwa pada ibu hamil dilakukan selama 3 kali yaitu 1 x pada kunjungan awal (Trimester I), 1x pada kunjungan K5 (Trimester III) dan 1 x pada masa nifas (Kementrian Kesehatan RI, 2024).

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Hubungan Paritas dengan terjadinya Depresi pada Ibu Hamil di Puskesmas Krpyak Kidul Kota Pekalongan”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum
Untuk mengetahui hubungan antara paritas dengan terjadinya depresi pada ibu hamil di Puskesmas Krpyak Kidul.
2. Tujuan Khusus
 - a. Menggambarkan paritas ibu hamil di Puskesmas Krpyak Kidul.
 - b. Menggambarkan kejadian depresi ibu hamil di Puskesmas Krpyak Kidul.
 - c. Menghubungkan paritas dengan kejadian depresi pada ibu hamil di Puskesmas Krpyak Kidul.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis
 - a. Memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu kebidanan khususnya tentang depresi pada ibu hamil.
 - b. Menambah bukti ilmiah mengenai hubungan paritas dengan depresi pada ibu hamil.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Tenaga Kesehatan

Memberikan informasi pentingnya skrining kejiwaan pada ibu hamil dengan mempertimbangkan paritas sebagai salah satu faktor resiko pemicu terjadinya depresi pada ibu hamil sehingga dapat meningkatkan deteksi dini dan penanganan sejak dini.

b. Bagi Ibu Hamil

Menambah wawasan dan kesadaran akan resiko depresi sehingga lebih waspada dan aktif mencari dukungan.

c. Bagi Institusi Kesehatan

Sebagai dasar dalam penyusunan program pelayanan antenatal yang memperhatikan kesehatan mental ibu hamil.