

**MODUL
PSIKOLOGI DALAM PRAKTIK
KEBIDANAN**

**SEKOLAH TINGGI
ILMU KESEHATAN**



saptabakti

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI BENGKULU**

A. VISI DAN MISI

1. Visi Program Studi Kebidanan Sarjana Dan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi

Menghasilkan Lulusan Bidan yang Terpercaya Pada Bidang Asuhan Kebidanan Berorientasi Komplementer Berbasis Evidence Based.

2. Misi Program Studi Kebidanan Sarjana Dan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi

- 1) Menyelenggarakan proses pendidikan dan pengajaran yang berkualitas sehingga dapat menghasilkan lulusan bidan yang terpercaya pada bidang asuhan kebidanan berbasis evidence based berorientasi komplementer.
- 2) Melaksanakan penelitian dan pengabdian masyarakat secara profesional dalam mengembangkan asuhan kebidanan berbasis evidence based berorientasi komplementer.
- 3) Meningkatkan kompetensi lulusan dalam mengaplikasikan asuhan kebidanan berbasis evidence based berorientasi komplementer.
- 4) Membina kerjasama dan kemitraan dengan berbagai institusi pendidikan, pemerintah daerah, pelayanan kesehatan baik lokal, regional, nasional maupun Internasional dalam rangka Tri Dharma perguruan tinggi dan membuka peluang kerja bagi lulusan.
- 5) Menerapkan tata kelola dan sistem penjaminan mutu internal dan eksternal.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan atas berkat dan karunia Allah SWT atas terselesainya buku ini. Rasa terimakasih yang dalam penulis sampaikan pada semua pihak dan sumber bacaan baik yang berasal dari media buku maupun internet yang telah banyak membantu dari segi referensi dalam penyusunan buku ini.

Buku ini hadir sebagai upaya melengkapi materi kuliah dan sebagai bahan bacaan dibidang kebidanan, hal ini mengingat masih minimnya buku yang membahas tentang psikologi dalam praktik kebidanan sehingga diharapkan dapat menjadi acuan dan sumber referensi dalam pembelajaran baik bagi mahasiswa, dosen maupun para akademisi lain yang membutuhkan.

Buku ini membahas mengenai teori-teori Psikologi Dalam Praktik Kebidanan untuk memperdalam pemahaman pembaca mengenai materi yang dibahas dalam buku ini dan disusun berdasarkan kebutuhan akan pengetahuan tentang pencegahan dan penanganan kesehatan mental, peranan dari pihak sekitar, seperti suami, keluarga, bidan, dan kader posyandu sangat berpengaruh dalam proses pencegahan dan penanganan kesehatan mental. Seorang bidan diharapkan mampu memberikan pelayanan dengan baik sesuai dengan tahap-tahapan perkembangan individu dan buku ini juga disusun guna mempermudah para ibu dan keluarga dalam pencegahan dan penanganan kesehatan mental pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penulisan buku ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik pada para pembaca semoga buku ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca sehingga pembaca dapat mengimplementasikannya sebagai wujud pelayanan masyarakat.

Bengkulu, 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB 1 KONSEP DASAR PSIKOLOGI PADA MASA	
REPRODUKSI.....	1
A. Psikologi pada Masa Reproduksi	1
B. Psikologi Komunikasi Ibu dan Bayi	4
C. Adaptasi Menjadi Orang Tua.....	8
D. Bounding Attachment.....	12
BAB 2 KESEHATAN MENTAL PADA PERINATAL	18
A. Kesehatan Mental Perinatal.....	18
B. Masalah Kesehatan Mental yang Bisa Terjadi pada Masa Kehamilan	19
C. Kesehatan Mental pada Masa Persalinan.....	21
D. Gangguan Kesehatan Mental Psikologi Masa Nifas	25
E. Faktor yang Mempengaruhi Perubahan Emosi Selama Masa Kehamilan, Persalinan dan Nifas.....	26
BAB 3 KEBIJAKSANAAN ASUHAN PADA PEREMPUAN	
DENGAN GANGGUAN KESEHATAN SECARA	
LOKAL	30
A. Kebijakan Pemerintah terhadap Kesehatan Jiwa.....	30
BAB 4 HAL-HAL YANG BERESIKO MEMPENGRUHI	
KESEHATAN MENTAL.....	39
A. Hal-Hal yang Beresiko Mempengaruhi Kesehatan Mental.....	39
BAB 5 DEPRESI DAN KECEMASAN PERINATAL	56
A. Konsep Dasar Depresi dan Kecemasan Perinatal.....	56
B. Kecemasan Perinatal	59

BAB 6	MASALAH KESEHATAN PADA PERINATAL, PENCEGAHAN DAN PENANGANANNYA	63
A.	Masalah Kesehatan Mental yang Bisa Terjadi pada Masa Kehamilan.....	63
B.	Masalah Kesehatan Mental yang dapat Terjadi pada Masa Persalinan	66
C.	Gangguan Psikologi Masa Nifas	69
D.	Cara Mencegah dan Mengatasi Masalah Kesehatan Perinatal.....	70
E.	Peran Bidan dalam Mempromosikan Kesehatan Mental Baik/Positif pada Perempuan dalam Masa Reproduksi	
BAB 7	MANEJEMEN PADA RESIKO BUNUH DIRI DAN KEKERASAN OLEH PASANGAN	78
A.	Manajemen pada Faktor Resiko Bunuh Diri	78
B.	Jenis Bunuh Diri.....	82
	Edukasi.....	83
BAB 8	DUKUNGAN PADA PENGASUHAN DAN PERAN MENJADI ORANG TUA	85
A.	Dukungan Pada Pengasuhan.....	85
B.	Jenis-Jenis Pola Asuh	90
BAB 9	KERJASAMA DAN KOMUNIKASI INTERPERSONAL DALAM PENANGANAN MASALAH KESEHATAN MENTAL	96
A.	Pengertian Komunikasi Interpersonal	96
B.	Komunikasi Interpersonal dalam Konseling.....	97
C.	Komunikasi Interpersonal dan Kesehatan Mental.....	97
	DAFTAR PUSTAKA	

BAB 1

KONSEP DASAR PSIKOLOGI PADA MASA REPRODUKSI

A. Psikologi pada Masa Reproduksi

1. Menstruasi

Menstruasi adalah perdarahan dari uterus karena perubahan hormonal yang teratur atau berdaur teratur. kira-kira empat minggu sekali (kamus istilah kebidanan, Dapat diketahui dari proses peluruhan darah, akibat dari peluruhan hormone tersebut terdapat gejala-gejala yang mengakibatkan beberapa gangguan yang dikeluhkan oleh beberapa wanita khususnya para remaja yang masih baru mengalami gejala tersebut. Menstruasi adalah terjadinya perdarahan pada uterus yang mengalir dari rahim dan keluar melalui vagina. Kondisi ini memang siklus normal pada wanita yang umumnya terjadi setiap bulan. Menstruasi dapat disebut juga dengan haid atau terkadang datang bulan.

a. Gangguan psikologis pada masa menstruasi:

Kompleks kastrasi Kompleks kastrasi atau trauma genitalia yaitu reaksi psikis tertentu pada saat haid pertama. Dalam psikoanalisa, trauma genitalia adalah shock emosional. Pada beberapa peristiwa kompleks kastrasi ini muncul gambaran-gambaran fantasi yang aneh-aneh yang dibarengi kecemasan dan ketakutan yang tidak riil disertai perasaan bersalah dan berdosa yang semuanya berkaitan dengan masalah perdarahan pada kelamin dan proses haidnya. Menstruasi itu juga dianggap sebagai kotoran dan hal-hal yang harum dan dipautkan dengan dosa dan hal-hal yang menjijikkan.

BAB 2

KESEHATAN MENTAL PADA PERINATAL

A. Kesehatan Mental Perinatal

1. Pengertian

Perinatal atau pralahir merupakan periode yang muncul sekitar pada waktu kelahiran (5 bulan sebelumnya dan satu bulan sesudahnya). Periode perinatal terjadi pada 22 minggu setelah periode gestasi lewat dan berakhir tujuh hari setelah kelahiran. Menurut Jumiarni pengarang buku (asuhan keperawatan perinatal) periode perinatal dimulai dari usia kehamilan 28 Minggu/ 7 bulan hingga 28 hari /1 bulan setelah lahir.

Kesehatan mental adalah kondisi individu yang memiliki kesadaran akan kemampuan diri, dapat menghadapi tekanan hidup, dapat hidup dengan produktif serta mampu berkontribusi dalam komunitas (*World Health Organization, 2005*). Kondisi ini merupakan kondisi yang perlu dijaga di setiap siklus kehidupan, termasuk saat seorang wanita mengalami kehamilan. Penyebab munculnya depresi dan perubahan emosional di masa perinatal memang belum diketahui secara pasti, namun perubahan hormon secara drastis di tubuh perempuan saat hamil dan melahirkan dapat menyebabkan perasaan yang lebih sensitif dan kondisi emosional tidak stabil. WHO mendefinisikan perinatal sebagai periode yang dimulai dari pembuahan hingga setahun pascapersalinan, *perinatal mental health disorder* bahkan bisa dialami perempuan sebelum kehamilan. *Perinatal mental health disorder* mencakup antara lain *baby*

blues, gangguan kecemasan, depresi pascapersalinan, dan psikotik pascapersalinan.

Penyakit mental perinatal adalah komplikasi yang signifikan dari kehamilan dan periode postpartum. Gangguan ini termasuk depresi, gangguan kecemasan, dan psikosis pascapersalinan, yang biasanya bermanifestasi sebagai gangguan bipolar. Depresi dan kecemasan perinatal sering terjadi, dengan tingkat prevalensi depresi mayor dan minor hingga hampir 20% selama kehamilan dan 3 bulan pertama pascapersalinan.

Postpartum blues adalah manifestasi umum tetapi lebih sedikit dari gangguan afektif postpartum. Gangguan psikiatri perinatal merusak fungsi wanita dan berhubungan dengan perkembangan suboptimal dari keturunannya. Faktor risiko termasuk riwayat depresi, kecemasan, atau gangguan bipolar di masa lalu, serta faktor psikososial, seperti konflik berkelanjutan dengan pasangan, dukungan sosial yang buruk, dan peristiwa kehidupan yang penuh tekanan. Gejala awal depresi, kecemasan, dan mania dapat dideteksi melalui skrining pada kehamilan dan masa nifas. Deteksi dini dan manajemen yang efektif dari gangguan kejiwaan perinatal sangat penting untuk kesejahteraan wanita dan keturunannya.

Masalah kesehatan mental perinatal berhubungan dengan tingginya tingkat psikologis dan membawa beban sosial dan keuangan yang tinggi, gangguan tekanan dan kecemasan sangat lazim dan mereka terkait ciated dengan berbagai konsekuensi yang merugikan bagi ibu, pasangan dan keturunannya.

B. Masalah Kesehatan Mental yang Bisa Terjadi pada Masa Kehamilan

1. Depresi

Merupakan gangguan kesehatan mental yang paling umum pada masa kehamilan. Hal ini sering menjadi pemicu, dan muncul bersamaan dengan gejala gangguan kesehatan

BAB 3

KEBIJAKSANAAN ASUHAN PADA PEREMPUAN DENGAN GANGGUAN KESEHATAN SECARA LOKAL

A. Kebijakan Pemerintah terhadap Kesehatan Jiwa

1. Pengertian

Berdasarkan hasil Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) tahun 2018, Indonesia memiliki prevalensi rumah tangga dengan gangguan jiwa skizofrenia atau psikosis sebesar 7 per 1.000, artinya setiap 1000 penduduk Indonesia, terdapat 7 kasus penderita skizofrenia. Angka ini menunjukkan peningkatan dari tahun 2013 yang berkisar di angka 1,7 per 1.000. Selain itu, prevalensi gangguan emosional pada penduduk berumur lebih dari 15 tahun pada tahun 2018 mencapai 9,8%, angka ini juga mengalami peningkatan dari tahun 2013 yang sebelumnya sebesar 6%. Peningkatan masalah kesehatan jiwa ini menunjukkan perlunya perhatian khusus terhadap kesehatan jiwa masyarakat Indonesia. Upaya bersama antar pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat diperlukan untuk mengatasi masalah ini. Sebagai langkah awal untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa, pemerintah telah melakukan revisi terhadap UU No. 18 Tahun 2014 yang dijadikan sebagai landasan utama mengenai aturan kesehatan jiwa di Indonesia. Pada pasal satu dijelaskan bahwa “*kesehatan jiwa adalah kondisi di mana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya*”. UU No. 18 Tahun 2014 ditujukan untuk menjamin setiap orang agar dapat

mencapai kualitas hidup yang baik, serta memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

2. Upaya promotif dan preventif

Menurut UU No. 18 tahun 2014, “ upaya kuratif merupakan kegiatan pemberian pelayan kesehatan terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yang mencakup proses diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat sehingga ODGJ dapat berfungsi kembali secara wajar di lingkungan keluarga, lembaga, dan masyarakat. Sedangkan upaya rehabilitatif merupakan kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan jiwa yang ditujukan untuk mencegah atau mengendalikan disabilitas, memulihkan fungsi sosial, memulihkan fungsi operasional, serta mempersiapkan dan memberi kemampuan ODGJ agar mandiri di masyarakat”. Dalam melakukan upaya kuratif dan rehabilitatif, Kementerian Kesehatan menasar pada kemudahan akses agar masyarakat tidak hanya bisa ditangani di rumah sakit, tetapi juga di puskesmas. Dr. Fidiansjah menyatakan untuk saat ini, sudah ada beberapa daerah yang memiliki psikolog klinis di puskesmas. Untuk mengatasi ketimpangan jumlah psikolog klinis yang terdapat di tiap daerah, Kemenkes berupaya melakukan pendelegasian wewenang kepada dokter dan tenaga perawat untuk melakukan pertolongan pertama kepada ODGJ. Dokter dan tenaga perawat diberikan sebuah *workshop* agar ilmu dari tenaga profesi rumah sakit jiwa dapat tersalurkan, mampu untuk menangani masalah kejiwaan, dan mempercepat proses intervensi sebelum terlambat.

3. Upaya Kuratif dan Rehabilitatif

Sejak tahun 2016 lalu, pemerintah mulai menjadikan tindakan preventif sebagai fokus utamanya. Pemerintah bersama dengan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) mulai memberikan edukasi mengenai cara menjadi ibu hamil yang tangguh, baik secara fisik maupun emosional sang ibu selama

BAB 4

HAL-HAL YANG BERESIKO MEMPENGRUHI KESEHATAN MENTAL

A. Hal-Hal yang Beresiko Mempengaruhi Kesehatan Mental

Kesehatan mental yang baik adalah kondisi ketika batin kita berada dalam keadaan tenang dan tentram, sehingga memungkinkan kita untuk menikmati kehidupan sehari-hari dan menghargai orang lain di sekitar. Seseorang yang bermental sehat dapat menggunakan kemampuan atau potensi dirinya secara maksimal dalam menghadapi tantangan hidup, serta menjalin hubungan positif dengan orang lain. Sebaliknya, orang yang kesehatannya terganggu akan mengalami gangguan suasana hati, kemampuan berpikir, serta kendali emosi yang pada akhirnya bisa mengarah pada perilaku buruk. Penyakit mental dapat menyebabkan masalah dalam kehidupan sehari-hari, tidak hanya dapat merusak interaksi atau hubungan dengan orang lain, namun juga dapat menurunkan prestasi di sekolah dan produktivitas kerja. Oleh sebab itu, sudah saatnya kita menjalankan pola hidup sehat. Terdapat beberapa jenis masalah kesehatan mental dan berikut ini adalah tiga jenis kondisi yang paling umum terjadi. Menurut penelitian *Homewood Health United Kingdom*, 47 persen perempuan berisiko tinggi mengalami gangguan mental dibanding dengan 36 persen pria. Perempuan hampir dua kali lebih mungkin didiagnosis depresi dibandingkan dengan pria. Dr. Ike Herdiana menyebut bahwa perempuan seringkali menghadapi banyak faktor pemicu masalah kesehatan mental. Dalam ranah domestik, perempuan lebih banyak terlibat dalam pengasuhan anak dibandingkan pria. Begitu pula dengan peran perempuan yang sering mengambil tanggung jawab jika ada keluarga yang

mengalami kecacatan atau lanjut usia. Perempuan yang memiliki tanggung jawab lebih seperti itu umumnya akan mudah mengalami kecemasan dan depresi. Kedua, perempuan cenderung hidup dalam kemiskinan dibandingkan dengan pria. Fakta tersebut menimbulkan rasa tidak aman serta terisolasi. Menurut ahli kesehatan Merriam Webster, kesehatan mental merupakan keadaan emosional dan psikologis yang baik sehingga mampu memanfaatkan kemampuan kognitif dan emosi, bermanfaat bagi komunitas, dan dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari. Untuk menghindari terkena gangguan kesehatan mental, sangat penting untuk mengetahui faktor kesehatan mental yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan mental seseorang. Berikut beberapa faktor yang bisa berdampak pada kesehatan mental:

1. Biologis

Faktor biologis dipengaruhi dari genetik, fisik, otak, sensorik, dan kondisi saat kehamilan.

2. Psikologis

Faktor psikologis disebabkan ikatan emosional seseorang dengan keluarga atau teman, kemampuan kognitif saat belajar, serta emosi yang belum matang. Hal-hal yang dapat mempengaruhi kondisi psikologis antara lain:

a. Kehilangan

Rasa kehilangan muncul ketika orang terdekat meninggal, hubungan dengan pasangan berakhir, keguguran, kehilangan pekerjaan, atau ketika terpisah dari teman dan keluarga. Ketika menghadapi salah satu kejadian tersebut, maka selanjutnya akan muncul rasa sedih syok, marah, dan menyesal. Setiap orang memiliki cara dan waktunya sendiri untuk menyembuhkan duka. Terkadang butuh waktu berminggu-minggu, berbulan-bulan, bahkan beberapa tahun. Sebelum perasaan ini mengganggu kesehatan mental, hubungi orang terdekat untuk mendapat dukungan. Jika perlu, bisa mencari bantuan profesional untuk berdamai dengan perasaan kehilangan.

BAB 5

DEPRESI DAN KECEMASAN PERINATAL

A. Konsep Dasar Depresi dan Kecemasan Perinatal

1. Pengertian Depresi

Menurut Sadock (2007) depresi merupakan suatu gangguan mood. Mood adalah suasana perasaan yang meresap dan menetap yang dialami secara internal dan yang mempengaruhi perilaku seseorang dan persepsinya terhadap dunia. Kaplan dkk. (2010) berpendapat bahwa gangguan mood adalah suatu kelompok klinis yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat.

Kaplan dkk (2010) juga menyebutkan bahwa gangguan depresi adalah gangguan yang sering, dengan prevalensi seumur hidup kira-kira 15 persen, kemungkinan setinggi 25 persen pada wanita. Maslim berpendapat (dalam Suprapti S. Markam 2008) bahwa depresi adalah suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (noradrenalin, serotonin, dopamin) pada sinaps neuron di SSP (terutama pada sistem limbik).

Dari beberapa teori yang telah dipaparkan di atas tentang pengertian depresi dapat disimpulkan bahwa depresi atau gangguan mood adalah suasana perasaan sedih dan cemas yang menetap pada diri seseorang sehingga dapat mempengaruhi perilaku dan persepsi seseorang. Depresi terjadi karena adanya perubahan antara norepinefrin dan serotonin yang merupakan bagian dari neurotransmitter. Keadaan depresi dapat mengakibatkan tubuh seseorang

tidak dapat memproduksi hormon adrenalin, sehingga tubuh kurang siap dalam mempertahankan diri.

2. Gejala-gejala dan penyebab Depresi

- a. Afek depresif.
- b. Kehilangan minat dan kegembiraan.
- c. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) menurunnya aktivitas.
- d. Konsentrasi dan perhatian berkurang.
- e. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang.
- f. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna.
- g. Pandangan masa depan suram dan pesimistis.
- h. Gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri.
- i. Tidur terganggu.
- j. Nafsu makan berkurang

3. Jenis-Jenis Depresi

Maslim (2003) membagi tingkatan depresi menjadi tiga tingkatan depresi beserta ciri-cirinya sebagai berikut:

- a. Depresi Ringan dengan ciri-ciri sebagai berikut:
 - 1) Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi.
 - 2) Ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala lainnya: 1-7.
 - 3) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
 - 4) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang dilakukannya.
- b. Depresi Sedang dengan ciri-ciri sebagai berikut:
 - 1) Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi pada episode depresi ringan.
 - 2) Ditambah sekurang-kurangnya tiga (dan sebaiknya empat) dari gejala lainnya
 - 3) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.

BAB 6

MASALAH KESEHATAN PADA PERINATAL, PENCEGAHAN DAN PENANGANANNYA

A. Masalah Kesehatan Mental yang Bisa Terjadi pada Masa Kehamilan

1. Depresi

Depresi merupakan gangguan kesehatan mental yang paling umum pada masa kehamilan. Hal ini sering menjadi pemicu, dan muncul bersamaan dengan gejala gangguan kesehatan mental lainnya seperti gangguan kecemasan, obsessivecompulsive disorder, dan gangguan pola makan. Depresi pada ibu hamil memiliki pola yang bervariasi. Pada trimester pertama dan ketiga, biasanya depresi akan terasa makin berat, namun cenderung lebih rendah atau menurun pada trimester kedua. Depresi saat hamil ditangani sama seperti depresi pada umumnya dengan pilihan penanganan utama yang aman bagi janin, seperti terapi perilaku kognitif dan terapi kejiwaan interpersonal.

2. Panic Disorder (kepanikan/kecemasan berlebih)



Gangguan yang dapat muncul saat masa kehamilan meskipun wanita tersebut tidak memiliki riwayat pernah

menderita panic disorder. Hal ini dapat muncul dari rasa cemas dan stress yang ditandai dengan peningkatan hormon kortisol (hormon yang keluar ketika Anda merasa cemas). Jika tidak ditangani, peningkatan kortisol dapat mempengaruhi perkembangan janin dalam kandungan. Penanganan tanpa obat dapat dilakukan dengan cara terapi perilaku kognitif dan supportif, menerapkan teknik relaksasi, penerapan sleep hygiene ,serta pengaturan pola makan

3. Obsesive-Compulsive Disorder (OCD)



OCD adalah gangguan berupa obsesi dan kebiasaan berulang yang sulit dikendalikan, yang dapat muncul di periode awal masa kehamilan, dan meningkat seiring masa kehamilan hingga pasca melahirkan. OCD saat hamil dapat sangat mengganggu aktivitas ibu hamil dan perlu ditangani dengan terapi perilaku atau dengan konsumsi obat.

4. Gangguan Pola Makan



BAB 7

MANEJEMEN PADA RESIKO BUNUH DIRI DAN KEKERASAN OLEH PASANGAN

A. Manajemen pada Faktor Resiko Bunuh Diri

1. **Percobaan bunuh diri** terdiri 3 katagori Percobaan bunuh diri adalah perilaku destruktif diri yaitu setiap aktifitas yang jika tidak dicegah dapat mengarah kepada kematian *Stuart dan Sundeen (dalam Marwick & Birell, 2015 ; 414)*
 - a. Ancaman bunuh diri. Peringatan verbal atau nonverbal bahwa orang tersebut mempertimbangkan untuk bunuh diri
 - b. Upaya bunuh diri. Semua tindakan yang diarahkan pada diri yang dilakukan oleh individu yang dapat mengarah ke kematian jika tidak dicegah
 - c. Bunuh diri mungkin terjadi setelah tanda peringatan terlewatkan atau diabaikan. Orang yang melakukan upaya bunuh diri dan yang tidak benar-benar ingin mati mungkin akan mati jika tanda-tanda tersebut tidak diketahui tepat pada waktunya
2. **Tanda dan Gejala risiko bunuh diri**
 - a. Upaya atau khayalan bunuh diri sebelumnya
 - b. Kecemasan, depresi, kelelahan
 - c. Tersedia alat-alat untuk bunuh diri
 - d. Kepedulian efek bunuh diri dari anggota keluarga
 - e. Gagasan bunuh diri yang diungkapkan
 - f. Membuat surat wasiat, ditandatangani kembali setelah depresi teragitasi
 - g. Krisis hidup, seperti duka cita, pesimisme atau keputusan yang pervasif.

h. Riwayat bunuh diri dalam keluarga.

3. Tata laksana/langkah-langkah pelaksanaan assesmen dan tatalaksana pasien berisiko bunuh diri.

- a. Lakukan anamnesia singkat pada pasien dan/atau keluarga dengan risiko bunuh diri.
- b. Lakukan pemeriksaan fisik (status generalis, status neurologis) yang cermat dan lengkap, serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi.
- c. Lakukan asesmen khusus risiko bunuh diri dengan “Kuesioner Penilaian Risiko Bunuh Diri.”
- d. Manajemen umum sesuai tingkat keberbahayaan pada kuesioner diatas
- e. Lakukan strategi psikoterapi, psikoedukasi, psikofarmaka, dan intervensi psikososial termasuk didalamnya modifikasi lingkungan

BAB 8

DUKUNGAN PADA PENGASUHAN DAN PERAN MENJADI ORANG TUA

A. Dukungan Pada Pengasuhan

Ceballo dan McLoyd (2002) menemukan bahwa hubungan positif dari dukungan sosial dan pola pengasuhan akan melemah seiring dengan semakin parahnya kemiskinan keluarga. Perbedaan tersebut membuat adanya urgensi untuk peneliti kembali pengaruh dukungan sosial terhadap pola pengasuhan pada keluarga miskin. Apa lagi, penelitian mengenai pengasuhan pada keluarga miskin di Indonesia masih jarang dilakukan. Oleh karena itu, peneliti memutuskan untuk mengangkat pengaruh dukungan sosial terhadap pola pengasuhan (otoritatif, otoriter, permisif) orang tua tengah masa kanak-kanak dari keluarga miskin sebagai masalah penelitian. Adapun penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat pengaruh dari dukungan sosial terhadap pola pengasuhan orang tua dari anak usia pertengahan masa kanak-kanak pada keluarga miskin. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman mengenai dukungan sosial serta pengaruhnya terhadap pola pengasuhan orang tua serta dapat digunakan sebagai bahan psikoedukasi terhadap orang tua, khususnya yang berasal dari keluarga miskin, mengenai pentingnya dukungan sosial terhadap pola pengasuhan yang efektif.

1. Peran orang tua

Menjadi orang tua hebat perlu persiapan dan perencanaan yang matang sebelum dan sesudah kehadiran buah hati dalam kehidupan rumah tangga. Ada empat hal yang perlu diperhatikan yaitu:

- a. Bersiap-siap menjadi orang tua,
- b. Memahami peran orang tua,
- c. Memahami konsep diri orang tua, dan
- d. Melibatkan peran ayah.

2. Bersiap-siap menjadi orang tua

- a. Membangun keluarga merupakan awal lahirnya generasi mendatang. Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat merupakan tempat untuk mendidik dan membentuk moral serta melatih kebersamaan sebagai bekal kehidupan bermasyarakat. Calon ayah dan ibu perlu menentukan model keluarga yang menjadi impian, pilihan, dan harapannya serta perlu memiliki pengetahuan yang cukup untuk menjadi orang tua bagi anak-anaknya.
- b. Membentuk keluarga berkualitas sesuai amanah undang-undang, yaitu sebagai sebuah keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah, sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan ke depan, tanggung jawab, harmonis, dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa merupakan suatu hal yang tidak mudah. Hal ini dikarenakan nilai-nilai keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah sudah banyak yang tercederai. Nilai-nilai dalam keluarga yang dimaksud salah satunya adalah nilai moral. Moral merupakan nilai yang sangat penting diajarkan dan dibiasakan dalam keluarga karena moral menyangkut masalah tentang benar dan salah maupun baik dan buruk. Oleh karena itu, anak harus dididik berdasarkan moral-moral yang berlaku di negeri ini melalui pola pengasuhan yang diterapkan oleh orang tua.
- c. Untuk membangun sebuah keluarga diperlukan perencanaan yang matang, adapun perencanaan membangun keluarga yaitu:
 - 1) Merencanakan usia pernikahan. (20-30 tahun).
 - 2) Membina hubungan antar pasangan, dengan keluarga lain, dan kelompok sosial.

BAB 9

KERJASAMA DAN KOMUNIKASI INTERPERSONAL DALAM PENANGANAN MASALAH KESEHATAN MENTAL

A. Pengertian Komunikasi Interpersonal

Istilah komunikasi atau dalam bahasa Inggris, communication berasal dari kata Latin *communocatio* dan bersumber dari kata *communis* yang berarti sama. Komunikasi Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2003) merupakan pengiriman dan penerimaan pesan atau berita antara dua orang atau lebih sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami Theodorson (1969) mengungkapkan komunikasi adalah pengalihan informasi dari satu orang atau kelompok kepada orang lain, terutama dengan menggunakan simbol. Lebih lanjut lagi menurut Arni Muhammad, Komunikasi didefinisikan sebagai "Pertukaran pesan verbal maupun non verbal antara si pengirim dengan si penerima pesan untuk mengubah tingkah laku". Jadi dari uraian diatas komunikasi merupakan proses pertukaran informasi secara verbal maupun non verbal kepada individu atau organisasi dan menimbulkan efek.

1. Ciri-ciri komunikasi interpersonal

- a. Komunikasi interpersonal adalah komunikasi verbal dan non verbal.
- b. Komunikasi interpersonal men-cakup perilaku tertentu, adapun perilaku yang dimaksud antara lain:
- c. Komunikasi interpersonal adalah komunikasi yang berproses pe-ngembangan
- d. Komunikasi interpersonal me-ngandungkan umpan balik, interaksi, dan koherensi
- e. Komunikasi interpersonal ber-jalan menurut peraturan tertentu

- f. Komunikasi interpersonal merupakan kegiatan aktif
- g. Komunikasi interpersonal saling mengubah

2. Fungsi komunikasi interpersonal

Mengenal diri sendiri dan orang lain.

- a. Komunikasi antar pribadi memungkinkan kita untuk mengetahui lingkungan kita secara baik.
- b. Menciptakan dan memelihara hubungan baik antar personal
- c. Mengubah sikap dan perilaku.
- d. Bermain dan mencari hiburan dengan berbagai kesenangan pribadi.
- e. Membantu orang lain dalam menyelesaikan masalah

B. Komunikasi Interpersonal dalam Konseling

Konseling tidak bisa lepas dari proses komunikasi, termasuk interaksi dan informasi yang dilakukan oleh konselor dan konseli. Cassagrande berpendapat, manusia berkomunikasi karena:

- 1. memerlukan orang lain untuk saling mengisi kekurangan dan membagi kebahagiaan.
- 2. Ingin terlibat dalam proses perubahan.
- 3. Ingin berinteraksi hari ini dan memahami pengalaman masa lalu dan mengantisipasi masa depan.
- 4. Ingin menciptakan hubungan baru

C. Komunikasi Interpersonal dan Kesehatan Mental

Menurut Dr. Jalaluddin dalam bukunya "Psikologi Agama" bahwa: "Kesehatan mental merupakan suatu kondisi batin yang senantiasa berada dalam kondisi tenang, aman dan tentram, dan upaya untuk menemukan ketenangan batin dapat dilakukan antara lain melalui penyesuaian diri secara resignasi (penyerahan diri sepenuhnya kepada Tuhan)".

Mental yang sehat tidak akan mudah terganggu oleh stressor (penyebab terjadinya stres) orang yang memiliki mental sehat berarti mampu menahan diri dari tekanan-tekanan yang datang dari dirinya sendiri dan lingkungannya. (Noto Soedirdjo,

DAFTAR PUSTAKA

- A.H, M. 1991. Ilmu Kesehatan Anak. In Ilmu Kesehatan Anak. FKUI.
- A.H. Maslow, *Motivation and Personality*, New York: Harper and Brothers Publisers, 1954
- Ahmadi, A. 2005. Psikologi Perkembangan In Psikologi Perkembangan. PT Asdi Mahasaty
- Ambarwati, E,R,Diah, W. 2010. Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Bahiyatun. 2009. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal. Jakarta: EGC.
- Bastaman, H. Djumhana. 2001. Integrasi Psikologi dengan Islam. Yogyakarta :Pustaka Pelajar. Bobak, Irene.
- Daradjat, Zakiah, 2001. Kesehatan Mental. Jakarta: PT. Toko Gunung Agung.
- _____, 2001. Islam dan Kesehatan Mental. Jakarta: PT. Toko Gunung Agung.
- Dewi Vivian dan Tri Sunarsih. 2011. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Jakarta: Salemba Medika.Hawari, Dadang. (1997). Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Mental. Yogyakarta : PT. Dana Bhakti Prima Yasa.
- Ensiklopedi Tematis Filsafat Islam (Buku Pertama), terj. History of Islamic Philosophy, Bandung: Mizan, 2003
- Frank G. Goble, Terj. Drs. A. Supratinya, Madzhab Ketiga Psikologi Humanistik Abraham Maslow, Yogyakarta: PT Kanisius, 1971
- Gunarso, S. 1998. Psikologi Perkembangan dan Remaja. In Psikologi Perkembangan dan Remaja. BPK Gunung Mulia.
- H. Budhyastuti R. 2011. Having A Baby, Panduan Modern Kehamilan Yang Bahagia, Sehat dan Cerdas. Bandung : Qanita.

- Harlock, E. 1990. Psikologi Perkembangan Sepanjang Hayat. In Psikologi Perkembangan Sepanjang Hayat. Erlangga.
- Hendrik, H. 2006. Problema Haid Tinjauan Syariat Islam dan Medis. Solo: Tiga Serangkai.
- Hurlock. 2007. Prinsip dan Praktek Pendidikan Anak Usia Dini. In Prinsip dan Praktek Pendidikan Anak Usia Dini. Direktorat PAUD.
- Kartini, K. 1989. Psikologi abnormal & abnormal seksual. In Psikologi abnormal & abnormal seksual. Mandar: Mandar Maju
- Kartini, K. 1992. Psikologi Wanita Jilid I dan II. In Psikologi Wanita Jilid I dan II. Mandar: Mandar Maju.
- Lowdermilk. Deitra. Jensen, Margaret. 2005. Keperawatan Maternitas, Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Maslow Abraham H., 1984. Motivatio and Personality (Teori Motivasi dengan (Motivasi dan Kepribadian. Yogyakarta: Cantrik Pustaka, cet: 1 muka Jakarta: Penerbit wali.
- Smet, B. 1994. Psikologi Kesehatan. In Psiklogi Kesehatan. Grasindo.
- Sukarni, K. 2003. Kehamilan, Persalinan, dan Nifas. In Kehamilan, Persalinan, dan Nifas. Nuhu Medika.
- Susanti. 2008. Psikologi kehamilan. Penerbit buku kedokteran. In Psikologi kehamilan. EGC.
- Taylor, Shelley E. 2015. Health Psychology, 9th edition. NY, McGrow_Hill
- Walgito, B. 1991. Pengantar Psikologi Umum. In Pengantar Psikologi Umum (ke-3). Fak. Psikologi Universitas Gajah Mada.
- Widayatun, T. R. 1999. Ilmu Perilaku. In Ilmu Perilaku. Infomedika