



Artikel Penelitian

**PENGALAMAN IBU POSTPARTUM DENGAN DEPRESI PASCAMELAHIRKAN:
STUDI FENOMENOLOGI TENTANG DUKUNGAN KELUARGA
DAN HAMBATAN PERAWATAN KESEHATAN MENTAL**

**EXPERIENCES OF POSTPARTUM MOTHERS WITH POSTPARTUM DEPRESSION:
A PHENOMENOLOGICAL STUDY ON FAMILY SUPPORT AND BARRIERS
TO MENTAL HEALTH CARE**

Dona Wirniaty^{a*}

^aFakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, Medan, 20217, Indonesia

Histori Artikel

Diterima:
1 Juli 2026

Revisi:
20 Juli 2026

Terbit:
22 Juli 2026

Kata Kunci

depresi
pascamelahirkan,
dukungan keluarga,
pencarian
pertolongan,
kesehatan mental
perinatal,
fenomenologi

Keywords

postpartum
depression, family
support, help-
seeking, perinatal
mental health,
phenomenology

*Korespondensi

Email:
donawirniaty
@umsu.ac.id

ABSTRAK

Depresi pascamelahirkan dapat memengaruhi kesejahteraan ibu, hubungan keluarga, dan kemampuan menjalankan peran pengasuhan. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi pengalaman ibu postpartum dengan gejala depresi pascamelahirkan, khususnya terkait dinamika dukungan keluarga dan hambatan memperoleh perawatan kesehatan mental. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi interpretatif. Sebanyak 12 ibu dengan bayi berusia 0–12 bulan dan skor Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ≥ 10 diwawancarai secara mendalam menggunakan pedoman semiterstruktur. Data dianalisis melalui enam tahap interpretative phenomenological analysis. Analisis menghasilkan tiga tema utama: kesedihan yang tersembunyi dan beban perubahan peran; dukungan keluarga yang membantu tetapi tidak selalu sesuai dengan kebutuhan emosional ibu; serta hambatan mencari pertolongan yang meliputi stigma, keterbatasan pengetahuan, biaya, transportasi, waktu, dan ketersediaan layanan. Partisipan menggunakan strategi koping mandiri, seperti berbagi cerita, beristirahat ketika bayi tidur, dan menulis pengalaman. Temuan menegaskan pentingnya skrining yang dilanjutkan dengan penilaian klinis, edukasi keluarga, dukungan emosional dan praktis, serta sistem rujukan yang mudah diakses melalui pelayanan kesehatan ibu dan anak.

ABSTRACT

Postpartum depression may affect maternal well-being, family relationships, and the ability to perform caregiving roles. This study aimed to explore the experiences of postpartum mothers with depressive symptoms, particularly regarding family support dynamics and barriers to mental healthcare. A qualitative interpretative phenomenological design was used. Twelve mothers with infants aged 0–12 months and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) scores ≥ 10 participated in semi-structured in-depth interviews. Data were analyzed using the six stages of interpretative phenomenological analysis. Three main themes emerged: hidden sadness and the burden of role transition; family support that was helpful but not always aligned with mothers' emotional needs; and barriers to help-seeking, including stigma, limited knowledge, cost, transportation, time, and service availability. Participants used self-directed coping strategies, such as sharing experiences with peers, resting while the baby slept, and writing about their feelings. The findings highlight the importance of screening followed by clinical assessment, family education, emotional and practical support, and accessible referral pathways integrated into maternal and child health services.

DOI: <http://doi.org/10.30743/jkin.v15i2.1382>



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



PENDAHULUAN

Depresi pascamelahirkan merupakan salah satu masalah kesehatan mental yang dapat muncul selama tahun pertama setelah persalinan. Kondisi ini dapat ditandai oleh suasana perasaan depresif, kehilangan minat, rasa bersalah, gangguan tidur, kecemasan, kesulitan berkonsentrasi, serta menurunnya kemampuan menjalankan aktivitas dan merawat bayi. Gejalanya lebih menetap dan menimbulkan gangguan fungsi yang lebih bermakna dibandingkan perubahan emosi sementara pada awal masa pascamelahirkan.¹

Besarnya masalah depresi pascamelahirkan berbeda menurut karakteristik populasi dan metode penilaian yang digunakan. Kajian yang hanya memasukkan penelitian dengan wawancara diagnostik memperkirakan bahwa sekitar satu dari delapan perempuan mengalami kondisi depresif setelah melahirkan, sedangkan angka yang diperoleh dari instrumen skrining cenderung lebih tinggi. Perbedaan tersebut menunjukkan pentingnya membedakan hasil skrining gejala dari diagnosis klinis.²

Dampak depresi pascamelahirkan tidak terbatas pada keadaan emosional ibu. Kondisi yang tidak dikenali dan ditangani dapat mengganggu fungsi sehari-hari, hubungan dengan pasangan, pemberian ASI, interaksi ibu dan bayi, serta perkembangan emosional dan perilaku anak. Dampaknya dapat menetap ketika gejala berlangsung lama atau terjadi bersamaan dengan masalah keluarga dan sosial lainnya.³

Depresi pascamelahirkan tidak disebabkan oleh satu faktor tunggal. Riwayat depresi, kekerasan atau konflik dalam hubungan, pengalaman persalinan yang negatif, gangguan tidur, kelahiran prematur, stres pengasuhan, serta rendahnya dukungan sosial merupakan faktor yang berulang kali dikaitkan dengan meningkatnya risiko gejala depresi setelah persalinan.⁴

Dukungan sosial dapat menjadi sumber koping ketika ibu menghadapi perubahan fisik, emosional, dan tanggung jawab baru setelah melahirkan. Dukungan tersebut dapat berupa perhatian emosional, bantuan dalam merawat bayi dan menyelesaikan pekerjaan rumah, kesempatan beristirahat, pemberian informasi, serta pendampingan ketika ibu membutuhkan pelayanan kesehatan.⁵

Manfaat dukungan tidak hanya ditentukan oleh banyaknya bantuan yang diterima, tetapi juga oleh bentuk dan kesesuaiannya dengan kebutuhan ibu. Penurunan dukungan emosional maupun praktis diketahui berkaitan dengan memburuknya gejala depresi dan kecemasan serta terganggunya ikatan ibu dan bayi. Dukungan emosional dapat tetap bermakna ketika bantuan praktis yang tersedia terbatas.⁶

Keluarga juga dapat menjadi sumber tekanan apabila bantuan diberikan secara tidak konsisten, kebutuhan emosional ibu diabaikan, atau terdapat perbedaan harapan mengenai pembagian tanggung jawab pengasuhan. Dalam keadaan tersebut, keberadaan anggota keluarga

belum tentu membuat ibu merasa didukung. Pengalaman dukungan karena itu perlu dipahami dari sudut pandang ibu, bukan hanya berdasarkan jenis bantuan yang merasa telah diberikan oleh keluarga.⁵

Meskipun depresi pascamelahirkan dapat ditangani, sebagian ibu tidak mencari atau tidak memperoleh pertolongan profesional. Hambatan pencarian pertolongan dapat muncul pada tingkat individu, keluarga, pelayanan kesehatan, komunitas, dan kebijakan. Hambatan yang sering dilaporkan meliputi kurangnya pengetahuan, rasa malu, stigma, kekhawatiran dinilai sebagai ibu yang tidak mampu, biaya, kesulitan transportasi, keterbatasan waktu dan pengasuhan anak, serta tidak tersedianya jalur rujukan yang jelas.⁷

Masalah kesehatan mental pada masa pascamelahirkan juga relevan dalam konteks Indonesia. Analisis data Riset Kesehatan Dasar 2018 menemukan gejala gangguan mental emosional pada 10,1% ibu postpartum. Kondisi tersebut berhubungan dengan sejumlah faktor kesehatan dan sosial, termasuk keadaan kesehatan yang buruk, usia muda, pendidikan rendah, pengangguran, kehamilan yang tidak diinginkan, komplikasi kehamilan atau persalinan, dan tempat tinggal di wilayah pedesaan.⁸

Studi terhadap ibu postpartum di Jakarta Selatan menemukan bahwa hampir seperlima partisipan mengalami gejala yang mengarah pada depresi pascamelahirkan. Stres pengasuhan, kepuasan dalam hubungan perkawinan, dan peristiwa kehidupan yang menekan berhubungan dengan skor depresi, sehingga konteks hubungan keluarga perlu

diperhatikan bersama dengan keadaan klinis ibu.⁹

Data tersebut penting untuk menggambarkan besarnya masalah, tetapi belum sepenuhnya menjelaskan bagaimana ibu menjalani gejala, menyembunyikan kesulitan emosional, menafsirkan bantuan keluarga, dan mengambil keputusan untuk mencari pertolongan. Kajian kualitatif menunjukkan bahwa menerima dan mencari perawatan psikologis merupakan proses yang tidak sederhana, walaupun ibu yang berhasil memperoleh pelayanan umumnya menilai dukungan profesional sebagai sesuatu yang bermanfaat.¹⁰

Penelitian mengenai depresi pascamelahirkan di Indonesia masih lebih banyak menilai prevalensi dan faktor yang berhubungan dengan gejala. Pengalaman subjektif ibu mengenai perubahan peran, dukungan keluarga yang bersifat membantu maupun menekan, serta hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan mental belum banyak dijelaskan secara mendalam. Pemahaman tersebut diperlukan untuk merancang pelayanan yang tidak hanya berfokus pada skrining, tetapi juga responsif terhadap kebutuhan ibu dan konteks keluarganya.

Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi pengalaman ibu postpartum dengan gejala depresi pascamelahirkan, khususnya dalam memaknai perubahan emosional dan peran setelah kelahiran bayi, dinamika dukungan keluarga, serta hambatan yang dihadapi ketika mencari dan mengakses perawatan kesehatan mental.

METODE

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi interpretatif atau *interpretative phenomenological analysis* (IPA). Desain ini dipilih untuk memahami secara mendalam bagaimana ibu memaknai pengalaman depresi pascamelahirkan, perubahan peran setelah kelahiran bayi, dukungan yang diterima dari keluarga, serta hambatan ketika mencari perawatan kesehatan mental. IPA memungkinkan peneliti menelaah pengalaman hidup partisipan sekaligus proses pemberian makna terhadap pengalaman tersebut.¹¹

Partisipan Penelitian

Partisipan dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* berdasarkan kesesuaiannya dengan tujuan penelitian. Kriteria inklusi meliputi ibu berusia minimal 18 tahun, memiliki bayi berusia 0–12 bulan, telah memperoleh diagnosis depresi pascamelahirkan atau menunjukkan gejala berdasarkan hasil skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) dengan skor ≥ 10 , mampu berkomunikasi secara verbal, serta bersedia menceritakan pengalamannya secara sukarela.

Sebanyak 12 ibu postpartum berpartisipasi dalam penelitian. Jumlah partisipan ditentukan berdasarkan prinsip kejenuhan data. Pengumpulan data dihentikan setelah informasi yang diperoleh dinilai telah memadai untuk menjawab tujuan penelitian dan wawancara berikutnya tidak lagi menghasilkan pola pengalaman baru yang substantif.

Penggunaan EPDS

EPDS digunakan sebagai instrumen skrining untuk membantu mengidentifikasi kemungkinan gejala depresi pada masa pascamelahirkan. Instrumen ini terdiri atas 10 butir pertanyaan dengan skor keseluruhan berkisar antara 0 dan 30.¹²

Skor EPDS ≥ 10 digunakan sebagai kriteria operasional pemilihan partisipan. Skor tersebut menunjukkan adanya gejala depresi yang memerlukan penilaian lebih lanjut, tetapi tidak secara otomatis menetapkan diagnosis klinis depresi pascamelahirkan.¹³ Dengan demikian, partisipan penelitian mencakup ibu yang telah memperoleh diagnosis serta ibu yang menunjukkan peningkatan gejala berdasarkan hasil skrining EPDS.

Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semiterstruktur. Pedoman wawancara disusun berdasarkan tujuan penelitian dan kajian literatur mengenai pengalaman depresi pascamelahirkan, perubahan peran sebagai ibu, dukungan keluarga, serta hambatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan mental.

Pertanyaan disusun secara terbuka agar partisipan dapat menceritakan pengalaman dengan bahasa dan urutan ceritanya sendiri. Topik wawancara mencakup perubahan emosional setelah melahirkan, pengalaman menjalankan peran sebagai ibu, respons keluarga terhadap kondisi partisipan, bentuk dukungan yang diterima, serta pengalaman mencari atau mempertimbangkan bantuan profesional.

Setiap wawancara berlangsung selama 60–90 menit dan dilakukan di tempat yang

nyaman serta terjaga privasinya. Pertanyaan lanjutan digunakan untuk memperjelas perasaan, peristiwa, hubungan, dan makna yang disampaikan oleh partisipan.

Seluruh wawancara direkam menggunakan alat perekam digital setelah memperoleh persetujuan partisipan. Rekaman kemudian ditranskripsikan secara verbatim. Peneliti juga melakukan observasi selama wawancara untuk mencatat ekspresi, jeda, perubahan intonasi, respons emosional, dan konteks nonverbal yang relevan dengan pengalaman partisipan.

Catatan hasil observasi digunakan sebagai data pendukung dalam memahami isi wawancara. Peneliti juga menyusun jurnal reflektif selama proses pengumpulan dan analisis data untuk mencatat asumsi awal, respons peneliti, serta keputusan yang dibuat selama proses interpretasi.

Analisis Data

Analisis data mengikuti enam tahap IPA dari Smith et al.¹¹ Tahap pertama dilakukan dengan membaca setiap transkrip secara berulang untuk memperoleh pemahaman menyeluruh mengenai pengalaman masing-masing partisipan.

Tahap kedua mencakup penyusunan catatan eksploratori mengenai isi deskriptif, penggunaan bahasa, respons emosional, dan makna konseptual yang muncul dalam transkrip. Pada tahap ketiga, catatan eksploratori dikembangkan menjadi tema-tema pengalaman yang tetap mempertahankan keterkaitannya dengan pernyataan partisipan.

Tahap keempat dilakukan dengan mencari hubungan antartema dalam setiap kasus dan mengelompokkannya ke dalam struktur tema yang lebih luas. Pada tahap kelima, analisis dilanjutkan pada partisipan berikutnya sebagai kasus individual agar pengalaman setiap ibu tidak langsung disesuaikan dengan pola yang ditemukan sebelumnya.

Tahap keenam dilakukan dengan membandingkan seluruh kasus untuk menemukan persamaan, perbedaan, dan pola pengalaman lintas partisipan. Proses tersebut menghasilkan tiga tema utama, yaitu pengalaman depresi pascamelahirkan, dinamika dukungan keluarga, serta hambatan akses dan pencarian pertolongan.

Tema dan subtema diperiksa kembali terhadap keseluruhan transkrip sebelum ditetapkan sebagai temuan akhir. Kutipan langsung dipilih untuk menunjukkan keterkaitan antara interpretasi peneliti dan pengalaman yang disampaikan oleh partisipan.

Frekuensi dan persentase dihitung setelah tema dan subtema terbentuk. Angka tersebut menunjukkan jumlah partisipan yang mengungkapkan pengalaman serupa dan hanya digunakan sebagai gambaran deskriptif mengenai kemunculan tema dalam kelompok penelitian. Frekuensi dan persentase tidak digunakan sebagai ukuran prevalensi, pengujian statistik, atau dasar generalisasi terhadap seluruh ibu postpartum.

Keabsahan Data

Keabsahan data dijaga melalui triangulasi sumber, *member checking*, jurnal reflektif, dan penyusunan *audit trail*. Triangulasi dilakukan

dengan membandingkan hasil wawancara, catatan observasi, serta informasi pendukung dari anggota keluarga atau tenaga kesehatan yang merawat partisipan.

Member checking dilakukan dengan mengonfirmasikan ringkasan pengalaman atau interpretasi awal kepada partisipan. Proses ini bertujuan memastikan bahwa hasil interpretasi tidak bertentangan dengan makna pengalaman yang dimaksudkan oleh partisipan.

Audit trail digunakan untuk mendokumentasikan proses pengumpulan data, penyusunan catatan eksploratori, pembentukan tema, dan pengambilan keputusan interpretatif. Jurnal reflektif membantu peneliti mengenali kemungkinan pengaruh asumsi dan sudut pandang pribadi selama proses analisis.

Pelaporan penelitian memperhatikan komponen yang relevan dalam *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* atau COREQ, khususnya mengenai pemilihan partisipan, proses wawancara, analisis data, dan penyajian temuan.¹⁴

Pertimbangan Etik

Penelitian telah memperoleh persetujuan etik dari komite etik penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Sebelum pengumpulan data, seluruh partisipan memperoleh penjelasan mengenai tujuan penelitian, prosedur wawancara, kerahasiaan informasi, dan hak untuk menghentikan keterlibatan kapan saja.

Seluruh partisipan menandatangani persetujuan setelah penjelasan sebelum mengikuti penelitian. Identitas partisipan dirahasiakan melalui penggunaan kode P1

sampai P12 dalam transkrip dan laporan penelitian. Rekaman wawancara, transkrip, catatan lapangan, dan dokumen penelitian disimpan secara aman dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

HASIL

Penelitian melibatkan 12 ibu postpartum dengan bayi berusia 0–12 bulan yang memenuhi kriteria penelitian berdasarkan diagnosis yang telah diperoleh atau hasil skrining EPDS ≥ 10 . Analisis fenomenologi interpretatif menghasilkan tiga tema utama, yaitu: (1) kesedihan yang tersembunyi dan beban menjalani peran ibu; (2) dukungan keluarga yang membantu tetapi tidak selalu sesuai dengan kebutuhan ibu; dan (3) hambatan mencari pertolongan serta strategi koping yang dikembangkan ibu.

Frekuensi dan persentase pada setiap subtema digunakan untuk menunjukkan kemunculan pola pengalaman di antara partisipan. Angka tersebut tidak dimaksudkan sebagai ukuran prevalensi atau dasar generalisasi statistik. Seorang partisipan dapat menyampaikan pengalaman yang termasuk dalam lebih dari satu subtema.

Kesedihan yang Tersembunyi dan Beban Menjalani Peran Ibu

Tema pertama menggambarkan pengalaman emosional dan perubahan kehidupan yang dialami ibu setelah melahirkan. Seluruh partisipan menceritakan kesedihan yang menetap, tetapi tidak selalu dapat disampaikan secara terbuka kepada orang lain. Sebagian ibu tetap berusaha menampilkan dirinya sebagai

orang yang baik-baik saja meskipun mengalami kekosongan dan kesedihan ketika berada sendiri.

Salah satu partisipan menggambarkan pengalamannya sebagai berikut:

“Di luar sana orang lihat saya tersenyum, tapi di dalam rasanya kosong sekali. Saya nangis setiap hari bahkan tanpa tahu kenapa.” (P3)

Perasaan tidak mampu menjalankan peran sebagai ibu juga muncul pada hampir seluruh partisipan. Kesulitan menenangkan bayi, kelelahan, serta ketidakpastian dalam merawat bayi membuat ibu mempertanyakan kemampuannya sendiri.

“Saya merasa gagal sebagai ibu. Bayi saya menangis terus dan saya tidak bisa menenangkannya, rasanya badan saya kaku tidak bisa bergerak.” (P7)

Perubahan peran setelah melahirkan turut memengaruhi cara ibu memandang dirinya. Sebanyak 10 partisipan menggambarkan bahwa tanggung jawab pengasuhan, pekerjaan rumah tangga, dan tuntutan sebagai istri berlangsung secara bersamaan. Pada sebagian ibu, perubahan tersebut disertai perasaan kehilangan identitas di luar peran domestik.

“Dulu saya bekerja, sekarang di rumah terus. Pekerjaan rumah dan urusan suami, semua di pundak saya. Saya seperti bukan apa-apa lagi selain ibu dan istri.” (P2)

Gangguan tidur dan kecemasan juga menjadi bagian dari pengalaman sembilan partisipan. Kesulitan tidur tidak hanya disebabkan oleh kebutuhan bayi, tetapi juga oleh kekhawatiran berlebihan terhadap keselamatan dan kondisi bayi.

“Mata saya selalu merah karena saya tidak bisa tidur. Saya memeriksa napas bayi terus tiap

lima menit, takut terjadi apa-apa. Berat sekali rasanya.” (P9)

Tabel 1. Tema dan subtema pengalaman depresi pascamelahirkan (n=12)

Tema	Subtema	Frekuensi, n (%)
Kesedihan yang tersembunyi dan beban menjalani peran ibu	Kesedihan yang tidak terucapkan dan emosi negatif yang menetap	12 (100)
	Perasaan tidak mampu dan tidak berdaya dalam pengasuhan	11 (91,7)
	Beban fisik dan psikologis akibat perubahan peran dan tuntutan ganda	10 (83,3)
	Gangguan tidur dan kecemasan berlebihan	9 (75,0)

Sumber: Hasil wawancara mendalam, 2026.

Dukungan Keluarga Membantu, tetapi Tidak Selalu Sesuai dengan Kebutuhan Ibu

Tema kedua menunjukkan bahwa dukungan keluarga memiliki makna yang tidak selalu sama bagi setiap ibu. Bantuan keluarga dapat mengurangi beban pengasuhan dan memberikan kesempatan untuk beristirahat. Namun, bantuan praktis belum tentu disertai dengan pemahaman terhadap kondisi emosional ibu.

Sebanyak 10 partisipan menerima dukungan dari suami dalam bentuk bantuan merawat bayi atau pekerjaan sehari-hari. Dukungan tersebut dirasakan membantu, tetapi sebagian ibu masih merasa bahwa kesedihan dan kebutuhan emosionalnya belum sepenuhnya dipahami.

“Suami saya membantu memandikan bayi di malam hari. Itu sangat membantu karena saya bisa tidur sebentar. Tapi kadang dia tidak mengerti kenapa saya tetap sedih.” (P1)

Keluarga besar, termasuk mertua, juga dapat membantu melalui pemberian makanan atau bantuan dalam pengasuhan. Meskipun demikian, komentar yang membandingkan pengalaman ibu dengan generasi sebelumnya dapat menimbulkan perasaan tidak mampu atau tidak bersyukur.

“Mertua saya baik, sering datang bawa makanan. Tapi omongan ‘zaman dulu saya juga begitu’ malah membuat saya merasa lemah dan tidak bersyukur.” (P5)

Sebanyak tujuh partisipan menggambarkan kurangnya dukungan karena suami sibuk bekerja atau tidak tersedia secara emosional. Dalam situasi tersebut, ibu menjalani sebagian besar aktivitas pengasuhan tanpa memiliki orang yang dapat diajak berbagi pengalaman.

“Suami saya dari pagi sampai malam kerja. Saya sendiri di rumah dengan bayi yang rewel. Saya tidak punya siapa-siapa untuk cerita.” (P8)

Kesenjangan antara dukungan yang diharapkan dan bantuan yang diterima menjadi sumber kekecewaan bagi sembilan partisipan. Sebagian ibu berharap suami lebih terlibat dalam pengasuhan, tetapi harapan tersebut tidak selalu sejalan dengan pembagian peran yang terjadi dalam keluarga.

“Saya berharap suami lebih banyak di rumah membantu saya, tapi dia bilang itu tugas saya sebagai ibu. Saya merasa sangat kecewa dan sendiri.” (P4)

Tabel 2. Tema dan subtema dinamika dukungan keluarga (n=12)

Tema	Subtema	Frekuensi, n (%)
Dukungan keluarga membantu, tetapi tidak selalu sesuai dengan kebutuhan ibu	Dukungan instrumental dan emosional dari suami	10 (83,3)
	Peran keluarga besar sebagai sumber bantuan sekaligus tekanan	8 (66,7)
	Keterbatasan dukungan karena suami tidak tersedia secara fisik atau emosional	7 (58,3)
	Kesenjangan antara dukungan yang diharapkan dan yang diterima	9 (75,0)

Sumber: Hasil wawancara mendalam, 2026.

Hambatan Mencari Pertolongan dan Strategi Koping Ibu

Tema ketiga menggambarkan kesulitan yang dihadapi partisipan ketika mempertimbangkan atau mencari bantuan profesional. Hambatan tersebut meliputi stigma, keterbatasan pengetahuan mengenai depresi pascamelahirkan, dan kendala struktural dalam mengakses pelayanan.

Stigma menjadi hambatan yang paling banyak disampaikan. Sebanyak 11 partisipan merasa khawatir akan dinilai sebagai orang dengan gangguan jiwa atau dianggap tidak mampu merawat anak. Kekhawatiran tersebut mendorong sebagian ibu untuk menyembunyikan keluhan dan memilih diam.

“Saya takut orang bilang saya gila. Atau tetangga bilang saya tidak bisa jaga anak. Mending saya diam saja.” (P6)

Sepuluh partisipan menyatakan bahwa pada awalnya mereka tidak memahami gejala yang dialami sebagai masalah kesehatan mental.

Perubahan suasana hati, kesedihan, dan kelelahan dianggap sebagai pengalaman yang wajar setelah melahirkan. Sebagian ibu baru mengenali istilah depresi pascamelahirkan setelah mencari informasi secara mandiri.

“Saya kira itu biasa, namanya juga habis melahirkan pasti *bad mood*. Saya baru tahu ada namanya depresi postpartum setelah mencari di internet.” (P10)

Hambatan struktural dialami oleh sembilan partisipan. Biaya, transportasi, waktu, tenaga, serta kesulitan membawa bayi menjadi pertimbangan ketika ibu ingin mengakses psikolog atau pelayanan kesehatan mental lainnya.

“Biaya ke psikolog mahal, tidak ditanggung Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Ke rumah sakit perlu naik dua angkot dengan bayi. Saya tidak punya energi untuk itu.” (P11)

Walaupun menghadapi berbagai hambatan, seluruh partisipan mengembangkan cara untuk menghadapi tekanan yang dirasakan. Strategi yang digunakan meliputi berbagi cerita dengan teman yang juga memiliki bayi, beristirahat ketika bayi tidur, dan menulis pengalaman dalam buku harian.

“Saya curhat ke teman yang juga baru punya bayi. Tidur saat bayi tidur. Kadang saya menulis di buku harian.” (P2)

Strategi tersebut membantu ibu menghadapi tekanan dalam kehidupan sehari-hari, tetapi tidak seluruhnya melibatkan dukungan atau penanganan dari tenaga kesehatan profesional.

Tabel 3. Tema dan subtema hambatan pencarian pertolongan (n=12)

Tema	Subtema	Frekuensi, n (%)
Hambatan mencari pertolongan dan strategi koping ibu	Stigma pribadi dan sosial terkait kesehatan mental	11 (91,7)
	Keterbatasan pengetahuan mengenai depresi pascamelahirkan dan sumber bantuan	10 (83,3)
	Hambatan biaya, transportasi, waktu, dan ketersediaan pelayanan	9 (75,0)
	Penggunaan strategi koping mandiri	12 (100)

Sumber: Hasil wawancara mendalam, 2026.

Secara keseluruhan, pengalaman partisipan memperlihatkan bahwa kesedihan dan tekanan emosional sering dialami secara tersembunyi. Dukungan keluarga dapat mengurangi beban praktis ibu, tetapi belum selalu menjawab kebutuhan emosionalnya. Ketika pertolongan profesional dibutuhkan, stigma, keterbatasan pengetahuan, biaya, dan kesulitan transportasi menjadi hambatan yang membuat ibu lebih banyak mengandalkan strategi koping mandiri.

DISKUSI

Penelitian ini mengidentifikasi tiga pengalaman utama pada ibu postpartum, yaitu kesedihan dan beban perubahan peran yang sering disembunyikan, dukungan keluarga yang membantu tetapi tidak selalu sesuai dengan kebutuhan ibu, serta hambatan mencari pertolongan yang mendorong ibu mengandalkan strategi koping mandiri. Ketiga tema tersebut menunjukkan bahwa pengalaman gejala depresi pascamelahirkan tidak hanya berkaitan dengan keadaan emosional individual, tetapi juga

terbentuk melalui hubungan keluarga dan kondisi pelayanan kesehatan yang tersedia.

Kesedihan yang menetap ditemukan pada seluruh partisipan, tetapi tidak selalu diungkapkan secara terbuka. Ibu berusaha terlihat baik-baik saja meskipun mengalami kekosongan, menangis, dan merasa tidak mampu menjalankan peran pengasuhan. Meta-sintesis terhadap 28 penelitian kualitatif juga menemukan bahwa pengalaman depresi pascamelahirkan sering mencakup kesedihan, kehilangan rasa percaya diri, perasaan bersalah, ketidakberdayaan, kesulitan beradaptasi dengan perubahan peran, dan kurangnya dukungan yang sesuai.¹⁵

Kecenderungan menyembunyikan kesulitan emosional dapat dipahami sebagai upaya ibu mempertahankan gambaran diri sebagai ibu yang mampu menjalankan tanggung jawabnya. Namun, penelitian ini tidak menilai apakah perilaku tersebut memenuhi konsep klinis tertentu seperti *masked depression*. Oleh karena itu, temuan lebih tepat ditafsirkan sebagai pengalaman menyembunyikan kesedihan karena ibu merasa sulit menjelaskan kondisinya atau khawatir terhadap respons orang lain.

Perasaan gagal dan tidak berdaya dalam mengasuh bayi dialami oleh sebagian besar partisipan. Tangisan bayi yang sulit ditenangkan, kelelahan, dan ketidakpastian dalam merawat bayi membuat ibu meragukan kemampuannya. Penelitian kualitatif pada ibu dengan depresi atau kecemasan pascamelahirkan juga menggambarkan ketidakpastian, ketidakberdayaan, ketidaksesuaian hubungan dengan keluarga terdekat, serta kebutuhan

terhadap dukungan emosional, informatif, dan praktis selama menjalani pengasuhan.¹⁵

Perubahan peran menjadi ibu juga diikuti oleh meningkatnya tanggung jawab domestik dan berkurangnya ruang untuk menjalankan identitas lain. Sebagian partisipan merasa bahwa kehidupan mereka hanya berpusat pada peran sebagai ibu dan istri. Temuan tersebut sejalan dengan sintesis penelitian kualitatif yang menempatkan ketidaknyamanan dalam transisi peran sebagai salah satu pengalaman utama ibu dengan depresi pascamelahirkan.¹⁵

Perubahan peran tidak dapat dianggap sebagai penyebab tunggal gejala depresi. Penelitian ini tidak menilai riwayat gangguan mental, pengalaman persalinan, komplikasi obstetri, kondisi ekonomi, kualitas hubungan sebelum kehamilan, atau faktor biologis secara terperinci. Temuan menunjukkan makna yang diberikan partisipan terhadap perubahan peran, bukan hubungan kausal antara tanggung jawab domestik dan depresi pascamelahirkan.

Gangguan tidur dan kecemasan ditemukan pada sembilan partisipan. Sebagian ibu tetap terjaga untuk memeriksa keadaan bayi secara berulang karena khawatir terjadi sesuatu. Kesulitan tidur pada masa postpartum dapat berkaitan dengan kebutuhan pengasuhan maupun tekanan emosional.¹ Oleh karena itu, pengalaman tersebut perlu dinilai berdasarkan durasi, intensitas, gangguan fungsi, dan kondisi klinis ibu, bukan hanya dianggap sebagai konsekuensi normal memiliki bayi.

Penelitian ini menggunakan skor EPDS ≥ 10 sebagai salah satu dasar pemilihan partisipan. Skor tersebut mengidentifikasi peningkatan gejala yang memerlukan evaluasi

lebih lanjut, tetapi tidak membuktikan bahwa seluruh partisipan memiliki diagnosis klinis depresi mayor.¹² Interpretasi hasil karena itu difokuskan pada pengalaman ibu dengan diagnosis atau gejala depresi pascamelahirkan berdasarkan skrining, bukan pada perbandingan tingkat keparahan gangguan klinis.

Tema kedua memperlihatkan bahwa dukungan keluarga memiliki sifat yang kompleks. Bantuan suami dalam merawat bayi atau menyelesaikan pekerjaan sehari-hari memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat. Namun, bantuan instrumental tidak selalu disertai pemahaman terhadap kesedihan dan kebutuhan emosional ibu. Temuan ini mendukung pemahaman bahwa manfaat dukungan sosial dipengaruhi oleh bentuk, kualitas, dan kesesuaiannya dengan kebutuhan penerima.⁵

Dukungan emosional menjadi penting karena ibu tidak hanya membutuhkan pengurangan beban pekerjaan, tetapi juga ingin didengarkan dan dipahami tanpa disalahkan. Penelitian mengenai dukungan pasangan menunjukkan bahwa ibu dengan gejala depresi pascamelahirkan cenderung mempersepsikan dukungan pasangan yang lebih rendah dan konflik hubungan yang lebih tinggi dibandingkan ibu tanpa gejala tersebut.¹⁶

Keluarga besar juga memiliki peran yang bersifat ambivalen. Bantuan berupa makanan atau dukungan pengasuhan dapat dirasakan bermanfaat, sedangkan perbandingan dengan pengalaman generasi sebelumnya dapat menimbulkan rasa bersalah dan dianggap meremehkan kesulitan ibu. Temuan ini tidak dapat digeneralisasikan sebagai pola seluruh

keluarga atau mertua karena penelitian hanya menggali pengalaman dari perspektif ibu. Namun, pengalaman tersebut menunjukkan bahwa niat membantu belum tentu menghasilkan dukungan yang dirasakan positif apabila cara penyampaiannya tidak sesuai dengan kebutuhan emosional ibu.

Kesenjangan antara dukungan yang diharapkan dan bantuan yang diterima menjadi sumber kekecewaan bagi sebagian besar partisipan. Ibu berharap suami lebih terlibat dalam pengasuhan dan tersedia sebagai tempat berbagi, sedangkan pembagian peran dalam keluarga belum selalu sesuai dengan harapan tersebut. Dukungan karena itu tidak cukup dinilai berdasarkan keberadaan pasangan atau keluarga, tetapi perlu memperhatikan komunikasi, pembagian tanggung jawab, dan persepsi ibu terhadap bantuan yang diterima.^{5,16}

Temuan ini tidak menunjukkan bahwa dukungan keluarga secara langsung menyebabkan atau mencegah gejala depresi pada partisipan. Desain penelitian tidak digunakan untuk menguji hubungan kausal. Hasil lebih tepat dipahami sebagai gambaran bahwa dukungan keluarga dapat dirasakan membantu pada satu keadaan, tetapi menjadi sumber tekanan ketika disertai pengabaian kebutuhan emosional, komentar yang merendahkan, atau ketidaksesuaian ekspektasi.

Tema ketiga memperlihatkan bahwa pencarian pertolongan dipengaruhi oleh hambatan individual, interpersonal, dan struktural. Stigma merupakan hambatan yang paling banyak disampaikan. Kekhawatiran dianggap mengalami gangguan jiwa atau tidak mampu merawat bayi menyebabkan sebagian

partisipasi memilih menyembunyikan keluhan. Kajian mengenai pencarian pertolongan pada depresi perinatal juga mengidentifikasi stigma, kesalahpahaman mengenai gejala, keyakinan sosial, dan kurangnya dukungan sebagai hambatan yang sering muncul.^{7,17}

Minimnya pengetahuan membuat sebagian ibu menganggap kesedihan dan perubahan suasana hati sebagai keadaan yang selalu normal setelah melahirkan. Normalisasi tersebut dapat menyulitkan ibu membedakan penyesuaian emosi sementara dari gejala yang menetap dan mengganggu fungsi. Penelitian di Uganda juga menemukan bahwa stigma, kurangnya dukungan sosial, keterbatasan ekonomi, dan penggunaan pilihan pertolongan alternatif dapat menghambat pencarian pelayanan depresi pascamelahirkan.¹⁸

Hambatan biaya, transportasi, waktu, energi, dan kesulitan membawa bayi menunjukkan bahwa keputusan mencari pertolongan tidak hanya ditentukan oleh kesediaan ibu. Temuan mengenai pembiayaan atau cakupan asuransi pada penelitian ini merupakan persepsi yang disampaikan partisipan dan bukan hasil evaluasi terhadap kebijakan pembiayaan kesehatan. Namun, pengalaman tersebut tetap penting karena persepsi bahwa layanan sulit dijangkau dapat memengaruhi keputusan ibu untuk mencari bantuan.

Seluruh partisipan menggunakan strategi koping mandiri, seperti berbagi cerita dengan ibu lain, tidur ketika bayi tidur, dan menulis buku harian. Strategi tersebut dapat memberikan ruang untuk beristirahat dan mengekspresikan emosi. Akan tetapi, penelitian ini tidak menilai

efektivitas setiap strategi atau perubahan gejala setelah strategi tersebut dilakukan. Strategi koping mandiri lebih tepat dipandang sebagai upaya ibu mempertahankan fungsi sehari-hari dan bukan sebagai pengganti penilaian profesional ketika gejala menetap, memburuk, atau menimbulkan risiko keselamatan.

Pedoman pelayanan kesehatan perinatal menekankan bahwa hasil skrining positif perlu diikuti oleh penilaian lebih lanjut, penentuan kebutuhan klinis, dan jalur rujukan yang jelas. Skrining tidak memberikan manfaat optimal apabila pelayanan tidak memiliki mekanisme untuk melakukan asesmen, tindak lanjut, dan intervensi yang sesuai.¹⁹

Penanganan perlu disesuaikan dengan tingkat keparahan gejala, preferensi ibu, riwayat kesehatan, keadaan menyusui, risiko terhadap ibu dan bayi, serta ketersediaan layanan. Pilihan perawatan dapat meliputi dukungan psikososial, intervensi psikologis, dan terapi farmakologis berdasarkan penilaian tenaga profesional.^{20,21}

Implikasi dan Rekomendasi Pelayanan

Temuan penelitian mendukung pengintegrasian kesehatan mental perinatal ke dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak. WHO merekomendasikan lingkungan pelayanan yang aman, menghormati ibu, bebas stigma, dan memungkinkan perempuan membicarakan kesulitan psikologisnya selama masa perinatal.²²

Pada tingkat pelayanan primer, puskesmas dan layanan kesehatan ibu-anak dapat melakukan skrining gejala pada kunjungan antenatal dan postpartum dengan instrumen yang sesuai. Hasil skrining positif perlu dilanjutkan dengan wawancara klinis, penilaian gangguan

fungsi, pemeriksaan risiko keselamatan, serta rujukan berdasarkan kebutuhan ibu. Skrining sebaiknya tidak berhenti pada pencatatan skor EPDS.

Tenaga kesehatan perlu memberikan informasi sederhana mengenai perbedaan perubahan emosi sementara dan gejala yang memerlukan pertolongan. Edukasi dapat mencakup kesedihan yang menetap, kehilangan minat, kecemasan yang mengganggu, kesulitan tidur yang tidak hanya disebabkan oleh kebutuhan bayi, ketidakmampuan menjalankan aktivitas, serta munculnya pikiran untuk menyakiti diri sendiri atau bayi. Ibu yang menunjukkan risiko keselamatan memerlukan penilaian segera dan tidak cukup hanya diberikan edukasi umum.¹⁹

Suami dan anggota keluarga terdekat dapat dilibatkan dengan persetujuan ibu. Edukasi keluarga perlu menekankan bahwa dukungan tidak hanya berupa biaya atau bantuan merawat bayi, tetapi juga mendengarkan tanpa menghakimi, membantu ibu memperoleh waktu istirahat, membagi tanggung jawab rumah tangga, mengenali tanda perburukan, dan mendampingi ibu mencari pertolongan.

Pelayanan juga perlu mengembangkan jalur rujukan yang mudah dipahami oleh ibu dan keluarga. Tenaga kesehatan primer dapat menjelaskan tempat rujukan, tahapan memperoleh pelayanan, kemungkinan pembiayaan, dan langkah yang dilakukan apabila gejala memburuk. Tindak lanjut melalui kunjungan ulang, komunikasi jarak jauh, atau kunjungan rumah dapat dipertimbangkan berdasarkan sumber daya dan kewenangan pelayanan setempat. Integrasi kesehatan mental

ke dalam pelayanan maternal memungkinkan kebutuhan psikologis ibu dikenali tanpa harus menunggu ibu datang secara khusus ke layanan kesehatan jiwa.²²

Keterbatasan Penelitian

Penelitian melibatkan 12 partisipan sehingga temuan menggambarkan kedalaman pengalaman kelompok yang diteliti dan tidak dimaksudkan untuk mewakili seluruh ibu postpartum. Frekuensi dan persentase hanya menunjukkan banyaknya partisipan yang mengungkapkan tema tertentu, bukan prevalensi gejala atau hambatan pada populasi.

Partisipan mencakup ibu yang telah memperoleh diagnosis serta ibu dengan skor EPDS ≥ 10 . Karena status diagnosis klinis tidak terdokumentasi secara seragam, penelitian tidak dapat membandingkan pengalaman berdasarkan diagnosis maupun tingkat keparahan depresi. EPDS juga merupakan instrumen skrining sehingga hasilnya tidak dapat digunakan sebagai satu-satunya dasar penetapan gangguan klinis.

Karakteristik demografis dan klinis partisipan belum tersedia secara lengkap dalam manuskrip. Penelitian belum dapat menjelaskan variasi pengalaman berdasarkan usia ibu, usia bayi, jumlah anak, pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi, riwayat gangguan mental, komplikasi persalinan, maupun bentuk pengobatan yang pernah diterima.

Frekuensi tema dihitung setelah proses interpretasi kualitatif. Walaupun membantu memperlihatkan pola lintas kasus, angka tersebut dapat mengurangi penekanan terhadap keunikan pengalaman individual apabila ditafsirkan sebagai hasil kuantitatif. Oleh karena

itu, temuan perlu dibaca bersama narasi dan kutipan partisipan.

Meskipun memiliki keterbatasan, penelitian ini memberikan gambaran mengenai keterkaitan pengalaman emosional, perubahan peran, hubungan keluarga, dan hambatan pelayanan pada ibu dengan gejala depresi pascamelahirkan. Temuan memperlihatkan bahwa pelayanan yang berpusat pada ibu perlu memperhatikan bukan hanya keberadaan gejala, tetapi juga kemampuan ibu mengungkapkan kesulitan, kualitas dukungan keluarga, serta jalur nyata untuk memperoleh pertolongan.

KESIMPULAN

Ibu postpartum dengan diagnosis atau indikasi gejala depresi pascamelahirkan berdasarkan skrining EPDS ≥ 10 mengalami kesedihan yang sering disembunyikan, perasaan tidak mampu, gangguan tidur, kecemasan, dan tekanan akibat perubahan peran. Pengalaman tersebut tidak hanya berkaitan dengan keadaan emosional ibu, tetapi juga dengan pembagian tanggung jawab pengasuhan, kualitas hubungan keluarga, dan kemudahan memperoleh pertolongan.

Dukungan suami dan keluarga dapat membantu mengurangi beban praktis serta memberi kesempatan kepada ibu untuk beristirahat. Namun, dukungan tersebut belum selalu disertai pemahaman terhadap kebutuhan emosional ibu. Perbandingan, komentar yang menghakimi, ketidakhadiran pasangan, dan ketidaksesuaian antara dukungan yang diharapkan dan diterima dapat dirasakan sebagai tekanan tambahan.

Stigma, keterbatasan pengetahuan, biaya, transportasi, waktu, dan ketersediaan pelayanan menjadi hambatan dalam mencari pertolongan profesional. Strategi koping mandiri membantu partisipan menjalani aktivitas sehari-hari, tetapi tidak menggantikan penilaian dan intervensi profesional ketika gejala menetap, memburuk, atau menimbulkan risiko keselamatan. Pelayanan kesehatan ibu dan anak perlu mengintegrasikan skrining, penilaian klinis lanjutan, edukasi keluarga, dukungan psikososial, dan jalur rujukan kesehatan mental yang mudah diakses.

DAFTAR REFERENSI

1. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020;19(3):313-327. doi:10.1002/wps.20769
2. Bai Y, Li Q, Cheng KK, et al. Prevalence of Postpartum Depression Based on Diagnostic Interviews: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depress Anxiety*. 2023;2023:8403222. doi:10.1155/2023/8403222
3. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Heal*. 2019;15:1745506519844044. doi:10.1177/1745506519844044
4. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J*

5. Khademi K, Kaveh MH. Social support as a coping resource for psychosocial conditions in postpartum period: a systematic review and logic framework. *BMC Psychol.* 2024;12:301. doi:10.1186/s40359-024-01814-6
6. White LK, Kornfield SL, Himes MM, et al. The impact of postpartum social support on postpartum mental health outcomes during the COVID-19 pandemic. *Arch Womens Ment Health.* 2023;26(4):531-541. doi:10.1007/s00737-023-01330-3
7. Place JMS, Renbarger K, Van De Griend K, Guinn M, Wheatley C, Holmes O. Barriers to help-seeking for postpartum depression mapped onto the socio-ecological model and recommendations to address barriers. *Front Glob Women's Heal.* 2024;5:1335437. doi:10.3389/fgwh.2024.1335437
8. Ariasih A, Besral, Budiharsana MP, Ronoatmodjo S. Common Mental Disorders and Associated Factors During Pregnancy and the Postpartum Period in Indonesia: An Analysis of Data From the 2018 Basic Health Research. *J Prev Med Public Heal.* 2024;57(4):388-398. doi:10.3961/jpmpmh.24.082
9. Nurbaeti I, Deoisres W, Hengudomsub P. Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. *Sex Reprod Healthc.* 2019;20:72-76. doi:10.1016/j.srhc.2019.02.004
10. Hadfield H, Wittkowski A. Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *J Midwifery Womens Health.* 2017;62(6):723-736. doi:10.1111/jmwh.12669
11. Smith JA, Flowers P, Larkin M. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research.* 2nd ed. SAGE Publications; 2021.
12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(6):782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
13. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD, Group DepresSD (DEPRESSD) E. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ.* 2020;371:m4022. doi:10.1136/bmj.m4022
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care.* 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
15. Wu J, Guo X, Du J, et al. Psychological experience of patients with postpartum

- depression: A qualitative meta-synthesis. *PLoS One*. 2024;19(11):e0312996. doi:10.1371/journal.pone.0312996
16. Dennis CL, Ross LE. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs*. 2006;56(6):588-599. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x
17. Hu Y, Huang S, Xiao M, et al. Barriers and facilitators of psychological help-seeking behaviors for perinatal women with depressive symptoms: A qualitative systematic review based on the Consolidated Framework for Implementation Research. *Midwifery*. 2023;122:103686. doi:10.1016/j.midw.2023.103686
18. Akongo D, Gwokyalya V, Tusubira A, et al. Barriers and facilitators to seeking postpartum depression care services among postpartum mothers in Jinja Hospital Uganda. *J Interv Epidemiol Public Heal*. 2024;7(2):20. doi:10.37432/jieph.2024.7.2.111
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. *Obstet Gynecol*. 2023;141(6):1232-1261. doi:10.1097/AOG.0000000000005200
20. American College of Obstetricians and Gynecologists. Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstet Gynecol*. 2023;141(6):1262-1288. doi:10.1097/AOG.0000000000005202
21. National Institute for Health and Care Excellence. *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance*. National Institute for Health and Care Excellence; 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
22. World Health Organization. *WHO Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*. World Health Organization; 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>