



STUDI KUALITATIF: PELAYANAN KEBIDANAN PERINATAL DI RSJD

Laras Handayani*, Petisa Anisa Sari

Departemen Kebidanan, RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah, Jln majapahit no 347 Semarang 50191,
Jawa Tengah, Indonesia

*larashanda92@gmail.com

ABSTRAK

Semua perempuan berisiko mengalami gangguan kesehatan mental selama masa perinatal. Namun, pelayanan kebidanan terintegrasi dengan kesehatan jiwa di RSJD Dr. Amino Gondohutomo dinilai belum optimal. Penelitian ini bertujuan menggali pelayanan kebidanan perinatal pada dua kelompok ibu, yaitu tanpa gangguan mental dan dengan gangguan mental. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam terhadap tenaga kesehatan, pasien perinatal tanpa gangguan mental, serta pendamping pasien perinatal dengan gangguan mental. Partisipan dipilih secara purposive sampling dan wawancara dilakukan secara daring dan luring pada September-Oktober 2025. Sebanyak 25 partisipan terlibat, terdiri atas 10 pasien tanpa gangguan mental, 5 pendamping pasien dengan gangguan mental, dan 10 bidan. Analisis data tematik menghasilkan lima tema utama. Hasil penelitian menunjukkan pengalaman bidan dalam menangani kedua kelompok pasien bervariasi. Pelayanan kebidanan di IGD, poli, dan rawat inap dirasakan cukup baik, namun belum terdapat alur atau SOP khusus pelayanan kebidanan perinatal dengan gangguan mental. Koordinasi antarprofesi telah berjalan baik, namun diperlukan peningkatan edukasi dan konseling bagi pasien dan keluarga untuk memperkuat dukungan keluarga serta kolaborasi dalam perawatan kebidanan perinatal dengan gangguan jiwa.

Kata kunci: gangguan jiwa, keluarga; kesehatan ibu; pelayanan kebidanan; perawatan terintegrasi; perinatal

QUALITATIVE STUDY: PERINATAL MIDWIFERY SERVICES AT REGIONAL MENTAL HOSPITAL

ABSTRACT

All women are at risk of experiencing mental health problems during the perinatal period; however, the integration of midwifery and mental health services at RSJD Dr. Amino Gondohutomo remains suboptimal. This study aimed to explore perinatal midwifery services for two groups of mothers: women without mental disorders and women with mental disorders. A qualitative approach was employed using in-depth interviews with healthcare professionals, perinatal women without mental disorders, and caregivers of perinatal women with mental disorders. Participants were recruited through purposive sampling, and data were collected through online and face-to-face interviews conducted between September and October 2025. A total of 25 participants were included, comprising 10 perinatal women without mental disorders, 5 caregivers of women with mental disorders, and 10 midwives. Data were analyzed using thematic analysis, resulting in five major themes. The findings revealed variations in midwives' experiences when providing care to the two groups. While perinatal midwifery services in emergency, outpatient, and inpatient settings were generally perceived as adequate, no specific care pathways or standard operating procedures for perinatal women with mental disorders were identified. Although interprofessional collaboration was well established, enhanced education and counseling for women and families are needed to strengthen family support and optimize integrated perinatal care.

Keywords: family support; integrated care; maternal health; mental health disorders; midwifery services; perinatal care

PENDAHULUAN

Kesehatan perinatal merupakan salah satu indikator yang sangat penting dalam indikator kesehatan suatu negara. Di Indonesia, Angka Kematian Ibu (AKI) masih menjadi tantangan serius dan jauh

dari target global. Data menunjukkan bahwa rasio AKI di Indonesia berada pada angka yang tinggi, yakni sekitar 230 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2020 (WHO, 2023). Data tersebut mengindikasikan bahwa intervensi kesehatan perinatal yang masif masih sangat diperlukan. Upaya percepatan penurunan AKI diperlukan untuk mencapai komitmen global dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals—SDGs), dimana Sasaran SDG 3.1 menetapkan target "Pada tahun 2030, mengurangi rasio kematian ibu global hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup" (WHO, 2023). Oleh karena itu, pentingnya perbaikan kualitas pelayanan kesehatan perinatal yang memadai sehingga menjadi kunci utama untuk memastikan keberhasilan pencapaian target SDGs serta melindungi nyawa setiap ibu dan bayi di Indonesia.

Tingginya AKI menunjukkan adanya ketimpangan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir dan berdampak buruk pada kesejahteraan dan perkembangan bayi dan balita, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial (Suparji et al., 2024)). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia selama ini diatasi melalui pendekatan medis yang berfokus pada komplikasi obstetri mayor seperti perdarahan, pre eklampsia dan infeksi. Namun, untuk menurunkan AKI secara signifikan, pendekatan tidak langsung yaitu faktor risiko lain seperti kesehatan mental perinatal juga diperlukan. Selama ini masalah kesehatan mental pada periode perinatal seringkali diabaikan, tidak dikenali dan bahkan tidak tertangani, terutama pada negara berpenghasilan menengah atau rendah yang masih memiliki celah antara kebutuhan, keberadaan layanan, dan tidak adanya integrasi sebagai perawatan rutin pada periode perinatal (Lasater et al., 2021).

Periode perinatal merupakan masa transisi dimana seorang wanita mengalami perubahan peran dan tanggung jawab (Dinda et al., 2022). Periode tersebut menjadi waktu yang rentan bagi wanita untuk mengalami masalah kesehatan mental seperti stres dan kecemasan yang juga meningkatkan risiko terjadinya depresi (Slomian et al., 2019). World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa di dunia terdapat 10%-16% wanita hamil dan 13%-20% wanita setelah melahirkan mengalami masalah kesehatan mental, dan sebagian besar mengalami depresi (Sūdžiūtė et al., 2019). Analisis data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan prevalensi ibu hamil yang mengalami gangguan mental umum sebesar 12,6% (Noviane et al., 2023).

Masa kehamilan merupakan waktu yang rentan beresiko terjadinya gangguan psikologis bagi seorang wanita hamil, bahkan dapat meningkat beberapa kali. Depresi dan kecemasan pada awal kehamilan berhubungan dengan risiko preeklampsia. Preeklampsia merupakan komplikasi utama dalam kehamilan, sebagai etiologi komplikasi ini sebagian besar tidak diketahui (Desi et al., 2016). Adapun pada ibu dengan gangguan mental yang dialami sejak sebelum hamil ternyata juga berisiko mengalami komplikasi fisik yang dapat berujung pada kematian.

Pada ibu dengan gangguan mental seperti skizofrenia memiliki resiko lebih tinggi mengalami kematian (meninggal pada usia lebih muda dibandingkan populasi umum). Kondisi medis yang terjadi bersamaan, seperti penyakit jantung, penyakit hati, dan diabetes, dapat berkontribusi terhadap tingginya angka kematian dini pada ibu dengan gangguan mental (Simon et al., 2018). Penyebab tingginya angka kematian ini adalah meningkatnya angka kejadian gangguan mental itu sendiri serta kurangnya deteksi dan penanganan terhadap gangguan mental tersebut (Fabre et al., 2021).

Kehamilan pada perempuan dengan gangguan mental seperti skizofrenia memiliki lebih banyak komplikasi dibandingkan dengan perempuan tanpa gangguan jiwa. Komplikasi tersebut seperti diabetes gestasional, hipertensi gestasional, infeksi saluran kemih, IUGR, dan kelahiran prematur. Selain itu, adanya komplikasi pada persalinan yaitu aborsi indikasi medis dan seksio sesaria. Bayi baru lahir dari ibu dengan skizofrenia memiliki lebih banyak komplikasi lahir prematur, bayi lahir kecil untuk usia kehamilan, dan bayi berat lahir rendah (Fabre et al., 2021).

Ibu dengan gangguan mental sering mengalami kesulitan mendapat akses kesehatan reproduksi termasuk dalam hal ini alat kontrasepsi pasca melahirkan. Kondisi gangguan mental tersebut seperti gangguan kognitif dan atau perilaku impulsif dapat meningkatkan risiko komplikasi kehamilan serta ketidakmampuan mereka dalam memilih dan menggunakan metode kontrasepsi secara konsisten (Lisa et al., 2025). Dari lingkungan luar ibu pun terdapat hambatan yang muncul mulai dari stigma dan diskriminasi oleh masyarakat serta penyedia layanan kesehatan itu sendiri. Hal ini tentunya dapat menyebabkan ibu tersebut enggan untuk mencari bantuan atau bahkan kesulitan untuk mendapatkan akses kesehatan reproduksinya. (Nugroho et al., 2025).

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah merupakan Rumah Sakit Khusus Jiwa Kelas A dan sebagai Pusat Rujukan Pelayanan Kesehatan Jiwa bagi masyarakat Jawa Tengah (RSJD Dr Amino Gondohutomo, n.d.). RSJD Dr Amino Gondohutomo adalah salah satu dari sedikit rumah sakit jiwa di Indonesia yang mulai memperhatikan pelayanan kebidanan pada ibu dengan gangguan jiwa khususnya pada periode perinatal. Hal ini merupakan bentuk implementasi dari integrasi pelayanan kesehatan ibu dan anak dalam pelayanan kesehatan mental. Hal tersebut sesuai dengan pedoman WHO yang berjudul WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Dukungan yang baik terhadap kesehatan mental ibu dapat meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas layanan kesehatan ibu dan anak. Harapannya dapat terciptanya lingkungan yang lebih baik dimana mereka merasa aman untuk mendiskusikan kesulitan apapun yang mereka alami dalam lingkungan yang penuh rasa hormat dan perhatian yang bebas dari stigma (WHO, 2022). WHO juga menyusun pedoman Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) sebagai upaya untuk mendukung pelayanan kesehatan jiwa yang efektif oleh bidan, perawat, dan dokter (WHO, 2023).

Integrasi kesehatan jiwa ke dalam pelayanan perinatal melalui skrining rutin dan intervensi merupakan urgensi yang mendesak. Hal ini disebabkan periode perinatal adalah masa yang rentan bagi setiap wanita baik dengan atau tanpa gangguan jiwa. Oleh karena itu diperlukan penguatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan terutama bidan yang mendampingi setiap fase reproduksi wanita berupa pelatihan khusus tentang gangguan kesehatan mental pada fase perinatal serta kerja sama antara institusi pelayanan kesehatan perinatal dan kesehatan jiwa (Zhu Z et al., 2025). Bagi tenaga kesehatan terutama bidan, pemahaman mengenai cara memberikan pelayanan kebidanan dan komunikasi efektif kepada ibu hamil, bersalin, nifas dengan atau tanpa gangguan mental serta pendamping menjadi sangat penting. Dengan pengetahuan dan keterampilan yang tepat, bidan diharapkan mampu memberikan pelayanan kebidanan perinatal yang lebih optimal.

METODE

Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode wawancara mendalam untuk menggali pengalaman ibu perinatal tanpa gangguan jiwa dan pendamping yang mendampingi ibu perinatal dengan gangguan jiwa dalam memperoleh pelayanan kebidanan perinatal, serta pengalaman bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu perinatal dengan dan tanpa gangguan jiwa. Penelitian ini dilakukan pada ibu perinatal tanpa gangguan jiwa dan keluarga/pendamping yang mendampingi ibu perinatal dengan gangguan jiwa serta bidan yang bekerja RSJD Dr. Amino Gondohutomo.

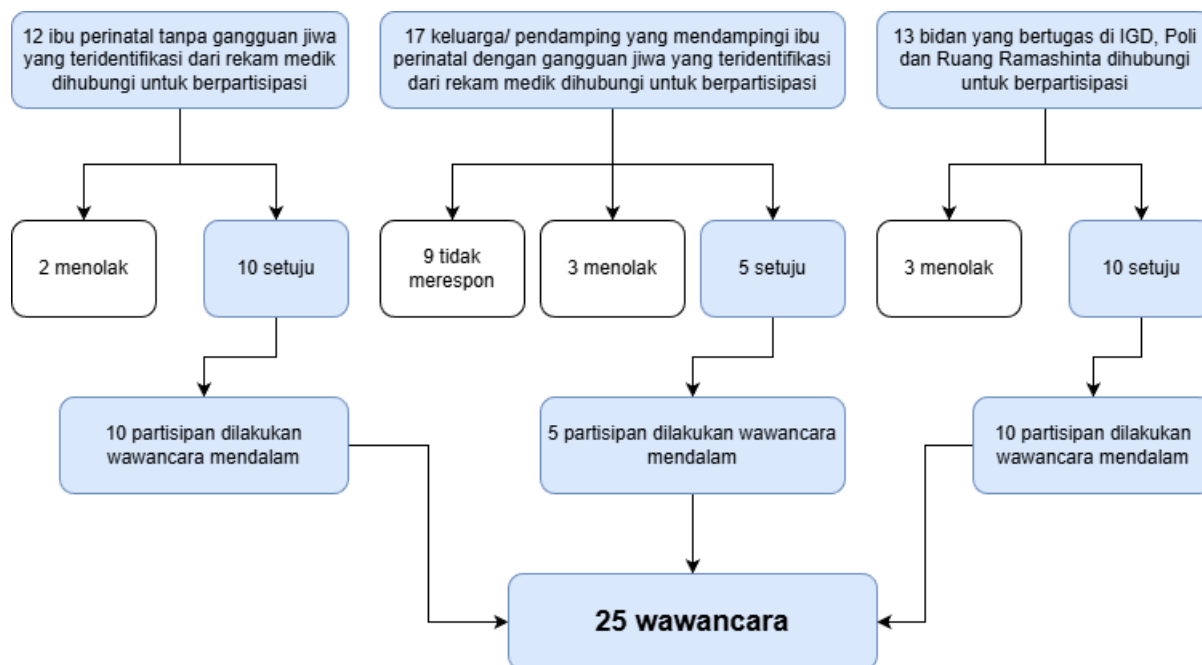
Lokasi penelitian dan penentuan sampel

Penelitian ini dilaksanakan di RSJD dr. Amino Gondohutomo yang memiliki pelayanan kebidanan perinatal umum bagi ibu tanpa gangguan jiwa maupun khusus bagi ibu dengan gangguan jiwa. Lokasi ini dipilih karena rumah sakit ini memiliki fasilitas dan tenaga kesehatan yang menangani kasus ibu hamil, bersalin, dan nifas dengan gangguan mental. Hal ini menjadi salah satu alasan untuk mengeksplorasi pengalaman baik dari sisi pasien, keluarga pasien maupun bidan secara mendalam.

Sampel penelitian ditentukan menggunakan *purposive sampling*. Partisipan pasien/ ibu perinatal tanpa gangguan jiwa dipilih berdasarkan data rekam medis dari IGD, Poli dan ruang perawatan (Ruang Ramashinta) yang sesuai dengan kriteria inklusi antara lain ibu pasca bersalin tanpa gangguan jiwa yang bersalin dalam satu tahun terakhir. Partisipan pendamping yang mendampingi pasien perinatal dengan gangguan jiwa dipilih berdasarkan data rekam medis dari IGD, Poli, dan ruang perawatan (Ruang Ramashinta) yang sesuai kriteria inklusi antara lain ibu pasca bersalin dengan gangguan jiwa yang dirawat dalam satu tahun terakhir disertai diagnosa skizofrenia. Partisipan bidan dipilih berdasarkan pengalaman kerja di ruang IGD, poli atau ruang bersalin minimal satu tahun, serta terlibat langsung dalam pelayanan kebidanan perinatal di RSJD dr. Amino Gondohutomo.

Pengumpulan data

Penelitian dilakukan secara luring di ruang IGD, Poli, dan Ruang Ramashinta RSJD dr. Amino Gondohutomo serta secara daring melalui *video call WhatsApp* maupun *zoom*. Wawancara mendalam dilakukan selama bulan Oktober - November 2025. Sebanyak 25 partisipan terlibat dalam penelitian ini yang terdiri dari 10 ibu perinatal tanpa gangguan jiwa, 5 keluarga/ pendamping yang mendampingi ibu perinatal dengan gangguan jiwa dan 10 bidan yang bekerja di RSJD Dr. Amino Gondohutomo dengan lama bekerja mulai 3 hingga 10 tahun. Gambar 1 menunjukkan jumlah partisipan yang telah dihubungi dan yang berhasil diwawancara. Setiap partisipan diberikan pertanyaan terbuka dari panduan wawancara yang disusun oleh tim peneliti. Terdapat lima tema besar dari pertanyaan wawancara antara lain: 1) pengalaman dalam pelayanan kebidanan perinatal; 2) tantangan dalam memberikan dan mengakses layanan; 3) dukungan dan peran pendamping dalam perawatan ibu; 4) strategi dan upaya bidan dalam memberikan asuhan; 5) kebutuhan dan harapan terhadap pelayanan.



Gambar 1. Jumlah partisipan dan wawancara

Analisa data

Analisis data dilakukan dengan panduan metode *Colaizzi*, yang meliputi tujuh tahap pendekatan tematik. Penggunaan metode ini memungkinkan peneliti memahami pengalaman individu secara mendalam (Wirihana et al., 2018). Semua informasi hasil wawancara yang direkam, kemudian ditranskripsi melalui ketikan kata demi kata. Selanjutnya peneliti membaca beberapa kali jawaban

partisipan dengan cermat keseluruhan data untuk membangun *general sense* atau persepsi universal dan primer dari partisipan, kemudian peneliti menggarisbawahi pernyataan penting atau menulis catatan khusus untuk mengidentifikasi kode awal terkait gagasan tersebut. Langkah selanjutnya reduksi data, yakni membuat rangkuman dengan memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, serta dicari tema dan polanya. Langkah terakhir yaitu penarikan kesimpulan merupakan tahap di mana hasil analisis digunakan untuk merumuskan temuan yang dapat dijadikan dasar pengambilan keputusan atau tindakan.

Persetujuan Etik

Sebelum wawancara dilakukan, partisipan diberi informasi terkait studi dan penjelasan persetujuan (*informed consent*) sebagai partisipan. Penelitian ini mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah dengan keterangan lolos uji etik nomor 000.9/12919 dengan judul penelitian “Studi Kualitatif: Pelayanan Kebidanan Perinatal di RSJD Dr Amino Gondohutomo.

HASIL

Pelayanan kebidanan di RSJD dr Amino Gondohutomo dilaksanakan di berbagai macam ruangan, antara lain IGD, ruang bersalin, ruang nifas, dan ruang isolasi. Tabel 1 menunjukkan data pasien kebidanan dan pasien kebidanan dengan gangguan jiwa dari tahun 2020 sampai dengan 2025.

Tabel 1.
Data Pelayanan Kebidanan di RSJD dr. Amino Gondohutomo tahun 2023-2025

Keterangan	Rawat Inap	Rawat Jalan
Jumlah keseluruhan pasien kebidanan	1223	1903
Jumlah pasien kebidanan dengan gangguan jiwa	28	26

Sumber: Rekam Medis (RSJD dr. Amino Gondohutomo, 2020-2025)

Berdasarkan data dari pelayanan kebidanan di RSJD dr Amino Gondohutomo sejak 2023 sampai dengan 2025, sebanyak 945 pasien dirawat inap di bangsal kebidanan dan sebanyak 1,903 pasien periksa di poli rawat jalan kebidanan. Diantara pasien tersebut, 28 pasien rawat inap (2.3%) dan 26 pasien rawat jalan (1.4%) dengan gangguan jiwa yaitu diagnosa skizofrenia.

Data ini menunjukkan bahwa walaupun proporsi pasien kebidanan dengan gangguan mental, khususnya skizofrenia, relatif kecil jika dibandingkan dengan total populasi pasien kebidanan secara umum, kelompok ini tetap membutuhkan perhatian khusus. Kondisi ini menunjukkan pentingnya integrasi pelayanan kebidanan dan pelayanan kesehatan mental di rumah sakit jiwa dalam memenuhi kebutuhan pelayanan fisik dan psikologis secara komprehensif untuk wanita hamil, bersalin dan nifas dengan maupun tanpa gangguan mental.

Pengambilan data kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam pada pendamping pasien perinatal dengan gangguan mental (5 orang), pasien perinatal tanpa gangguan mental (10 orang), dan bidan (10 orang). Karakteristik partisipan tersebut dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 2.
Karakteristik Pendamping Pasien Perinatal dengan Gangguan Mental

Nama (inisial)	Hubungan dengan pasien	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir
K1	Keponakan	Perempuan	S1
K2	Pasangan	Laki-laki	S1
K3	Ibu sambung	Perempuan	S1
K4	Petugas panti dinsos	Perempuan	S1
K5	Pasangan	Laki-laki	SMK

Tabel 3.
Karakteristik Pasien Perinatal Tanpa Gangguan Mental

Nama (inisial)	Usia	Pendidikan Terakhir
P1	25 tahun	SMA
P2	26 tahun	SMA
P3	33 tahun	SMA
P4	29 tahun	SMA
P5	31 tahun	S1
P6	26 tahun	SMA
P7	35 tahun	SMA
P8	24 tahun	S1
P9	20 tahun	SMP
P10	32 tahun	SMA

Tabel 4.
Karakteristik Bidan

Nama (inisial)	Lama bekerja	Pendidikan Terakhir
B1	5 tahun	Profesi (S1)
B2	3 tahun	D3
B3	8 tahun	D3
B4	7 tahun	S1
B5	7 tahun	D3
B6	5 tahun	Profesi (D4)
B7	5 tahun	S1
B8	10 tahun	D3
B9	5 tahun	Profesi (S1)
B10	7 tahun	D3

Terdapat lima tema besar terkait substansi dalam menganalisis situasi dan menggali pelayanan kebidanan perinatal yang ada di RSJD dr. Amino Gondohutomo.

a. Pengalaman dalam pelayanan kebidanan perinatal

Bidan menggambarkan pengalaman unik dan penuh tantangan saat menangani ibu dengan gangguan mental, mulai dari pemeriksaan antenatal hingga pasca persalinan. Pengalaman bidan dalam menghadapi pasien perinatal dan pasien gangguan jiwa ada perbedaan dalam menggali informasi terkait data subjektif dan pemberian edukasinya. Bidan mengatakan jika menangani pasien kebidanan dengan gangguan jiwa merupakan pengalaman yang luar biasa karena tidak pernah dijumpai di RS sebelumnya tempatnya bekerja. Tak jarang beberapa bidan juga merasa takut terutama jika pasien dalam kondisi tidak stabil.

"Aku di RS W nggak pernah nemuin kayak gini mbak, baru disini jadi ini pengalaman yang luar biasa buatku." (B2)

"Pasien jiwa perlu ditangani lebih serius sejak hamil, saya baru tau ada obat tertentu yang berpengaruh saat persalinan atau saat pemberian ASI." (B6)

"Pengalaman saya ya takut, karena pasiennya ngamuk-ngamuk gitu, jadi takut." (B9)

Terdapat bidan yang merasa memiliki pengalaman beragam dari pasien yang datang dalam kondisi stabil dan tenang maupun dalam kondisi gelisah.

".... pernah dulu pasien sudah persalinan, bayi sudah lahir, waktunya heating (menjahit perineum), tiba-tiba diambil alat kita, guntingnya, disodorkan gitu, lalu kita panggil satpam dan telp DPJP. Biasanya DPJP memberikan suntikan sejenis penenang..." (B4)

"Tidak semua bidan telaten merawat pasien dengan skizofrenia, kadang kan ada yang takut karena belum ada pengalaman." (B3)

Untuk pasien obstetri tanpa gangguan jiwa mengatakan melakukan kunjungan di RSJD dr. Amino Gondohutomo sejak kontrol hamil melalui proses rujukan dari puskesmas untuk USG dan melalui rekomendasi saat ada USG keliling di puskesmas (program Spelling-Spesialis

Keliling). Pasien juga menceritakan pelayanan yang diberikan di poli kandungan di RSJD sudah cukup baik.

"Saya ke RSJ Amino dirujuk sama puskesmas untuk USG sama dokter kandungan, biar dicek lengkap, sama karena ada tensi yang agak tinggi. Saat di poli pakai rujukan pelayanannya baik, ramah bidan dan dokternya" (P7)

"Waktu itu disuruh lahiran di RSJ Amino soalnya sungsgang pas ada kunjungan dokter USG di puskesmas. Sempat ke poli dulu, pelayanannya cepat dan ramah-ramah orangnya" (P9)

Hampir semua pasien menceritakan melakukan kunjungan ke RSJD dr Amino Gondohutomo dengan datang sendiri melalui IGD saat mau bersalin. Ada 2 pasien yang masuk melalui IGD karena dirujuk dari puskesmas dan praktek mandiri bidan. Ada 1 pasien yang mengatakan waktu tunggu di IGD agak lama, selebihnya pelayanannya sudah cepat, cukup baik, dan ramah. Di ruangan rawat inap pelayanan yang diberikan sudah cukup baik dan ramah.

"Saya masuk dari IGD karena ketubannya sudah pecah duluan, di IGD nunggu agak lama mungkin karena malam saya datangnya. Untuk petugasnya sudah cukup baik pelayanannya, nggak ada yang buruk" (P1)

"Masuk IGD sore, pembukaan sudah 6, disuruh bidannya ranap. Jam 7 malam anakku udah lahir mbak, cepet prosesnya, pelayanannya juga cepet dari IGD sampai ke ruangan bersalin" (P5)

"Waktu itu masuk IGD dirujuk sama bidan karena sudah bukaan 10 tapi bayinya nggak lahir-lahir, di RSJ disesar. Pelayanannya dari IGD, ruangan operasi, sama rawat inap semuanya sudah baik. Prosesnya cepat Mbak" (P4)

"Dirujuk Mbak waktu itu karena pembukaannya di puskesmas nggak nambah-nambah. Tapi alhamdulillah bisa lahir normal di RSJ Amino. Di ruangan rawat inap sudah baik pelayanannya, bidannya ramah, dokternya juga datang" (P8)

Pendamping pasien menceritakan perjalanan emosional mereka, mulai dari kekhawatiran terhadap kondisi mental ibu hingga kemudahan yang dirasakan saat mengakses pelayanan perinatal di rumah sakit. Banyak kemudahan yang dirasakan partisipan dalam mengakses pelayanan kebidanan perinatal di RSJD dr. Amino Gondohutomo seperti antrian di IGD tidak terlalu lama, pelayanan cepat, penjelasan yang diberikan tenaga kesehatan sudah cukup jelas serta RSJD sudah bekerjasama dengan BPJS.

"antrian ga terlalu banyak, pelayanan juga cepet, dan penjelasannya juga sangat sangat bagus...dari dokternya." (K1)

"Mudah mengakses pelayanan di Amino walaupun jarak rumah dengan RS jauh, bisa pakai BPJS." (K2)

Keluarga merasa mendapatkan pengalaman yang baik selama mendapatkan pelayanan di RSJD, namun ada kejadian pada saat pasien dalam kondisi tidak stabil, marah-marah dan berteriak, bidan terlihat kebingungan dan memerlukan waktu untuk bisa memahami apa yang diminta oleh pasien.

"Setelah pasien melahirkan, ibu sempat tidak stabil, marah-marah dan berteriak, bidan disana terlihat kebingungan, tidak bermaksud membandingkan tetapi jika dirawat di RIPD mereka tahu harus bagaimana, akhirnya setelah beberapa saat bidan bisa tahu pasien minta apa, ternyata istri saya minta es." (K2)

Terlepas dari itu, semua keluarga pasien merasa puas dan mendapatkan pelayanan yang baik dari bidan selama dirawat di RSJD.

"Bidan sudah baik semua, Mbak. Teman saya yang menjaga tidak bilang apa-apa. Saya masih ingat waktu itu bayinya Bu Ari juga sempat diberi pampers untuk sementara waktu, dan itu dijelaskan dengan baik, diinfokan apa saja yang Bu Ari butuhkan." (K4)

"...tidak ada complain yang dilaporkan kepada saya. Bidannya sudah memberikan informasi yang lengkap." (K3)

b. Tantangan dalam memberikan dan mengakses pelayanan

Hampir sebagian dari responden pasien obstetri tanpa gangguan mental menceritakan pengalamannya mengakses pelayanan di RSJD dr Amino Gondohutomo sudah cukup baik, namun merasa takut karena saat di IGD bertemu langsung dengan pasien lain yang mengalami gangguan jiwa yang kondisinya masih tidak stabil (masih teriak-teriak dan keluyuran). Tapi petugas kesehatan di IGD memberikan edukasi dan menangani situasi di IGD dengan baik sehingga tidak membahayakan pasien.

"Saat di IGD pas kebarengan pasien jiwa yang datang banyak banget mbak, takut karena pasien jiwanya ngintip-ngintip dari balik tirai. Tapi sama perawat atau bidannya itu langsung ditegur dan suruh menjauh orang gangguan jiwanya" (P2)

"Lumayan takut waktu di IGD ada pasien gangguan jiwa yang teriak-teriak, ngomong kotor. Sama bidannya sudah dijelaskan karena IGD nya masih jadi satu, terus saya tinggal nungguin di depan saja karena berisik" (P6)

"Ada pasien gangguan jiwa yang teriak-teriak Mbak, untung waktu itu cuma sebentar di IGD, sama perawatnya ditenangin jadinya merasa aman" (P8)

"Waktu datang pagi ke IGD bareng sama pasien gangguan jiwa yang agak nggak stabil gitu mbak, agak takut sih tapi untungnya ada perawat sama satpamnya buat mengamankan pasiennya" (P9)

Responden pasien obstetri tanpa gangguan mental lainnya mengatakan sudah memahami kondisi IGD RSJD dr. Amino Gondohutomo yang seperti ini karena pernah berkunjung sebelumnya karena melahirkan anak sebelumnya dan membawa periksa kerabat.

"Sudah pernah berkunjung ke IGD sini sebelumnya pas lahiran anak pertama, jadi nggak kaget Mbak sama kondisinya, namanya juga RSJ ya" (P1)

"Pernah mondokin anak disini ya masuknya lewat IGD bareng sama pasien ODGJ, sudah paham ramennya kayak gimana ya mbak (tertawa)" (P10)

Ada 2 responden pasien obstetri tanpa gangguan mental menceritakan bahwa kendala yang dirasakan adalah karena proses administrasi BPJS yang denda dan masih belum aktif. Namun, kendala tersebut tidak mempengaruhi pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan kepada pasien.

"Kendalanya pas mau masuk rawat inap ternyata BPJS saya ada denda jadi suami disuruh melunasi dulu. Tapi pelayanannya tetap baik, alurnya sudah jelas banget" (P2)

"BPJS kalau nggak salah belum aktif kemarin itu, jadi suruh ngurus minta surat apa gitu mbak lupa aku. Pelayanannya tetap diberikan Mbak walaupun BPJS masih ada masalah" (P3)

Tiga dari lima partisipan dari pendamping pasien menyatakan tidak ada kendala atau tantangan yang dirasakan saat mendapatkan pelayanan perinatal. Partisipan tidak merasa adanya kendala terkait stigma, sikap tenaga kesehatan, maupun administrasi. Selain itu, satu orang menyatakan akses yang cukup jauh dari poli ke ruang rawat inap serta adanya miskomunikasi antara petugas kesehatan dan pendamping.

"Kendalanya paling aksesnya jauh sekali dari depan ke ruang rawat inap." (K1)

"Saya kaget, biasanya kalau rawat inap jiwa, tidak ditunggu keluarga, sehingga saya tinggal pulang ke Pekalongan, besoknya ditelpon perawatnya disuruh ke RS karena mau dijelaskan tentang kondisi istri saya, sampai di RSJD Dr. Amino ternyata istri saya mau di SC, saya tidak ada persiapan apa-apa, tidak bisa pulang karena saat itu di SC dan harus menunggu istri saya." (K5)

Di sisi lain, tantangan yang dirasakan oleh semua bidan adalah belum adanya alur atau SOP khusus untuk pasien perinatal dengan gangguan jiwa. Selama ini pelayanan dilakukan berdasarkan arahan dari dokter spesialis kejiwaan dan dokter spesialis obgyn.

"Kalau SOP untuk pasien kebidanan biasa pasti sudah ada, tapi kalau khusus untuk pasien kebidanan dengan jiwa setahu saya belum ada." (B2)

"Sudah ada SOP pasien kebidanan yang umum dan implementasinya sudah sesuai. Kalau untuk pasien gangguan jiwa yang masuk ke obgyn memang belum ada." (B6)

Pemberian asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan gangguan jiwa secara umum sama dengan pasien lainnya, namun memerlukan penyesuaian tertentu dalam tatalaksana serta perhatian khusus sesuai dengan kondisi mental dan emosional pasien.

"Kalau dari pelayanan kita tidak pernah membedakan, yang beda mungkin dari sisi edukasi ya. Kalau pasien hamil yang non jiwa edukasinya ya ke keluarga dan pasiennya. Tapi kalau pasien hamil dengan gangguan jiwa edukasi difokuskan ke keluarga pasiennya, karena pasiennya sering tidak stabil jadi tidak bisa menerima informasi dari kita." (B2)

"Kalau yang dengan gangguan jiwa itu kita harus extra lebih hati-hati, karena di ruangan ini kan dua diagnosa ya yang satu sehat yang satu dengan gangguan jiwa." (B3)

Tantangan terbesar utamanya adalah terkait komunikasi kepada pasien dan keluarga terutama apabila saat pasien mengamuk, gelisah, dan tidak kooperatif. Bidan merasa tidak memiliki ilmu terkait penanganan pada pasien hamil dengan gangguan jiwa terutama ketika dalam fase gelisah dan perlu dilakukan penialian (*restrain*) dan meminta bantuan petugas keamanan, perawat jiwa atau bidan senior.

"Skill restrain (penialian) bidan juga ga ada ilmunya, awalnya juga ga bisa tapi karena ada pengalaman di jiwa, bertanya ke perawat jiwa, atau pas satpam menali dilihat ternyata seperti ini." (B3)

"Pas ngamuk, karena nggak tahu harus ngapain kita cuma bisa fiksasi pasiennya, kalau masih berontak kita panggil satpam terus minta tolong dokter untuk dikonsulkan ke DPJP dan diresepkan obat penenang." (B2)

"Misal pasien lagi bingung/ngamuk, itu tantangan terbesar. Karena kita harus memberanikan diri, harus tega, dan solusinya kita panggil satpam dan keluarga untuk membantu." (B4)

Di ruang bersalin pasien perinatal dengan gangguan jiwa ditempatkan dalam ruang isolasi agar pasien normal juga tidak merasa terganggu dan merasa aman.

"Kalau pelayanan semua sama, cuma penempatan nya yang beda, kalau ODGJ dan dia bingung (kondisi tidak stabil) ditempatkan di ruang isolasi, agar pasien yang normal tidak terganggu juga karena mereka juga kadang takut." (B4)

Pasien hamil dengan gangguan jiwa terkadang mengalami perubahan mood dan seringkali tidak bisa diprediksi. Hal ini berpengaruh pada pemeriksaan data subjektif dan objektif yang tidak sesuai sehingga bidan harus berhati-hati dalam mengambil tindakan selanjutnya.

"....ketika pasien sudah stabil tiba-tiba jadi agresif/depresi timbul lagi, pasien-pasien jiwa tidak bisa diprediksi dan kadang dari subyektif nya berbeda, misal mengatakan perutnya kenceng, janin tidak bergerak, tapi pas dicek tidak ada kontraksi dan DJJ ada. Kalau yang tidak biasa tau perilaku pasien jiwa kadang bisa terkecoh dari subyektifnya." (B5)

"PR nya adalah saat keluarga tidak tahu kapan pasien haid terakhir, juga ada beberapa kasus yang dihamili oleh orang lain diluar ikatan pernikahan, yang bukan suaminya, itu tantangannya sulit menggali kapan HPHT nya, kalau pasien gelisah juga sulit mengukur TFU nya untuk mengetahui usia kehamilannya." (B9)

".....anamnesanya beda, lebih susah pada pasien gangguan jiwa, apalagi kalau ibu hamil tidak bawa buku KIA." (B10)

Ketika pasien tidak didampingi keluarga atau hanya didampingi petugas dinas sosial, bidan mengalami kesulitan dalam mengkaji riwayat obstetri dan mendiskusikan kebutuhan pasien, terutama apabila kehamilan tersebut tidak diinginkan oleh pasien.

"...kadang ada pasien ODGJ tanpa didampingi keluarga, pasien dinsos/tunawisma jadi tidak bisa mengkaji riwayat penyakit/persalinan/kehamilannya, kondisi pasien tidak mungkin di anamnesa. Misal tau pasien sudah pernah abortus berapa kali itu tidak bisa diketahui." (B5)

"Jika ada pasien jiwa yang kehamilannya tidak diinginkan, itu kita susah ya menghubungi keluarganya, tindak lanjut untuk bayinya nanti bagaimana, atau bahkan malah tidak tahu ini bapak bayinya siapa gitu ya agak susah kaya gitu solusinya." (B8)

c. Dukungan dan peran pendamping dalam perawatan ibu

Sebagian besar responden pasien obstetri tanpa gangguan mental ditemani oleh suaminya saat bersalin dan nifas, meskipun saat hamil ada yang periksa sendiri maupun didampingi kerabat lain karena suaminya bekerja.

"Kalau kontrol kadang sendiri, kadang ditemenin ibuk atau adik. Lahiran ini suami bisa nemenin dari proses dirujuk sampe sekarang" (P4)

"Dari kontrol hamil sampai lahiran suami sih yang nemenin, karena USG nya cari yang malam. Keluarga semuanya suportif sih Mbak, nggak ada yang aneh-aneh" (P5)

Sebanyak 2 responden lainnya saat kontrol hamil, lahiran, dan nifas ditemani ibu mertua, suami, dan ibu kandung (bergantian). Ada beberapa hal negatif yang dialami oleh responden semuanya berkaitan dengan mitos oleh orang tua.

"Kontrol hamil sampai yang nunggu lahiran gini gantian mbak, kalau suami kerja ya kadang ibu mertua karena ibuku jauh. Tapi aku stress mbak kalau ditemani ibu mertua karena suka percaya mitos gitu itu. Katanya ASI ku seret, bayiku nangis terus dipaksa sufor aja. Terus katanya nggak boleh makan yang amis-amis biar jahitanku nggak benyek, padahal nggak kayak gitu ya mbak. Suamiku kalau aku ceritain akunya disuruh sabar terus, ya susah lah. Aku harus gimana mbak? (sambil agak menangis)" (P3)

"Pas lahiran gini yang nunggu suami mbak alhamdulillah karena suami bisa cuti. Kemarin pas kontrol hamil ditemenin ibuku, ya ada mitos-mitos lah kalau orang tua itu. Pas hamil katanya gak boleh minum es katanya biar bayinya nggak besar, nggak boleh keluar malam-malam takut bayinya sawan. Tapi alhamdulillah suami dukung sih, ikutan browsing di internet buat kroscek informasi gitu" (P7)

Satu responden menceritakan saat kontrol hamil sampai lahiran dan nifas ditemani orang tua kandung karena suami sedang bertugas di luar pulau.

"Suami saya dinas jauh Mbak, ini yang nemani ibu saya kandung. Alhamdulillah didukung terus sama ibuku dari hamil sampai sekarang, suami cuma bisa lihat anaknya lewat video call aja ini karena pulangnya masih beberapa bulan lagi" (P6)

Dukungan yang diberikan keluarga dengan mendampingi pasien obstetri dengan gangguan jiwa selama menjalani perawatan termasuk kontrol kejiwaan dan kehamilannya. Keluarga menjadi pihak utama dalam memastikan ibu patuh minum obat, datang kontrol, dan menjaga stabilitas emosional. Namun, beberapa keluarga mengaku kelelahan secara psikologis karena kurangnya dukungan sosial. Selain itu keluarga juga memberikan dukungan finansial untuk pasien karena pasien tidak bisa bekerja.

"Kalau sekarang sih finansial ya, karena anak kan terus tumbuh, ga memungkirinya pasti butuh susu juga pampers juga. Apalagi kalau sedang sakit, ibunya belum bisa maksimal. Sebatas minumin obat, kalau anak rewel, dia (pasien) langsung diem - bukan bingung mau ngapain, tapi karena kalau udah disentuh sama mbah e udah, sama aku ya udah gitu." (K1)

"Biasa nya dari segi finansial, membantu dalam kebutuhan sehari-hari melalui keluarga, istri sangat tergantung dengan saya, kalau saya ga ada istri sering marah." (K2)

"Dukungan moral dan finansial, saya mengantar istri saya periksa." (K5)

Selain itu, pendamping pasien juga merasakan stigma di lingkungan sekitar terkait seseorang yang mengalami gangguan jiwa.

"Pernah waktu itu, si A (pasien) sedang kumat kan teriak-teriak, ada tetangga yang berkomentar 'iku ibuk'e sing edan opo anak'e sing edan'... laaaa (tertawa)." (K3)

d. Strategi dan upaya bidan dalam memberikan asuhan

Koordinasi dan kolaborasi antara dokter, bidan, perawat jiwa sudah berjalan dengan baik. Semua informasi dan komunikasi tersampaikan melalui SOAP di rekam medis elektronik, bisa dilakukan rujukan internal dari psikiatri ke obgyn.

"Kemarin ada pasien hamil dengan skizofrenia, dari psikiatrinnya terapi yang diberikan dirubah menyesuaikan kehamilannya, sesuai dengan saran dari obgyn." (B8)

"Kita koordinasinya ya melalui kolaborasi, baik dokter residen atau dokter umum yang melakukan pemeriksaan setelah itu dikonsulkan ke dokter jiwa dan obgyn, setelah itu asuhan dan tindakannya kami (bidan) kolaborasi dengan perawat." (B2)

Strategi yang dilakukan untuk mengatasi kesulitan dalam pemeriksaan subjektif pasien, bidan akan melakukan pemeriksaan objektif sebagai landasan pengambilan tindakan selanjutnya. Selain itu apabila pasien dalam kondisi tidak stabil melakukan komunikasi dan pendekatan pada pasien dan pendamping, mengikut advice dokter, meminta bantuan petugas keamanan atau bidan senior.

"Solusinya kalau perbedaan subjektif dan objektif tetap dilakukan pemeriksaan, di cek kontraksi, DJJ masih dalam batas normal, kita memotivasi pasien untuk tenang, relaksasi dan melibatkan penanggung jawab pasien seperti dari keluarga atau dinsos." (B5)

"Strategi yang dilakukan adalah pendekatan personal dengan pasien, dirayu dan ditenangkan. Jika pasien dengan keluarga bidan juga melakukan pendekatan dengan keluarga untuk mengetahui kebiasaan pasien." (B1)

"Saat pasien marah-marah, kadang kita takut ya... (tertawa). Kalau ngamuk susah diajak komunikasi, kalau ngamuk sampai kita tidak bisa melakukan pemeriksaan kita minta tolong teman lain atau satpam untuk fiksasi." (B10)

Bidan melakukan diskusi internal dan bertanya kepada sejawat lain terkait perlakuan yang sebaiknya dilakukan saat menghadapi pasien yang sedang tidak stabil.

"Kemampuan dari bidannya yang untuk menangani pasien skizofrenia, dia lagi marah, kita harus bagaimana." (B4)

"Awalnya ngasih perlakuan seperti pasien umum, tapi kok ga ngefek sama sekali, yawes kita mundur sek. Kita juga harus menenangkan diri daripada ikut emosi, dan cari solusi, pasien seperti ini diapain ya, diskusi sendiri internal, dan bertanya ke perawat jiwa." (B6)

e. Kebutuhan dan harapan terhadap pelayanan

Pasien hamil tanpa gangguan mental semuanya menceritakan saat di RSJD dr Amino Gondohutomo mendapatkan pelayanan kesehatan dari bidan, perawat, dokter umum, dan dokter spesialis kandungan. Edukasi yang diberikan juga bermacam-macam.

"Di IGD diperiksa sama bidannya. Waktu disini (ruangan rawat inap) saya dikunjungi sama dokter yang mengoperasi saya. Pelayanannya dijelaskan detail banget" (P4)

"...Di ruangan operasi juga dijelaskan sama petugasnya, ditenangkan lah, dijelaskan prosedurnya, soalnya kan sendirian di dalam" (P9)

"....edukasi yang saya dapat ya tentang caranya mengurus bayi itu gimana, biar di rumah bisa mandiin anak sendiri, yang ngasih edukasi ya bidannya" (P6)

"Kalau edukasi saya rasa sudah lengkap dan jelas, jadwal kontrol harus kemana dan kapan sudah dikasih tahu, dokter dan bidannya komunikatif semua" (P10)

Menurut 1 responden, edukasi yang diberikan terkait upaya tidak lanjut yang harus dilakukan di rumah dirasa masih belum lengkap.

"Saya dijahit habis lahiran ya Mbak, tapi sama bidannya nggak ngasih tahu lengkap jahitannya harus diapakan, jadinya kita bingung mau gimana di rumah nanti. Harapannya ada penjelasan yang detail ya Mbak tentang apa yang harus dilakukan, soalnya takut kenapa-kenapa sama jahitannya pas udah di rumah nanti" (P2)

Ada 1 responden ibu hamil tanpa gangguan mental mengatakan bahwa jam kunjung (besuk) kurang lama, sehingga kerabatnya kurang leluasa untuk menengok.

"...Kalau bisa jam kunjungnya diperlama mbak, jangan cuma 2 jam saja. Apalagi yang nunggu cuma boleh 1 orang ya Mbak, bisa gantian tapi kan kurang leluasa kalau mau ada yang pingin nengok" (P5)

Komunikasi efektif penting untuk dilakukan dalam memberikan edukasi kepada keluarga, agar mereka dapat memahami kondisi pasien, mendukung proses perawatan, serta berperan aktif

dalam pemenuhan kebutuhan ibu selama masa perinatal. Keluarga pasien berharap adanya edukasi yang jelas tentang perawatan ibu hamil dan nifas dengan gangguan jiwa di rumah agar keluarga dapat memahami kondisi keluarganya dan dapat melakukan penanganan secara tepat sehingga ibu dan bayi dapat dirawat dengan baik di rumah. Terdapat beberapa pendamping pasien yang merasa edukasi yang diberikan tenaga kesehatan masih terbatas pada pemberian obat rutin dan kontrol ke dokter spesialis kejiwaan.

"Selama perawatan di RS juga diperbanyak edukasi nya, sehingga keluarga paham dan tau bagaimana cara merawat ibu hamil dan nifas dengan gangguan jiwa, seperti bagaimana cara menanganinya, hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan." (K2)

"Harapan saya supaya tidak ada miskomunikasi seperti itu lagi, mungkin bisa diberi tahu dulu kemungkinan-kemungkinan yang akan terjadi pada pasien, njagani kalau rumahnya jauh kaya saya ini." (K5)

"Edukasinya cuma minum obat rutin aja dan kontrol." (K3)

"Saya masih kebingungan saat diberikan edukasi perawatan waktu pulang. Saat ditanya edukasi apa yang belum paham, saya menjawab perawatan bayi, lalu apa ya... saya lupa." (K5)

Namun, ada juga pendamping pasien yang merasa bidan dan tenaga kesehatan lainnya sudah memberikan informasi yang cukup baik.

"Bidan dan dokternya sudah baik, menjelaskan kalau tidak boleh menyusui, jadi payudaranya dibalut pakai selendang, dan diberi obat untuk menghentikan produksi ASI nya." (K4)

Selain itu keluarga juga berharap perlu ada penambahan Sumber Daya Manusia (SDM) untuk dokter spesialis fetomaternal agar pasien tidak perlu harus pergi ke RS lain lagi untuk pemeriksaan lanjutan.

".. ya itu perlu ditambah dokter spesialisnya biar ga perlu pergi ke RS lain, kan bolak balik." (K3)

Sedangkan dari bidan memiliki harapan agar adanya upaya promosi agar lebih banyak pasien yang melakukan perawatan di RSJD dr. Amino Gondohutomo.

"Sudah bagus sih, fasilitas untuk kebidanannya juga sudah lengkap, mungkin bisa promosi ya biar jangkauan kita lebih banyak lagi." (B8)

Selain itu perlu adanya alur atau SOP yang jelas terkait pemberian pelayanan kebidanan perinatal pada ibu dengan skizofrenia. Salah satu bidan mengungkapkan bahwa belum adanya alur pelayanan yang jelas dapat menyebabkan keterlambatan penanganan. Misalnya, pernah terjadi kasus di mana pasien hamil dengan skizofrenia datang ke IGD dalam kondisi tidak stabil. Perawat jiwa menyarankan agar pasien dirawat di ruang kebidanan, namun karena belum ada tanda persalinan, pasien harus menunggu arahan dari dokter penanggung jawab. Akibatnya, pasien terlalu lama berada di IGD. Situasi seperti ini menggambarkan perlunya SOP yang jelas agar koordinasi lintas unit dapat berjalan lebih efektif.

"Saya butuhnya SOP sama alur yang jelas, karena selama ini kalau ada apa-apa akhirnya saling menyalahkan karena tidak ada alur dan SOP yang jelas. Biar nggak ada masalah kedepannya lah mbak jadi harusnya ada kejelasan sama SOP ini." (B2)

"dari manajemen RS, ada SOP yang jelas, standar pelayanan kita nanti untuk melayani pasien ODGJ dengan obgyn itu harus ada standar yang sesuai, jadi kita bisa berjalan sesuai dengan alur yang sudah ditentukan. Kedua, ada ruangan terpisah untuk pasien gangguan jiwa dengan pasien umum lainnya, dan teman-teman sejawat bidan bisa difasilitasi atau diberikan pelatihan khusus untuk penanganan pasien obgyn dengan gangguan jiwa karena tidak semua bidan di RSJ terbiasa menangani pasien jiwa" (B5)

Semua bidan menyatakan perlu adanya pelatihan atau bimbingan teknis tentang penanganan pasien perinatal dengan gangguan jiwa. Beberapa bidan pernah mengikuti bimbingan teknis atau pelatihan asuhan keperawatan jiwa namun materi dan jenis pelaksanaan bervariasi.

"Pelatihan khusus terkait kebidanan pada ibu dengan gangguan jiwa belum pernah. Namun, jika pelatihan tentang penanganan jiwa sudah pernah mendapatkan." (B1)

"Belum ada mbak, mungkin ya bimtek saja waktu awal masuk dulu. Cuma dapat teori aja sih, untuk ilmu yang lain belajarnya otodidak kayak cara fiksasi yang baik seperti apa, dan lain-lain." (B2)

"Selama ini, pelatihan nya dipisah kayak penanganan kegawatan maternal itu sudah, in house training tentang penanganan jiwa itu sudah ada. Namun yang khusus untuk kebidanan dengan gangguan jiwa itu kok belum ada ya." (B8)

Peningkatan keilmuan dan keterampilan dari bidan juga dirasakan penting agar dapat memberikan pelayanan terstandar dan berkualitas khususnya pada pasien perinatal dengan skizofrenia.

"Mungkin dari peningkatan kemampuan dari SDM nya terus nanti lebih dapat perhatian, update untuk kita sebagai bidan, supaya pasiennya terus bertambah." (B4)

"...karena ini RS khusus jiwa, mungkin bidan-bidan disini bisa dibekali dengan pelatihan/bimtek penanganan khusus pada pasien kebidanan dengan gangguan jiwa yang khusus gitu jadi kita mempunyai satu lisensi, jadi bisa memberikan layanan yang standar." (B5)

"Dari fasilitas sudah cukup sih, kalau pelatihan sih penting juga, bidan juga pengen tau karena kami juga pegang pasien gangguan jiwa." (B3)

"Perlu ada peningkatan kapasitas SDM dengan pelatihan khusus tentang tatalaksana kebidanan pada pasien dengan gangguan jiwa." (B7)

Terdapat beberapa bidan yang mengharapkan teman sejawat bisa lebih menahan emosi saat menghadapi pasien dengan gangguan jiwa agar tidak melakukan perilaku atau perkataan yang kurang menyenangkan pada pasien. Perasaan bidan tidak nyaman dan ingin marah terhadap rekan yang melakukan perkataan yang tidak menyenangkan, tetapi tidak berani atau takut menegur langsung.

"Pernah menjumpai, tidak sekali atau dua kali, dan yang mengeluh tidak hanya dari bidan X ini saja, tetapi ada nakes lain yang juga mengeluh akan hal tsb." (B1)

"Ya pernah, kembali ke orangnya masing-masing ya. Mungkin bagi beliau kata-kata tsb tidak menyakiti hati orang lain ya, tapi bagi yang lain itu terdengar kasar. Ya mungkin beliau sedang ada masalah atau capek kerjaan rumah, pasiennya rewel akhirnya ketus, kita maklumi aja, suruh istirahat dulu biar tenang, kita aja yang handle pasiennya." (B8)

"ya pernah sih, kadang merasa wajar, tapi emosinya harus direm sih, karena memang ruangan tindakan dan perawatan jadi satu dan SDM terbatas." (B6)

PEMBAHASAN

Penelitian ini menggali bagaimana pelayanan kebidanan perinatal di RSJD dr. Amino Gondohutomo. Hasil studi ini memberikan gambaran mengenai praktik pelayanan kebidanan pada kelompok tanpa kebutuhan khusus dan kelompok dengan kebutuhan khusus selama mendapat perawatan kebidanan sekaligus mengidentifikasi tantangan maupun potensi perbaikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan kebidanan perinatal di RSJD dr. Amino Gondohutomo sudah cukup baik, mulai dari waktu tunggu di IGD, pelayanan yang kolaboratif, kemudahan menggunakan BPJS dan penjelasan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang sudah cukup jelas. Pengalaman bersalin pada kelompok ibu tanpa gangguan mental antara lain mereka mengakses pelayanan kebidanan perinatal di RSJD dr. Amino Gondohutomo ada yang sejak kontrol hamil rujukan dari faskes tingkat pertama dan dari program pemerintah (Spelling-Spesialis Keliling). Beberapa responden pada kelompok ibu tanpa gangguan mental menceritakan pengalamannya datang ke RSJD dr. Amino Gondohutomo adalah saat akan melahirkan dan masuk rawat inap melalui IGD.

Pengalaman dan persepsi bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan perinatal pada kelompok tanpa kebutuhan khusus dan kelompok dengan kebutuhan khusus cukup beragam. Sebagian besar bidan memandang kondisi dalam menangani pasien perinatal dengan gangguan mental ini ada perbedaan dibandingkan dalam menangani pasien perinatal tanpa gangguan mental. Hal ini menjadi sebuah tantangan yang menimbulkan rasa takut serta menuntut kemampuan untuk mengendalikan emosi jika

menghadapi pasien dengan gangguan mental. Beberapa hasil studi juga menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan yang signifikan dalam pengetahuan dan kepercayaan diri bidan dalam mengelola kesehatan mental perinatal terutama skizofrenia (Karalia et al., 2024). Data juga menunjukkan bahwa seringkali bidan merasa kurang percaya diri, kurang memiliki pengetahuan dan pelatihan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan mental (Afolayan et al., 2016) yang mengakibatkan rendahnya keterlibatan dalam proses perawatan (Coastes et al., 2019). Penelitian ini menunjukkan semua bidan merasa membutuhkan pelatihan atau penguatan dalam pelayanan kebidanan perinatal pada pasien dengan gangguan mental. Hal ini sesuai dengan temuan pada beberapa studi yang mengidentifikasi bahwa bidan membutuhkan peningkatan keilmuan dan keterampilan dalam pelayanan kebidanan perinatal dengan gangguan mental (Dubreucq et al., 2024). Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan pada masa perinatal sebaiknya mendapatkan pelatihan untuk meningkatkan pemahaman mereka terkait perawatan ibu dengan gangguan mental (Highet et al., 2023). Salah satu strategi lain yang bisa dilakukan adalah dengan melakukan integrasi pendidikan kesehatan mental dalam program pendidikan kebidanan dan memastikan kesempatan peningkatan profesional berkelanjutan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan mental yang terus meningkat dalam pelayanan kebidanan (Karalia et al., 2024). Sehingga memberikan peningkatan pengetahuan dan keterampilan pada bidan dalam menangani pasien perinatal pada kelompok tanpa gangguan mental maupun pada kelompok dengan gangguan jiwa menjadi krusial.

Ruangan perawatan kebidanan di RSJD dr. Amino Gondohutomo berada di lantai tiga yang terdiri dari dua kamar bersalin, dua ruangan bayi, 9 kamar nifas dengan total 20 tempat tidur (kelas VIP, kelas 1, kelas 2, kelas 3), serta satu ruang isolasi yang diberi beberapa pengaman tambahan seperti jeruji pada jendela kamar dan pintu ganda yang dapat dikunci dari luar. Ruang poli dan IGD berada di lantai satu sehingga hal ini memungkinkan pendamping pasien merasa kesulitan untuk mengakses fasilitas tersebut karena menempuh jarak yang cukup jauh antara IGD ke ruang perawatan di lantai tiga. Selain itu, ruang perawatan dan tindakan berada pada lantai yang sama serta keterbatasan sumber daya manusia sehingga mereka dituntut agar bisa melakukan penanganan yang berbeda sesuai kondisi dan kebutuhan pasien. Dalam beberapa situasi, pasien tanpa gangguan mental juga merasa cemas dan takut apabila ada pasien jiwa yang sedang dalam fase tidak tenang, sehingga diperlukan upaya pengaturan ruang dan peningkatan komunikasi untuk menjaga kenyamanan seluruh pasien.

Dibandingkan dengan pelayanan pasien tanpa kebutuhan khusus, pelayanan pada pasien dengan kebutuhan khusus memerlukan perawatan dan tatalaksana yang lebih komprehensif dikarenakan kondisi pasien yang memerlukan kolaborasi dalam memberikan asesmen dari dokter spesialis kejiwaan dan dokter spesialis kandungan. Selain itu, dalam perawatan juga diperlukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain maupun tenaga penunjang. Pelayanan bagi ibu penderita gangguan mental yang dapat dilakukan pada masa hamil seperti pemantauan obat sebelum dan selama kehamilan, edukasi terkait nutrisi (merokok, zat berbahaya, dan alkohol), pemantauan diabetes gestasional bagi ibu yang mengkonsumsi obat antipsikotik (antisipasi terjadi kenaikan berat badan berlebih), rujukan terutama apabila kehamilan tidak diinginkan. Pelayanan pada periode nifas seperti pemantauan terutama pada satu bulan pertama setelah persalinan, kolaborasi dengan tenaga kesehatan, pasangan atau pendamping lain dalam perawatan ibu (Highet et al., 2023). Pelayanan bagi ibu tanpa gangguan mental selama masa hamil dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan ANC secara rutin untuk memantau kesehatan ibu dan janin, promosi kesehatan, deteksi dini komplikasi dalam kehamilan, dan persiapan persalinan yang aman bersama pendamping persalinan. Kunjungan dilakukan minimal empat kali sesuai standar selama masa kehamilan, yaitu sekali di trimester pertama, sekali di trimester kedua, dan dua kali di trimester ketiga. Pemeriksaan kehamilan dilakukan di puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya dengan dilakukan oleh bidan atau dokter meliputi: Pengukuran tekanan darah, pengukuran tinggi dan berat badan, pengukuran lingkaran lengan atas, pengukuran tinggi fundus uteri, pemeriksaan presentasi janin dan DJJ, skrining status imunisasi tetanus, pemberian tablet tambah darah, pemeriksaan laboratorium, tatalaksana khusus, dan konseling (Karalia et al., 2024).

Dari hasil studi seluruh bidan menyatakan sudah ada SOP terkait pelayanan kebidanan pada ibu pada kelompok tanpa gangguan jiwa sedangkan pada pasien perinatal kelompok dengan gangguan jiwa belum tersedia SOP atau alur pelayanan kebidanan dengan gangguan jiwa, dimana hal ini sangat dibutuhkan agar pelayanan dan kolaborasi yang dilakukan sesuai pedoman. Studi lain juga menunjukkan para bidan mengalami hambatan-hambatan seperti kurangnya layanan kesehatan mental perinatal, tidak adanya alur pelayanan, beban kerja yang berat, dan kurangnya waktu dan privasi sebagai hambatan dalam pekerjaan sehari-hari (Bayrampour et al., 2018). Pasien yang dirawat dengan penanganan sesuai pedoman menunjukkan perbaikan kondisi yang lebih cepat dibandingkan pasien yang menggunakan pengobatan pada umumnya. Perilaku tenaga kesehatan yang lebih patuh pada alur juga dapat berkontribusi pada peningkatan kesehatan pasien

Dukungan keluarga dapat membantu ibu hamil merasa didengar, dipahami, dan meringankan beban emosional yang ditanggung oleh ibu hamil. Dukungan dari tenaga kesehatan dalam bentuk konseling dapat memberikan pengalaman kepada ibu hamil dalam memperoleh informasi yang bermanfaat. Dengan menciptakan lingkungan emosional yang positif diharapkan dapat mengurangi stres pada ibu hamil. Kurangnya dukungan keluarga dapat menyebabkan ibu hamil merasa terisolasi, tidak berdaya, stres, dan meningkatkan risiko depresi (Coastes et al., 2019). Pada kelompok ibu tanpa gangguan mental, sebagian besar responden ditemani oleh suaminya saat bersalin dan nifas, meskipun saat hamil ada yang periksa sendiri maupun didampingi kerabat lain karena suaminya bekerja. Namun sebagian besar menceritakan pengalaman positif terkait dukungan dari keluarga di sekitarnya. Ada sebagian kecil responden lainnya mengalami pengalaman negatif berkaitan dengan mitos oleh orang tua. Selain itu, pendamping pasien juga memiliki peran yang cukup penting dalam proses perawatan dan perbaikan kondisi pasien dengan gangguan jiwa. Hasil penelitian ini menunjukkan seluruh pendamping pasien memberikan dukungan kepada pasien mulai dari pemantauan minum obat, kontrol rutin, membantu perawatan bayi, hingga dukungan secara emosional maupun finansial. Pemberian dukungan sejak periode awal masa pasca persalinan yang dimana merupakan periode dimana gejala dari psikosis postpartum meningkat dapat membantu perempuan saat masa penyesuaian dan mencegah timbulnya kondisi kesehatan mental yang lebih serius (Highet et al., 2023). Keterlibatan aktif keluarga pasien psikotik akan membantu mengurangi risiko kekambuhan secara signifikan. Lebih lanjut, hal ini dapat membantu keluarga lebih memahami penyakit skizofrenia dan dampaknya terhadap fungsi personal, sosial, dan interpersonal, mengidentifikasi gejala psikotik yang memburuk, memperoleh teknik pemecahan masalah selama episode akut, dan meningkatkan kesadaran akan pentingnya kepatuhan pengobatan (Halweg et al., 2023). Meskipun kebutuhan dasar pasien telah dipenuhi, keluarga masih mengalami kesulitan dalam menghadapi perilaku pasien yang tidak stabil secara emosional dan sosial. Hal ini dapat diperparah dengan masih adanya stigma yang terjadi di lingkungan masyarakat tempat tinggal sekitar pasien.

Tantangan seperti pemberian edukasi ada beberapa yang dirasakan kurang oleh beberapa pasien dan pendamping dapat disebabkan oleh tingkat pendidikan pendamping pasien. Tingkat pendidikan pasien dan pendamping pasien menjadi hal penting untuk memastikan edukasi yang disampaikan tenaga kesehatan dapat diterima dengan baik. Penelitian lain juga menyatakan bahwa anggota keluarga yang berpendidikan baik dan pernah bertemu dengan pasien dengan gangguan jiwa memiliki sikap yang lebih positif, sehingga edukasi kesehatan kepada anggota keluarga menjadi penting (Halweg et al., 2023). Di sisi lain, dari hasil studi ini menunjukkan pendamping pasien merasa edukasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada keluarga masih sangat terbatas, hanya berfokus pada kepatuhan minum obat dan kontrol rutin ke psikiater. Kondisi ini menunjukkan perlunya peningkatan edukasi yang lebih komprehensif bagi pasien dan keluarga, mencakup pemahaman tentang kondisi pasien, cara memberikan dukungan emosional, serta strategi menghadapi perilaku yang muncul selama masa kehamilan.

Bidan juga berharap adanya dukungan dari manajemen rumah untuk melakukan promosi terkait keunggulan RSJD dr. Amino Gondohutomo dalam menyediakan pelayanan terintegrasi antara

pelayanan perinatal dan kesehatan mental. Banyak program inovasi yang telah dilakukan oleh tim manajemen rumah sakit sebagai salah satu upaya untuk memperkenalkan jenis pelayanan yang ada serta untuk menarik minat pasien dalam memanfaatkan layanan tersebut seperti Pentol Bakar (Layanan Penjemputan Pasien Dengan kegawatdaruratan Jiwa), Kopi 93 (Layanan Konsultasi Online Psikologi), dan Mie Kriteng (Mini Website Skrining Tumbuh Kembang Amino Hospital) (RSJD Dr Amino Gondohutomo, n.d.). Oleh karena itu, bidan berharap agar promosi pelayanan kebidanan perinatal juga dapat diperkuat, mengingat masih terbatasnya rumah sakit jiwa yang mampu mengintegrasikan layanan kebidanan dan kesehatan mental secara komprehensif.

SIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa pelayanan kebidanan perinatal di RSJD dr. Amino Gondohutomo telah berjalan cukup baik. Namun, masih terdapat sejumlah tantangan, terutama terkait keterbatasan pengetahuan dan keterampilan bidan dalam menghadapi pasien dengan gangguan jiwa, serta belum adanya alur pelayanan atau SOP yang jelas pada pasien kebidanan dengan gangguan mental. Dukungan keluarga memiliki peran penting dalam keberhasilan perawatan baik pada kelompok ibu tanpa gangguan jiwa maupun pada kelompok ibu dengan gangguan jiwa. Namun, edukasi yang diberikan kepada pasien dan keluarga masih terbatas pada aspek medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Afolayan, J. A., Onasoga, O. A., Rejuaro, F. M., Gambari, Y. A. R., & Onuabueke, C. (2016). Knowledge of postpartum depression and its associated risk factors among nurse-midwives in a Nigerian tertiary hospital. *Sierra Leone Journal of Biomedical Research*, 8(2), 54–60.
- 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.2018.01.003>
- 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), e123–e135. <https://doi.org/10.1111/hsc.12740>
- Desi, T., & Rima, H. (2016). Hubungan kecemasan ibu hamil terhadap kejadian preeklampsia di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung. *Jurnal Ilmiah Bidan*. <https://media.neliti.com/media/publications/227210-hubungan-kecemasan-ibu-hamil-terhadap-ke-dcecf8.pdf>
- Dinda Aulia, Farida, E. S., Nurafmi, D., Manggala, P. W., Ratna, D. J., & Nurul, A. (2022). The role of midwives on mother's mental health in the first 1000 days of life: A systematic review. *Midwifery Jurnal Kebidanan*. <https://midwifery.umsida.ac.id/index.php/midwifery/article/view/1662>
- Dubreucq, M., Dupont, C., Lambregtse-van den Berg, M. P., Bramer, W. M., Massoubre, C., & Dubreucq, J. (2024). A systematic review of midwives' training needs in perinatal mental health and related interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1345738. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1345738>
- Fabre, C., Pauly, V., Baumstarck, K., Etchecopar-Etchart, D., Orléans, V., Llorca, P. M., et al. (2021). Pregnancy, delivery and neonatal complications in women with schizophrenia: A national population-based cohort study. *The Lancet Regional Health – Europe*, 10. [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00186-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00186-1/fulltext)

- Hahlweg, K., & Baucom, D. H. (2023). Family therapy for persons with schizophrenia: Neglected yet important. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(4), 819–824. <https://doi.org/10.1007/s00406-023-01578-6>
- Hight, N., Expert Working Group, & Expert Subcommittees. (2023). Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline. Centre of Perinatal Excellence (COPE). https://www.cope.org.au/uploads/images/Health-professionals/COPE_2023_Perinatal_Mental_Health_Practice_Guideline.pdf
- Karalia, A., Diamanti, A., Nanou, C. I., Varela, P., & Deltsidou, A. (2024). Knowledge and skills of midwives regarding perinatal mental health and their needs for further education. *Cureus*, 16(12), e76205. <https://doi.org/10.7759/cureus.76205>
- Lasater, M. E., Murray, S. M., Keita, M., Souko, F., Surkan, P. J., Warren, N. E., Winch, P. J., Ba, A., Doumbia, S., & Bass, J. K. (2021). Integrating mental health into maternal health care in rural Mali: A qualitative study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(2), 233–239. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13184>
- Lisa, P., Reyanta, B., & Thandokazi, M. (2025). Contraceptive use and counselling in women with mental illness: KwaZulu-Natal, South Africa. *South African Journal of Psychiatry*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12223971/>
- Noviane, A., & Isabela, A. (2023). Status kesehatan mental ibu hamil pada kegiatan antenatal care (ANC) di UPTD Puskesmas Manggar Balikpapan, September–Oktober 2023. *CDK Journal*. <https://cdkjournal.com/index.php/cdk/article/view/1387/1096>
- Nugroho Kuncoro, Y. (2025). Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ): Mitos, stigma dan upaya yang dilakukan. <https://ayosehat.kemkes.go.id/orang-dengan-gangguan-jiwa-mitos-stigma-upaya>
- RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. (n.d.). Website resmi RSJD dr. Amino Gondohutomo. <https://rs-amino.jatengprov.go.id/>
- Simon, G. E., Stewart, C., Yarborough, B. J. H., Lynch, F., Coleman, K. J., Beck, A., et al. (2018). Mortality rates after the first diagnosis of psychotic disorder in adolescents and young adults. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 254–260. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4437>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Suparji, Heru, S., Sunarto, & Agus, S. P. (2024). High maternal mortality rate in Indonesia: A challenge to be addressed immediately. *PMAJ One Health*. <https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/14/13/pdf/13.pdf>
- Wirihana, L., Welch, A., & Williamson, M. (2018). Using Colaizzi's method of data analysis to explore the experiences of nurse academics teaching on satellite campuses. *Nurse Researcher*, 25(4), 30–34. <https://journals.rcni.com/nurse-researcher/using-colaizzis-method-of-data-analysis-to-explore-the-experiences-of-nurse-academics-teaching-on-satellite-campuses-nr.2018.e1516>
- World Health Organization. (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services (1st ed.). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

- World Health Organization. (2023). Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>
- World Health Organization. (2023). Trends in maternal mortality 2000 to 2023: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462>
- Zhu, Z., Wang, H., Zhu, T., Wang, Z., Shen, Y., Xiong, C., et al. (2025). Mental health service utilization among pregnant and postpartum women: Status, determinants, and insights from a mixed-methods study. *BMC Public Health*, 25, 1942. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-1942>