



RISIKO KEHAMILAN TERHADAP KEJADIAN DEPRESI POSTPARTUM IBU NIFAS

Matilda Bupu Ria, S.ST., M.Kes., M.K.M

RISIKO KEHAMILAN TERHADAP KEJADIAN DEPRESI POSTPARTUM IBU NIFAS

Penulis:

Matilda Bupu Ria, S.ST., M.Kes., M.K.M



GETPRESS INDONESIA

**RISIKO KEHAMILAN TERHADAP KEJADIAN DEPRESI POSTPARTUM
IBU NIFAS**

Penulis:

Matilda Bupu Ria, S.ST., M.Kes., M.K.M

ISBN:

Editor: Dr. Neila Sulung, N.S. S.Pd., M.Kes.

Penyunting: Mila Sari, M.Si.

Desain Sampul dan Tata Letak: Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

Penerbit: GETPRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, November 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan kepada Tuhan yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat, hidayahNya sehingga kami bisa menyelesaikan monograf yang berjudul Risiko Kehamilan Terhadap Kejadian Depresi Postpartum Ibu Nifas. Buku ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh faktor risiko saat kehamilan terhadap kejadian depresi *postpartum* Ibu Nifas. Kejadian depresi *postpartum* ibu hamil pasca melahirkan dapat mengganggu proses interaksi ibu dan bayi, serta berdampak menurunnya fungsi sosial ibu dan kualitas hidupnya. Hadirnya buku ini sebagai upaya penanganan deteksi dini terhadap pasien ibu *postpartum* sebagai langkah awal untuk mencegah agar tidak berlanjut menjadi depresi *postpartum* yang bisa membahayakan bagi ibu dan bayi.

Kami mengucapkan terimakasih atas bantuan dari pihak yang telah berkontribusi dengan memberikan sumbangan baik pikiran maupun materinya. Terlepas dari segala hal tersebut, kami sadar sepenuhnya bahwa masih ada kekurangan baik dari segi susunan kalimat, tata bahasa maupun isi dari buku ini karena keterbatasan pengetahuan dan pengalaman kami. Untuk itu kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi kesempurnaan buku ini.

Surakarta, September 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR.....	iv
DAFTAR LAMPIRAN.....	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II KONSEP KEHAMILAN.....	5
A. Definisi Kehamilan.....	5
B. Fisiologi Proses Kehamilan	5
C. Pembagian Waktu Kehamilan	8
D. Tanda-Tanda Kehamilan.....	8
E. Kehamilan dengan Risiko Tinggi	9
F. Tanda Bahaya Kehamilan.....	10
G. Antenatal Care	11
BAB III KONSEP POSTPARTUM.....	13
A. Definisi <i>Postpartum</i>	13
B. Etiologi <i>PostPartum</i>	13
C. Tahapan Masa <i>Postpartum</i>	15
D. Proses Adaptasi Psikologis pada Masa <i>Postpartum</i>	15
BAB IV DEPRESI <i>POSTPARTUM</i>	17
A. Definisi Depresi <i>Postpartum</i>	17
B. Gejala Depresi <i>Postpartum</i>	17
C. Penyebab Depresi <i>Postpartum</i>	18
D. Klasifikasi Gangguan Depresi pada <i>Postpartum</i>	18
E. Dampak Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	21
F. Penatalaksanaan Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	22
G. Alat Skrining Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	23
BAB V DETERMINAN DEPRESI <i>POSTPARTUM</i>.....	25
A. Usia Ibu.....	25
B. Pendapatan (<i>income</i>) Keluarga	26
C. Dukungan keluarga.....	27
D. Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT)	30
E. Jenis Persalinan.....	31
F. Paritas	33
G. Kehamilan yang tidak Diinginkan (<i>Unwanted Pregnancy</i>).....	34
H. Stres Psikologis.....	34

BAB VI ANALISIS PENGARUH FAKTOR RISIKO SAAT KEHAMILAN TERHADAP KEJADIAN DEPRESI POSTPARTUM IBU NIFAS.....	39
A. Pengaruh Usia Ibu terhadap Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	40
B. Pengaruh Pendapatan (<i>Income</i>) Keluarga terhadap Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	43
C. Pengaruh Dukungan Keluarga Masa Kehamilan terhadap Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	44
D. Pengaruh Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) terhadap Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	45
E. Pengaruh Jenis Persalinan terhadap Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	46
F. Pengaruh Paritas terhadap Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	48
G. Pengaruh <i>Unwanted Pregarancy</i> terhadap Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	49
H. Pengaruh Stres Psikologis terhadap Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	50
I. Pengaruh Faktor Risiko Saat Kehamilan Terhadap Status Imunisasi Dasar Lengkap.....	51
BAB VIII PENUTUP	54
A. Kesimpulan	54
B. Implikasi	54
DAFTAR PUSTAKA.....	56
LAMPIRAN	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kesesuaian Model dan Estimasi Parameter Analisis Jalur	52
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Tabel 1.	Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Usia, Jumlah Anak, Pendidikan, Pekerjaan, Agama, dan Pendapatan	62
Tabel 2.	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia, Jumlah Anak, Pendidikan, Pekerjaan, Agama, dan Pendapatan	63
Tabel 3.	Analisis <i>Chi-Square</i> Pengaruh Usia Ibu, Pendapatan Keluarga, Dukungan Keluarga, KDRT (Kekerasan Dalam Rumah Tangga), Jenis Persalinan, Paritas, <i>Unwanted Pregnancy</i> , dan Stres Psikologis terhadap Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	64
Tabel 4.	Hasil Analisis Jalur Pengaruh Faktor Risiko Saat Kehamilan Terhadap Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>	65

BAB I

PENDAHULUAN

Kehamilan, melahirkan, dan menjadi seorang ibu merupakan proses fisiologis. Menjadi seorang ibu mempunyai makna tersendiri bagi setiap wanita hamil dan juga keluarganya. Sebagian besar wanita menganggap proses ini merupakan fase transisi yang menyenangkan pada tahap baru dalam siklus kehidupannya. Tetapi fase ini bisa menjadi proses yang tidak diinginkan sebagai akibat dari gangguan emosional selama periode setelah melahirkan (*postpartum period*). Salah satu gangguan emosional pada wanita periode *postpartum* yaitu depresi *postpartum* (Soep, 2011). Depresi *postpartum* merupakan gangguan perasaan (*mood*) yang dialami oleh ibu pasca melahirkan sebagai akibat kegagalan dalam penerimaan proses adaptasi psikologis (Kenwa, 2015).

Prevalensi kejadian depresi *postpartum* secara global sebesar 10-15% dari ibu hamil pasca melahirkan. Menurut Dira (2016) didapatkan data prevalensi kejadian depresi *postpartum* di beberapa negara, diantaranya India sebesar 11% dari ibu *postpartum*; Arab sebesar 15,8% dari ibu *postpartum*, Afrika Selatan sebesar 34,7% dari ibu *postpartum*, Cina sebesar 11,2% dari ibu *postpartum*, Jepang sebesar 11% dari ibu *postpartum*, dan Kanda 8% dari ibu *postpartum*. Prevalensi kejadian depresi *postpartum* di negara Asia cukup tinggi dan bervariasi dengan angka kejadian sebesar 26-85% dari ibu *postpartum*. Sedangkan prevalensi kejadian depresi *postpartum* di Indonesia sebesar 50-

70% dari ibu *postpartum* (Taherifard, *et al.*, 2013). Penelitian yang dilakukan di Jakarta, Yogyakarta, dan Surabaya didapatkan angka kejadian depresi *postpartum* sebesar 11-30% dari ibu *postpartum* (Riani *et al.*, 2013).

Kejadian depresi *postpartum* mempengaruhi sekitar 10-15% dari ibu pasca melahirkan, kejadian ini dapat mengganggu proses interaksi ibu dan bayi. Dampak kejadian depresi *postpartum* bagi ibu yaitu menurunnya fungsi sosial ibu dan kualitas hidupnya. Depresi *postpartum* tidak dialami oleh semua wanita tetapi semua gejala yang ada dapat membuat tekanan dan menjadikan stres serta terkadang dapat membuat wanita yang mengalami gangguan depresi *postpartum* berada dalam keadaan terisolasi (Indriasari, 2017). Selain itu, kejadian depresi *postpartum* juga bisa mengakibatkan terjadinya gangguan psikologis jangka pendek dan jangka panjang baik pada ibu, anak, suami ataupun anggota keluarga lainnya yang bisa menyebabkan gangguan hubungan tali kasih ibu dan anak, kurangnya perhatian ibu dalam merawat, mengasuh serta membesarkan anaknya. Maka dari itu, kejadian depresi *postpartum* bisa berdampak buruk terhadap kesehatan ibu dan anak.

Tingkat keparahan kejadian depresi *postpartum* bervariasi, dari keadaan yang paling ringan yang dikenal dengan istilah *Baby Blues (Postpartum blues)* dan paling berat disebut *Psychosis postpartum* (Patel, *et al.*, 2015). Jadi, kejadian depresi *postpartum* merupakan depresi dengan tingkat keparahan yang berada diantara *baby blues (postpartum blues)* dan *psychosis postpartum*. Kejadian depresi ini bisa dengan mudah dikenali, tetapi bentuk yang paling ringan atau munculnya perlahan seringkali terlewatkan oleh pasien dan petugas kesehatan karena dianggap normal. Hal ini juga terjadi pada pasien dengan kejadian depresi *postpartum* yang sulit dideteksi karena ibu sering segan untuk

melaporkan gejala depresi yang dialaminya kepada petugas kesehatan. Faktor yang signifikan dalam penanganan kejadian depresi *postpartum* yang terbanyak adalah terlambatnya deteksi awal sehingga tidak mendapatkan perawatan yang adekuat. Selain itu pula perlunya dilakukan deteksi dini terhadap pasien ibu *postpartum* sebagai langkah awal untuk mencegah agar tidak berlanjut menjadi depresi *postpartum* yang bisa membahayakan bagi ibu dan bayi.

Jumlah ibu *postpartum* di RSUD Dr. Moewardi baik yang persalinan normal ataupun SC (*Sectio Caesarea*), baik yang rawat inap ataupun rawat jalan pada tahun 2016 berjumlah 1894, pada tahun 2017 berjumlah 1935, sedangkan pada tahun 2018 (Januari) berjumlah 121.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai pengaruh faktor risiko saat kehamilan terhadap kejadian depresi *postpartum* ibu nifas. Penelitian bertujuan untuk melakukan analisis pengaruh faktor risiko saat kehamilan terhadap kejadian depresi *postpartum*. Berikut adalah beberapa faktor yang akan dianalisis yang mempengaruhi risiko saat kehamilan terhadap kejadian depresi *postpartum*.

- a. Pengaruh usia ibu terhadap kejadian depresi *postpartum*.
- b. Pengaruh pendapatan keluarga terhadap kejadian depresi *postpartum*.
- c. Pengaruh dukungan keluarga masa kehamilan terhadap kejadian depresi *postpartum*.
- d. Pengaruh kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) masa kehamilan terhadap kejadian depresi *postpartum*.
- e. Pengaruh jenis persalinan terhadap terhadap kejadian depresi *postpartum*.
- f. Pengaruh paritas terhadap kejadian depresi *postpartum*.

- g. Pengaruh kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*) terhadap kejadian depresi *postpartum*.
- h. Pengaruh stres psikologis terhadap kejadian depresi *postpartum*.

Penelitian diharapkan sebagai modal bagi pengembangan kerangka teoritis yang berkaitan dengan pengaruh faktor risiko saat kehamilan terhadap kejadian depresi *postpartum*, serta Instrumen-instrumen yang digunakan dapat dimanfaatkan untuk mengukur kejadian depresi *postpartum* pada ibu nifas akibat faktor risiko saat kehamilan.

BAB II

KONSEP KEHAMILAN

A. Definisi Kehamilan

Kehamilan bisa terjadi karena bertemunya sel telur (ovum) dan sel mani (sperma) (Saminem, 2008). Kehamilan adalah pembuahan atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung selama 40 minggu (Prawirohardjo, 2009).

Kehamilan adalah peleburan sel sperma dengan sel ovum yang menghasilkan zigot, zigot implantasi/ menempel pada dinding uterus sehingga tumbuh berkembang menjadi embrio dan janin.

B. Fisiologi Proses Kehamilan

Menurut Manuaba (2010) dalam Ayu, et al. (2022) proses kehamilan akan terjadi jika terdapat 5 aspek berikut:

1. Ovum

Merupakan sel dengan diameter $\pm 0,1$ mm yang terdiri dari suatu nukleus yang terapung-apung dalam vitellus yang dilindungi oleh zona pelusida dan korona radiata.

2. Spermatozoa

Bentuk sperma seperti cebong yang terdiri atas kepala (lonjong sedikit gepeng yang mengandung inti), leher (penghubung antara kepala dan ekor), ekor (panjang sekitar 10 kali kepala, mengandung energi sehingga dapat

bergerak). Pada saat berhubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40-60 juta sperma setiap cc.

3. Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti sperma disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. proses konsepsi dapat berlangsung seperti berikut :

- a. Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, dilindungi oleh korona radiata, yang mengandung persediaan nutrisi.
- b. Pada ovum, dijumpai inti dalam bentuk metafase ditengah sitoplasma yng disebut vitelus.
- c. Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang, nutrisi yang dialirkan kedalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.
- d. Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh dengan jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai hidup terlama di dalam ampula tuba.
- e. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Pada kavum uteri, terjadi proses kapasitasi yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi. Sperma melanjutkan perjalanan menuju tuba falopi. Sperma hidup selama tiga hari di dalam genetalia interna. Sperma akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses hialurodinase. Melalui stoma, sperma memasuki ovum. Setelah kepala sperma masuk kedalam ovum, ekornya lepas dan tertinggal diluar. Inti ovum dan inti sperma bertemu dengan membentuk zigot.

4. Nidasi atau Implantasi

Masuknya inti sperma kedalam sitoplasma membangkitkan kembali pembelahan dalam inti ovum. Pembelahan terus terjadi dan di dalam morula terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut blastula. Sementara itu pada fase sekresi, endometrium semakin tebal dan semakin banyak mengandung glikogen yang disebut desidua. Sel trofoblas merupakan sel yang melapisi blastula melakukan destruksi enzimatik proteolitik sehingga dapat menanamkan diri di dalam endometrium. Proses penanaman blastula terjadi pada hari ke 6 sampai 7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula ke dalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda hartman.

5. Plasentasi

Nidasi atau implantasi terjadi pada bagian fundus uteri di dinding depan atau belakang. Sel trofoblas akan menghancurkan endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari primer vili korealis. Dengan terjadinya nidasi maka desidua terbagi menjadi desidua basalis yang berhadapan dengan korion frondusum yang berkembang menjadi plasenta, desidua kapularis yang menutupi hasil konsepsi, desidua yang berlawanan dengan desidua kapularis adalah desidua parietalis. Vili korealis yang tumbuh tidak subur disebut *korion leaf*.

C. Pembagian Waktu Kehamilan

Pembagian waktu dalam proses kehamilan terdiri dari tiga trimester, menurut Prawirohardjo (2009) antara lain :

- a. Trimester pertama (0-12 minggu)
- b. Trimester kedua (13-27 minggu)
- c. Trimester ketiga (28-40 minggu)

D. Tanda-Tanda Kehamilan

Tanda-tanda yang muncul pada ibu yang sedang hamil menurut Manuaba (2010), antara lain :

1. Tanda Kemungkinan Kehamilan
 - a. Tanda subjektif hamil : Terlambat datang bulan, terdapat mual dan muntah, terasa sesak atau nyeri di bagian bawah, terasa gerakan janin di dalam perut, sering BAK (Buang Air Kecil).
 - b. Tanda objektif hamil : Pembesaran dan perubahan konsistensi rahim dengan memperhatikan tanda *piscacek* dan *hegar*, perubahan warna dan konsistensi serviks, kontraksi *braxton hicks*, terdapat *balotemen*, teraba bagian janin, terdapat kemungkinan pengeluaran kolostrum, terdapat hiperpigmentasi kulit, terdapat kebiruan vagina atau selaput lendir pada vulva.
 - c. Tanda Pasti Kehamilan
 - 1) Teraba gerakan janin di dalam rahim.
 - 2) Terdengar denyut jantung janin (DJJ) pada usia kehamilan sudah memasuki 12 minggu.
 - 3) Pemeriksaan *rontgen* terdapat kerangka janin.
 - 4) Pemeriksaan ultrasonografi: Terdapat kantong hamil pada usia kehamilan 4 minggu, terdapat *fetal plate* pada usia kehamilan 4 minggu,

terdapat kerangka janin pada usia kehamilan 4 minggu, dan terdapat denyut jantung janin pada usia kehamilan 6 minggu.

E. Kehamilan dengan Risiko Tinggi

Kehamilan dengan risiko tinggi adalah keadaan yang bisa mempengaruhi kesehatan optimalisasi kesehatan ibu dan janin selama proses kehamilan (Manuaba, 2010). Manuaba juga menjelaskan bahwa beberapa peneliti mengklasifikasikan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut :

1. Anamnesa

a. Umum Penderita

- 1) Kurang dari 19 tahun
- 2) Lebih dari 35 tahun
- 3) Perkawinan di atas 5 tahun.

b. Riwayat Operasi

- 1) Operasi plastik pada vagina-fistei atau tumor vagina
- 2) Operasi persalinan atau operasi pada rahim.

c. Riwayat Kehamilan

- 1) Keguguran berulang
- 2) Kematian intrauterine
- 3) Sering mengalami perdarahan saat hamil
- 4) Terjadi infeksi saat hamil
- 5) Anak terkecil lebih dari 5 tahun tanpa KB
- 6) Riwayat mola hidatidosa atau korio karsinoma

d. Riwayat Persalinan

- 1) Persalinan premature
- 2) Persalinan dengan berat bayi lahir rendah
- 3) Persalinan lahir mati
- 4) Persalinan dengan induksi

- 5) Persalinan dengan plasenta manual
 - 6) Persalinan dengan perdarahan *postpartum*
 - 7) Persalinan dengan tindakan ekstraksi forseps, ekstraksi vakum, letak sungsang, operasi S.C.
2. Pemeriksaan Fisik
- a. Hasil Pemeriksaan Fisik Umum
 - 1) Tinggi badan kurang dari 145 cm
 - 2) *Deformitas* pada tulang panggul
 - 3) Kehamilan disertai : anemia, penyakit jantung, diabetes melitus, paru-paru, *hepar* atau ginjal.
 - b. Hasil Pemeriksaan Kehamilan
 - 1) Kehamilan trimester pertama : hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, serviks inkompeten, kista ovarium atau mioma uteri
 - 2) Kehamilan trimester kedua dan ketiga : pre eklamsia dan eklamsia, perdarahan, kehamilan ganda, hidramnion, dismaturitas atau gangguan pertumbuhan
 - 3) Kehamilan dengan kelainan letak : sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke-36 pada primi gravida, hamil dengan dugaan disproporsi *sefalo pelvik* kehamilan lewat waktu (diatas 42 minggu).

F. Tanda Bahaya Kehamilan

10 tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas menurut Syafrudin dan Hamidah (2009), yaitu :

1. Ibu tidak mau makan dan muntah secara terus-menerus
2. Berat badan ibu hamil tidak bertambah
3. Perdarahan
4. Bengkak di tangan dan wajah, pusing serta kejang

5. Gerakan janin berkurang atau tidak ada gerakan
6. Kelainan letak janin dalam Rahim
7. Ketuban pecah sebelum waktunya
8. Persalinan lama
9. Penyakit penyerta ibu yang dapat mempengaruhi kehamilan
10. Demam tinggi pada ibu nifas.

G. Antenatal Care

Antenatal care adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksa kondisi ibu dan janin secara berkala yang diikuti dengan upaya mendeteksi terhadap penyulit yang ditemukan pada ibu hamil guna menjaga kesehatan ibu dan janin (Sulistiyanti dan Sunarti, 2015).

Tujuan *antenatal care* yaitu mengenal sedini mungkin penyulit saat kehamilan, mengenal dan menangani penyulit saat kehamilan, memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan dan proses selanjutnya setelah kehamilan, menurunkan angka kesakitan dan kematian maternal (Sulistiyanti dan Sunarti, 2015).

Standart minimal perawatan *antenatal care* yaitu 14 T menurut Sulistiyanti dan Sunarti (2015), antara lain :

1. Tinggi badan
2. Timbang berat badan
3. Ukur tekanan darah
4. Ukur tinggi fundus uteri
5. Pemberian imunisasi TT lengkap
6. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama hamil
7. Tes terhadap penyakit menular seksual
8. Temu wicara dan konseling dalam rangka rujukan
9. Tes protein urine

10. Tes urine glukosa
11. Tes HB
12. Senam hamil
13. Pemberian obat malaria
14. Pemberian obat gondok

Pemeriksaan kehamilan dilakukan empat kali selama kehamilan, kecuali kehamilan dengan resiko tinggi perlu dilakukan asuhan antenatal lebih sering. Prawihardjo (2009) menjelaskan bahwa terdapat empat kali kunjungan selama periode antenatal, antara lain :

1. Satu kali kunjungan (K_1) selama trimester pertama (sebelum 14 minggu).
2. Satu kali kunjungan (K_2) selama trimester kedua (antara 14-28 minggu).
3. Dua kali kunjungan (K_3 dan K_4) selama trimester ketiga (antara 28-36 minggu dan sesudah 36 minggu).

BAB III

KONSEP POSTPARTUM

A. Definisi *Postpartum*

Masa *postpartum* (puerperium) ialah masa pemulihan kembali, dimulai dari persalinan selesai sampai pada alat- alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lamanya masa *postpartum* adalah 6-8 minggu (Sofian, 2011).

Masa *postpartum* (puerperium) ialah masa yang dimulai setelah keluarnya plasenta dan berakhir saat alat- alat kandungan kembali seperti pada keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira- kira selama 6 minggu (Sulistyawati, 2010).

B. Etiologi *PostPartum*

Penyebab lainnya persalinan belum diketahui tetapi ada beberapa faktor yang turut berperan dan saling berkaitan.

a. Perubahan kadar hormone

Perubahan kadar hormone mungkin dibutuhkan oleh peneuaan plasenta dan terjadi sebagai berikut:

- 1) Kadar progesterone menurun (relaksasi otot menghilang).
- 2) Kadar esterogen dan prostaglandin meninggi.
- 3) Oksitosin pituitary dilepaskan (pada kebanyakan kehamilan produksi hormone akan disupresi).

b. Distensi uterus

Distensi uterus menyebabkan terjadinya hal berikut:

- 1) Serabut otot yang teregang sampai batas kemampuannya akan bereaksi dengan adanya kontraksi.
- 2) Produksi dan pelepasan prostaglandin F myometrium.
- 3) Sirkulasi plasenta mungkin terganggu sehingga menimbulkan perubahan hormone

c. Tekanan janin

Kalau janin sudah mencapai batas pertumbuhannya di dalam uterus, ia akan menyebabkan :

- 1) Peningkatan tekanan dan ketegangan pada dinding uterus.
- 2) Stimulasi dinding uterus yang tegang tersebut sehingga timbul kontraksi

d. Factor-faktor lain

- 1) Penurunan tekanan secara mendadak ketika selaput amnion pecah.
- 2) Gangguan emosional yang kuat (lewat rantai korteks-hipotalamus hipofise) dapat menyebabkan pelepasan oksitosin.

C. Tahapan Masa *Postpartum*

Adapun beberapa tahapan masa *postpartum* menurut Sulistyawati (2010), antara lain :

1. *Puerperium dini* yaitu masa kepulihan, dimana ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.
2. *Puerperium intermedial* yaitu masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
3. *Remote puerperium* yaitu waktu masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

D. Proses Adaptasi Psikologis pada Masa *Postpartum*

Proses adaptasi psikologis, yaitu suatu proses penerimaan peran baru sebagai orang tua yang dialami oleh seorang wanita. Adaptasi ini dibagi menjadi beberapa fase menurut Rahmat dan Karywati (2013) diantaranya :

1. Periode Ketergantungan (Fase *taking in*)

Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Perhatian ibu akan terfokus kepada dirinya sendiri. ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ketidaknyamanan fisik seperti his pengiring dan nyeri luka jahitan akan terus diceritakan secara berulang-ulang dengan bersemangat. Dampak yang timbul dan merugikan ibu adalah waktu untuk istirahat dan tidur yg kurang, sehingga akan mengalami kelelahan. Oleh karena itu diperlukan kemampuan untuk mengatur diri supaya cukup istirahat. Gangguan psikologis yang mungkin dialami pada fase ini mudah tersinggung dan sering menangis. Keadaan ini akan membuatnya bersikap pasif terhadap lingkungan. Selain

itu bentuk gangguan psikologis yang mungkin dirasakan oleh ibu pada saat nifas adalah perasaan tidak nyaman akibat perubahan fisik, merasa takut apabila jahitan robek kembali sehingga menahan BAB serta payudara yang membengkak, merasa bersalah karena tidak bisa menyusui bayinya ketika ASI belum keluar, merasa kecewa dengan jenis kelamin bayi yang dilahirkan tidak sesuai dengan keinginan suami, adanya orang yang mengkritik dengan cara merawat bayi yang dilakukannya.

2. Fase *Taking Hold*

Periode ini berlangsung mulai hari ke-3 sampai hari ke-10 *pospartum*. Pada fase ini ibu akan merasa khawatir terhadap ketidakmampuan dalam merawat bayi. Kekhawatiran ini didorong oleh rasa tanggung jawabnya sebagai seorang ibu. Ibu menjadi sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung dan mudah marah. Untuk itu dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

3. Fase *Letting Go*

Fase penerimaan tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung pada hari ke-10 setelah melahirkan (*postpartum*). Ibu mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Pada fase ini dukungan suami dan keluarga masih terus diperlukan, misalnya dalam bentuk membantu pekerjaan rumah tangga sehingga tidak terlalu membebani ibu. Ibu perlu istirahat sehingga memiliki kondisi fisik yang sehat dalam merawat bayinya.

Apabila ketiga fase ini tidak dapat dilewati dengan baik, maka seorang ibu dapat mengalami gangguan depresi *postpartum*.

BAB IV

DEPRESI *POSTPARTUM*

A. Definisi Depresi *Postpartum*

Depresi *postpartum* adalah gangguan mood yang mempengaruhi 10- 15% dari seluruh ibu *postpartum* (Patel, 2012). Ditandai dengan masalah perilaku dan gangguan mental pada wanita sekitar 4 sampai 6 minggu setelah kelahiran (Deng, *et al.*, 2014).

Depresi *postpartum* yaitu depresi setelah melahirkan yang berlangsung sampai berminggu-minggu atau bulan dan kadang ada diantara mereka yang tidak menyadari bahwa yang sedang dialaminya merupakan penyakit (Indriasari, 2017).

B. Gejala Depresi *Postpartum*

Adapun gejala depresi *Postpartum* menurut Indriasari (2017), antara lain:

1. Gampang panik
2. Kurang mampu merawat diri sendiri
3. Enggan melakukan aktifitas yang menyenangkan
4. Motivasi menurun
5. Enggan bersosialisasi
6. Tidak peduli terhadap keadaan bayi atau menjadi terlalu peduli terhadap perkembangan bayi
7. Sulit mengendalikan perasaan, dan
8. Sulit mengambil keputusan.

Sedangkan gejala emosional menurut Indriasari (2017), ialah:

- a. Mudah tersinggung
- b. Perasaan sedih
- c. hilang harapan
- d. merasa tidak berdaya
- e. mood yang berubah-ubah (moodswings)
- f. perasaan tidak layak sebagai ibu
- g. pemikiran bunuh diri
- h. ingin menyakiti orang lain termasuk bayi, diri sendiri, dan suami
- i. perasaan bersalah.

C. Penyebab Depresi *Postpartum*

Adapun penyebab depresi *postpartum* menurut Kenwa *et al* (2015), antara lain :

1. Perubahan fisik dan hormon
2. Kurangnya dukungan suami dan keluarga
3. Riwayat obstetri ibu
4. Proses persalinan yang ibu alami
5. Riwayat depresi pada ibu maupun keluarga sebelumnya
6. Merasa takut pada masa kehamilan dan persalinan, serta
7. Faktor stres akibat masalah yang dirasakan oleh ibu pada saat itu.

D. Klasifikasi Gangguan Depresi pada *Postpartum*

1. *Baby Blues (Postpartum blues)*

Baby Blues merupakan kemurungan dan kesedihan setelah melahirkan, biasanya muncul hanya sementara waktu sekitar dua hari sampai dua minggu sejak kelahiran bayi. Tanda dan gejalanya adalah: menangis tanpa sebab, cemas tanpa sebab, tidak sabaran, kepercayaan diri

berkurang, sensitif dan gampang tersinggung, kebingungan, serta merasa kurang menyayangi bayinya, gagasan bunuh diri tidak ada. Cara mengatasi gangguan psikologis masa nifas pada *Postpartum blues* ialah dengan melakukan pendekatan komunikasi terapeutik (menciptakan hubungan baik antara bidan dan pasien dalam rangka kesembuhannya) dan peningkatan dukungan mental serta dukungan keluarga (Dahro, 2012).

Diperkirakan hampir 50%- 85% wanita setelah persalinan akan mengalami *baby blues* atau *post natal syndrome* yang terjadi pada hari ke 4 setelah melahirkan dan berakhir pada hari ke 10 masa *postpartum* (Patel, *et al.*, 2012). Gejala- gejala *baby blues* tidak perlu dikuatirkan karena tidak membutuhkan pengobatan khusus seperti suasana hati yang tidak menentu, merasa sedih, cemas, sering menangis, nafsu makan berkurang dan sulit tidur (insomnia), (Janiwarty dan Pieter, 2013)

Penyebab terjadinya *baby blues* adalah sejak masa kehamilan hormon progesterone meningkat, setelah proses persalinan, hormon ini mulai mengalami penurunan secara tiba- tiba sehingga berpengaruh pada kondisi fisik dan emosi. Selain itu karena kurangnya dukungan dari suami dan keluarga atas kehadiran anaknya, merasa lelah setelah melahirkan, khawatir terhadap keadaan ekonomi dan masalah- masalah sosial lainnya (Janiwarty dan Pieter, 2013).

2. Depresi *Postpartum*

Depresi *postpartum* merupakan kondisi yang lebih serius dibandingkan dengan *baby blues* yakni ibu mengalami perasaan sedih serta emosi yang meningkat dan merasa tertekan, merasa bersalah, lebih sensitif, mudah lelah, cemas, merasa tidak mampu untuk merawat diri dan bayinya. Faktor yang mempengaruhi kejadian depresi *postpartum* hampir sama dengan penyebab dari *baby blues*, karena *baby blues* yang berkepanjangan dan tidak kunjung hilang setelah persalinan akan berkembang menjadi depresi *postpartum*.

Depresi *postpartum* membutuhkan penanganan dari tenaga kesehatan untuk menghindari risiko terjadinya *psychosis postpartum*. Penanganan yang dibutuhkan berupa: terapi psikologis, konseling dari tenaga kesehatan dan dukungan dari orang-orang terdekat (Priyastiwi, 2009).

3. *Psychosis Postpartum*

Psychosis postpartum adalah keadaan darurat psikiatri yang terjadi pada satu atau dua kasus per 1.000 kelahiran hidup. Hal ini membutuhkan intervensi segera, karena berisiko terhadap pembunuhan bayi dan bunuh diri. Ini puncak dalam dua minggu pertama *postpartum*, dan umumnya terjadi pertama kalinya pada ibu yang berusia 35 tahun ke atas. Tanda dan gejalanya antara lain: perubahan suasana hati, ketidakmampuan tidur atau tidur nyenyak, takut akan bahaya, perubahan nafsu makan, kekhawatiran yang berlebihan terhadap bayi, kesedihan atau tangisan yang berlebihan, merasa ragu, bersalah dan tidak berdaya, kesulitan berkonsentrasi dan mengingat, kehilangan ketertarikan pada hobi dan

aktivitas biasa, dan ingin bunuh diri (Patel, *et al.*, 2012).

Psychosis postpartum membutuhkan penanganan khusus dan diperlukan hospitalisasi. Perawatannya membutuhkan obat-obat medikasi seperti penggabungan antara antidepresi dengan obat antipsikotik. Selain itu, wanita yang mengalami *psychosis postpartum* harus mendapatkan perawatan dari psikiatri agar menangani masalah psikologinya dan mencegah agar tidak bertambah berat (Priyastiwi, 2009).

E. Dampak Kejadian Depresi *Postpartum*

Kejadian depresi *postpartum* memiliki dampak yang serius untuk kehidupan ibu selanjutnya, apabila tidak segera diatasi dengan baik. Kejadian depresi *postpartum* dapat menyebabkan ketidakharmonisan ikatan antara ibu dan anak. Kejadian depresi *postpartum* yang berkepanjangan bisa menyebabkan adanya kesulitan ibu dalam bersosialisasi dan gangguan psikologis (Murray, *et al.*, 1997). Hal ini akan menimbulkan dampak buruk bagi rumah tangga, seperti hubungan yang tidak harmonis. Suami akan merasa stres dan mungkin bisa lebih parah ketika ia merasa dirinya diabaikan oleh istrinya dan tidak menyadari bahwa ia membutuhkan bantuan, sehingga baik suami ataupun istri seharusnya bisa saling mendukung. Pengaruh kejadian depresi *postpartum* juga bisa berdampak pada anak, terutama apabila depresi yang dialami ibu tidak segera ditangani dan menjadi kronis. Seorang ibu yang mengalami depresi cenderung mengabaikan dan membiarkan bayinya. Pada tingkat keparahan depresi tertentu ibu bisa berpikiran untuk melukai bayinya. Dampak pada anak bisa dicegah dengan mendekatkan hubungan dan interaksi dengan orang tua. Apabila diabaikan, maka anak bisa

mengalami hambatan dalam pendidikan, kurang bersosialisasi, baik di sekolah, masyarakat ataupun dirumahnya sendiri (Santos Jr, *et al.*, 2013).

Efek bagi ibu yang mengalami kejadian depresi *postpartum* bisa berkembang menjadi *psykosis postpartum*, ibu tidak dapat merawat bayinya dengan baik, hubungan ibu dengan bayinya tidak dekat, dan yang berbahaya ialah adanya kemungkinan untuk bunuh diri, pembuangan bayi dan pembunuhan bayi (Gondo, 2011).

F. Penatalaksanaan Kejadian Depresi *Postpartum*

Penatalaksanaan yang bisa dilakukan dalam mengatasi kejadian *depresi postpartum* yaitu berupa farmakologi dan non farmakologi. Intrvensi farmakologi bisa berupa obat anti depresi yang harus dipantau oleh dokter atau psikiater. Apabila gejala depresi mulai membaik selama 6 minggu pemberian pengobatan, sebaiknya diteruskan paling sedikit selama 6 bulan untuk mencegah kekambuhan. Pemberian anti depresi harus dipertimbangkan untuk ibu yang menyusui karena akan diekskresikan melalui ASI dan bisa memberikan efek samping terhadap bayi (Gondo, 2011). Sedangkan strategi pengobatan non farmakologis salah satu dengan cara *cognitive behavior therapy* (CBT) yaitu terapi perilaku dalam bentuk konseling untuk membantu klien agar menjadi lebih sehat dan pentingnya dukungan suami dalam kehamilan hingga perawatan bayi (Girsang, 2013). Konseling harus dilakukan oleh seorang tenaga kesehatan yang memiliki pengalaman melakukan konseling lama sehingga lebih mudah untuk menggali permasalahan yang dialami oleh ibu dan memberikan perlakuan konseling kepada ibu minimal dua kali, yakni pada saat ibu hamil dan pada masa *postpartum*,

Kenwa *et al* (2015).

Selain itu, penatalaksanaan kejadian depresi *postpartum* berupa tindakan- tindakan yang bisa dilakukan ibu agar mengurangi kejadian depresi *postpartum* ialah istirahat ketika bayi sedang tidur, tidak menutup diri, terbuka pada suami atau teman tentang perasaan yang dirasakan, beraktifitas seperti biasanya serta ikut dalam kegiatan kelompok pendukung kejadian depresi *postpartum* (Soep, 2011).

G. Alat Skrining Kejadian Depresi *Postpartum*

Alat skrining yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan alat skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS).

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) dikembangkan untuk mengukur gejala kejadian depresi pada ibu pada periode *postpartum* (Park, 2015). EPDS adalah kusioner 10 item yang mudah dijalankan, dan merupakan alat skrining yang efektif. Setiap pertanyaan mempunyai nilai dari 1- 3. EPDS digunakan spesifik untuk menskrining kejadian depresi *postpartum* secara internasional. Ibu yang mendapatkan nilai 10 atau lebih atau mempunyai pikiran untuk membahayakan diri sendiri, maka diperlukan wawancara lebih lanjut untuk melihat gejala dan menentukan diagnosis. Sedangkan ibu yang memiliki gejala depresi tanpa adanya ide bunuh diri dan gangguan fungsi mayor atau mempunyai nilai EPDS antara 5-9 harus dievaluasi kembali 2-4 minggu setelah kelahiran (Dira dan Wahyuni, 2016).

Pengukuran psikologis kondis ibu *postpartum*, khususnya kejadian depresi *postpartum* sudah banyak dilakukan di beberapa negara termasuk di Indonesia. EPDS

biasanya digunakan untuk mengukur tingkat keparahan depresi pada periode depresi *postpartum* dan untuk memperkirakan adanya kejadian depresi *postpartum*. Skala EPDS divalidasi dan menunjukkan keandalan dan kepekaan yang tinggi untuk dideteksi kejadian depresi *postpartum*. Nilai ambang batas 10 atau 11 pada total skor EPDS berguna untuk kriteria diagnostik dalam melakukan diagnosis kejadian depresi *postpartum* 4-6 minggu setelah melahirkan (Roomruangwong, *et al.*, 2016).

BAB V

DETERMINAN DEPRESI *POSTPARTUM*

A. Usia Ibu

Usia seseorang dapat mempengaruhi kehamilannya. Apabila wanita hamil pada masa reproduksi, kecil kemungkinan untuk mengalami komplikasi dibandingkan wanita yang hamil dibawah usia reproduksi ataupun diatas usia reproduksi (Marmi, 2014). Jika usia ibu < 20 tahun sistem reproduksi cenderung belum siap untuk kehamilan dan persalinan dan ibu cenderung labil, sedangkan jika usia ibu > 35 tahun, ibu termasuk dalam risiko tinggi melahirkan, Kenwa, *et al* (2015). Jika dipaksakan justru akan terjadi trauma, perobekan yang luas dan infeksi yang membahayakan jiwa anak, maka semakin meningkatnya risiko masalah kesehatan ibu dan anak dan bisa menyebabkan terjadinya kejadian depresi *postpartum*.

Oleh karena itu perencanaan kehamilan terkait dengan kesiapan ibu baik secara fisik, mental maupun ekonomi harus matang. Jika ibu mempunyai kesiapan fisik dan mental yang adekuat, maka dapat mengurangi stres, rasa cemas dan rasa takut tentang kehamilan dan persalinan serta dapat memudahkan ibu dalam beradaptasi dengan peran barunya. Rasa takut dan cemas tentang persalinan dan penyesuaian sosial yang buruk dapat merupakan faktor predisposisi gangguan psikologis pada ibu *postpartum* dan bisa menyebabkan terjadinya kejadian depresi *postpartum* (Fairus dan Widiayanti, 2014).

Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Kusuma (2017), bahwa dari 34 responden penelitian ibu primipara, responden yang memiliki risiko kejadian depresi *postpartum* lebih tinggi bila dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki risiko kejadian depresi *postpartum*. Responden yang memiliki risiko kejadian depresi *postpartum* dikelompokkan dalam beberapa kategori, didapatkan hasil bahwa responden yang memiliki risiko kejadian depresi *postpartum* berdasarkan usia yang terbanyak adalah kelompok usia produktif (21 – 35 tahun) sebanyak 16 orang (47,1%) (Kusuma, 2017).

B. Pendapatan (*income*) Keluarga

Pendapatan (*income*) adalah uang yang diterima oleh seseorang atau perusahaan berupa upah, gaji, sewa bunga dan laba termasuk beragam tunjangan, misalnya tunjangan kesehatan dan pensiun (Suparyanto, 2014).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena suatu hubungan, baik itu hubungan darah, hubungan perkawinan, ataupun karena adopsi (Suparyanto, 2014).

Pendapatan keluarga adalah jumlah penghasilan yang diperoleh seluruh anggota rumah dan digunakan untuk memenuhi kebutuhan perorangan ataupun kebutuhan bersama dalam rumah tangga (Suparyanto, 2014). Sumber pendapatan keluarga bisa berasal dari gaji, industri rumah tangga, pertanian pangan ataupun non pangan (Supariasa, *et al.*, 2016).

Sumber pendapatan (*income*) keluarga bisa berasal dari gaji, industri rumah tangga, pertanian pangan maupun non pangan (Suparasi *et al.*, 2016). Berdasarkan keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor 560/66 Tahun 2015 tentang

upah minimum pada 35 Kabupaten di Provinsi Jawa Tengah tahun 2016, maka tingkat pendapatan (*income*) keluarga berdasarkan UMK (Upah Minimum Kabupaten) Kota Surakarta pada tahun 2015 adalah sebesar Rp 1.534.985,- dibagi menjadi: Pendapatan tinggi jika $\geq$ Rp 1.534.985,- dan Pendapatan rendah jika $<$ Rp 1.534.985,-.

Pendapatan (*Income*) keluarga merupakan hal krusial yang dapat mempengaruhi terhadap kesehatan seseorang. Semakin tinggi pendapatan keluarga maka semakin baik kondisi kesehatan seseorang dan sebaliknya. Begitupun pendapatan keluarga terhadap pengaruh kesehatan ibu *postpartum*. Ibu *postpartum* yang memiliki pendapatan keluarga yang tinggi mampu memenuhi segala kebutuhan sedangkan ibu *postpartum* dengan pendapatan keluarga yang rendah mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari yang bisa menjadi kekhawatiran ibu sehingga dapat mempengaruhi terhadap faktor psikologis ibu hamil yang berdampak terjadinya kejadian depresi *postpartum*. Hal ini didukung oleh Dewi (2011) yang menjelaskan bahwa faktor finansial mempengaruhi kesehatan ibu hamil dengan tidak memperhatikan kesehatannya saat hamil sehingga rentan terhadap penyakit yang membuat ibu hamil stres dan menyebabkan kejadian depresi *postpartum*.

C. Dukungan keluarga

1. Pengertian dukungan keluarga

Dukungan ialah Prediktor penyesuaian personal yang paling kuat dan konsisten. Keluarga adalah jaringan utama hubungan suportif dan bisa mempengaruhi sumber dukungan yang relevan dengan kesehatan wanita setelah melahirkan (Reid dan Taylor, 2015).

Dukungan keluarga adalah ikatan emosional diantara keluarga dan orang-orang sekitar baik yang peduli, menyayangi, memberikan perhatian, dan bantuan yang berupa dukungan emosional, informasi, instrumental, dan penghargaan bagi ibu dalam merawat bayinya (Motzfeldt, 2013).

Dukungan suami berupa perhatian, komunikasi dan hubungan emosional yang intim, merupakan faktor yang paling bermakna menjadi pemicu terjadinya kejadian depresi *postpartum*. Dukungan suami yang dimaksud disini berupa bentuk dukungan yang dapat diberikan seperti: mengajak atau mengantar pemeriksaan kehamilan, mengingatkan tentang pola makan, minum, istirahat, dan lain-lain. Dukungan saat melahirkan seperti: memberi minum, memberikan dorongan semangat, mengatur posisi, memjit-mijit atau mengusap punggung ibu, serta menyeka keringat. Selain suami, adapun dukungan keluarga yang dimaksud adalah komunikasi dan hubungan emosional yang baik dan hangat dengan orangtua, terutama ibu. Ibu nifas yang tidak mendapat dukungan suaminya mempunyai peluang 6,013 kali untuk terjadinya kejadian depresi *postpartum* bila dibandingkan dengan ibu nifas yang suaminya mendukung. Rendahnya dukungan suami dan keluarga akan meningkatkan kejadian depresi *postpartum* (Kurniasari dan Astuti, 2015).

2. Bentuk dukungan keluarga

Adapun beberapa bentuk dukungan keluarga, antara lain:

1) Finansial

Aspek finansial ini dapat menjadi masalah jika misalnya ibu hamil dan suaminya belum bekerja, berhenti bekerja atau dengan penghasilan kurang membuat ibu harus tinggal di rumah kontrakan yang murah dan kumuh sehingga membuat ibu rentan terhadap penyakit. Untuk menghemat pengeluaran, terkadang wanita tersebut tidak dapat mengkonsumsi makanan yang lebih bergizi yaitu kaya akan protein, kalsium, atau mineral lain yang dibutuhkannya. Selain itu, ibu juga harus bekerja untuk memenuhi perekonomian keluarga sehingga waktu istirahatnya berkurang, tidak ada waktu dan biaya untuk memeriksakan kehamilannya, sehingga membuat wanita tersebut bisa stres dan menyebabkan depresi *postpartum* (Dewi, 2011).

2) Emosional

Dukungan emosional mengacu pada demonstrasi cinta, penghargaan, empati dan dorongan serta memungkinkan seseorang mengetahui bahwa dia dihargai, seperti: Memberi atau menerima umpan balik positif dan berbicara atas suatu keprihatinan (Reid dan Taylor, 2015).

Bentuk dukungan seperti ini dapat membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, dipedulikan dan dicintai oleh sumber dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik. Dukungan ini sangat penting dalam

menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol (Indriyani dan Asmuji, 2014).

Dukungan yang dimaksudkan disini berupa perhatian, komunikasi dan hubungan sosial yang intim, merupakan faktor yang paling bermakna dan menjadi pemicu terjadinya *postpartum blues* dan depresi *postpartum*.

3) Instrumental

Dukungan instrumental ialah tawaran atau bantuan dengan penuh tanggung jawab terhadap masalah, misalnya: bantuan untuk mengasuh anak dan menyelesaikan pekerjaan rumah tangga. Diperkirakan bahwa dukungan instrumental paling efektif dalam mengurangi stres, karena tidak hanya mengurangi tuntutan situasional tapi juga menyampaikan pesan bahwa seseorang penting bagi orang lain dan dihargai (Reid dan Taylor, 2015).

4) Informasional

Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah (Indriyani dan Asmuji, 2014).

D. Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT)

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) adalah penganiayaan yang dilakukan oleh pasangan (suami) terhadap pasangannya (istri) atau sebaliknya, baik berupa kekerasan fisik, psikologis, seksual, maupun ekonomi. Sehingga dapat terjadi rasa nyeri dan trauma. Cakupan keseluruhannya lebih diketahui secara pasti karena hal ini seringkali terjadi dalam ruang privat dan umunya korban

tidak melaporkannya karena merasa malu dan takut (Janiwarty dan Pieter, 2013).

Kekerasan yang terjadi sekitar 7- 11% dari wanita yang hamil. Efek kekerasan pada ibu hamil dapat berupa langsung maupun tidak langsung. Bentuk langsung antara lain trauma dan kerusakan fisik pada ibu serta bayi misalnya solusio plasenta, fraktur tulang, ruptur uteri dan perdarahan. Sedangkan efek yang tidak langsung adalah reaksi emosional, peningkatan kecemasan, depresi, rentan terhadap penyakit. KDRT dapat menjadi pemicu stres baik sebelum atau setelah melahirkan dan sangat berdampak pada gejala kejadian depresi *postpartum* (Dewi, 2011).

E. Jenis Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan normal adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi serviks, kelahiran bayi, kelahiran plasenta dan proses tersebut merupakan proses alamiah (Oktarina, 2016).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang dapat hidup dari uterus dalam kehamilan cukup bulan dan keluar melalui vagina secara spontan tanpa menggunakan alat bantuan dan tidak terjadi komplikasi pada ibu dan janin (Rahayu, 2016).

Persalinan normal merupakan pengeluaran janin melalui vagina secara spontan tanpa menggunakan alat bantu yang disebabkan oleh terjadinya dilatasi serviks.

2. Jenis- jenis Persalinan

Oktarina (2016) menjelaskan bahwa persalinan terdiri dari tiga jenis persalinan, antara lain :

a. Persalinan Spontan

Persalinan yang berlangsung spontan dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan Buatan

Persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya persalinan yang dibantu ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *Sectio Caesarea* (SC).

c. Persalinan Anjuran

Persalinan yang membutuhkan kekuatan dari luar melalui jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.

Ibu yang memiliki risiko kehamilan tidak dianjurkan untuk melahirkan normal sehingga ibu hamil dianjurkan untuk melahirkan *Sectio Caesarea* (SC). Namun hal ini menjadi kekhawatiran bagi ibu hamil karena penyembuhan proses persalinan *Sectio Caesarea* (SC) lebih lama dibandingkan dengan persalinan normal sehingga dapat menghambat ibu dalam menjalankan perannya sebagai ibu hamil baru yang dapat menyebabkan ibu mengalami stres yang menyebabkan kejadian depresi *postpartum*. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Mathisen *et al.* (2013) yang menjelaskan bahwa ibu cenderung menganggap bahwa persalinan *Sectio Caesarea* (SC) sebagai sumber rasa takut, stres, dan mengalami trauma sehingga mempengaruhi terhadap psikologis ibu yang dapat menyebabkan kejadian depresi *postpartum*.

F. Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang telah dilahirkan, baik lahir hidup maupun lahir mati. Berdasarkan 7 penelitian dan mengingat > 2000 kelahiran, terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian depresi *postpartum* dan paritas (Roomruangwong, *et al*, 2016).

Berdasarkan kategori usia ibu yang sebagian besar dibawah 30 tahun kemungkinan distribusi responden yang merupakan primipara cukup tinggi. Tidak adanya pengalaman melahirkan sebelumnya menyebabkan kemampuan adaptasi ibu setelah melahirkan menjadi sedikit lambat dan menimbulkan kecemasan sehingga bisa menimbulkan kejadian depresi pada ibu. Hal tersebut sebagaimana dikemukakan oleh Regina dkk, 2001 (dalam Kusumastuti, 2015) yang mengemukakan bahwa ibu yang melahirkan pertama kali (primipara) akan mempunyai pengalaman yang lebih sedikit bila dibandingkan dengan ibu yang pernah melahirkan (multipara). Hal ini akan berpengaruh terhadap cara adaptasi ibu, dimana ibu primipara lebih sering mengalami kejadian depresi *postpartum* karena setelah melahirkan ibu primipara harus mengalami proses adaptasi yang lebih bila dibandingkan pada ibu multipara.

Kejadian depresi *postpartum* ini lebih banyak ditemukan pada ibu primipara, mengingat bahwa peran seorang ibu dan segala yang berkaitan dengan bayi merupakan situasi yang sama sekali baru bagi ibu (Rusli *et al.*, 2011). Sekitar 50- 60% perempuan yang mengalami kejadian depresi *postpartum* saat mereka memiliki anak pertama (Dira, 2016).

G. Kehamilan yang tidak Diinginkan (*Unwanted Pregnancy*)

Kehamilan yang tidak diinginkan yaitu kehamilan yang diluar kehendak ibu karena suatu sebab, yang keberadaannya tidak diinginkan oleh salah satu pihak maupun keduanya. Najman, *et al.* (1991) dalam Dewi dan Sunarsih (2011). Reaksi emosional kehamilan yang tidak diinginkan adalah ibu mudah emosional, seperti gampang marah, rasa benci dan murung, gampang bingung, stres, bahkan bisa depresi atau bunuh diri.

Kehamilan yang tidak diinginkan baik oleh ibu, suami ataupun oleh keluarga bisa berdampak pada perlakuan yang diberikan ibu maupun keluarga. Ibu akan menjadi lebih acuh terhadap kehamilannya apabila kehamilannya tidak diharapkan, hal tersebut bisa menjadi faktor pemicu timbulnya kejadian depresi *postpartum*, dibandingkan dengan ibu yang siap dan amat menantikan bayinya (Beck, 2002 dalam Alligood, 2013).

H. Stres Psikologis

Stres merupakan kejadian psikofisik yang manusiawi, artinya stres bersifat menyatu (*inheren*) dalam diri setiap individu yang menjalani kehidupan sehari-hari (Mashudi, 2013). Menurut Cohen *et al.* (1997) yang dikutip Latendresse (2009), mendefinisikan stres sebagai keadaan tuntutan lingkungan internal atau eksternal yang nyata atau angan-angan, yang membebani melebihi kapasitas adaptif organisme, sehingga mengakibatkan perubahan psikologis dan biologis yang dapat menempatkan seseorang pada risiko penyakit.

Stres psikologis adalah suatu peristiwa atau kejadian yang mengakibatkan seseorang harus melakukan penyesuaian atau adaptasi terhadap kondisi yang dialaminya. Ketahanan terhadap stres antara lain bila ibu *postpartum* merasa tidak mempunyai sumber- sumber yang cukup untuk membesarkan anaknya, harus melakukan investasi untuk kesehatan dan masa depan anak serta keluarganya, mengalami problem yang belum dapat diselesaikannya. Hal- hal yang dialami itu membuat tertekan dan stres yang menyebabkan ibu *postpartum* tidak dapat berfungsi dalam kehidupan sehari- hari (Elvira dalam Hanum, 2016).

Penelitian yang dilakukan Herlina (2014), berkaitan dengan stres psikologis selama kehamilan dengan alat ukur menggunakan kuisioner yang mencakup beberapa aspek diantaranya masalah internal keluarga, perubahan dari hidup dan lingkungan tempat tinggal, kesulitan dalam ekonomi, kehamilan sekarang dan beban pekerjaan. kondisi stres yang berlebihan berdampak terhadap peningkatan produksi hormon stres dan kecemasan yang berlebihan yang akan mempersempit mekanisme koping, selanjutnya berakibat terjadinya kejadian depresi pada ibu (Fairus dan Widiayant, 2014).

Tachibana *et al.*, (2015) dengan penelitian yang berjudul "*Antenatal Risk Factors of Postpartum Depression at 20 Weeks Gestation in a Japanese Sample: Psychosocial Perspectives from a Cohort Study in Tokyo*". Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor risiko prevalensi kejadian depresi *postpartum* selama periode kehamilan dan untuk mengidentifikasi risiko faktor psikososial prevalensi kejadian depresi *postpartum* yang harus ditambahkan ke dalam lembar wawancara kebidanan yang ada. Rancangan penelitian ini

menggunakan studi kohort dengan sampel penelitian adalah wanita hamil yang mengunjungi semua rumah sakit kebidanan di bangsal Setagaya, Tokyo, Jepang sebanyak 14 Rumah Sakit antara Desember 2012 sampai Mei 2013. Data yang digunakan untuk penelitian ini dikumpulkan pada 20 minggu kehamilan, beberapa hari, dan satu bulan setelah melahirkan. Kuisioner terdiri dari faktor psikososial dan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) untuk mengidentifikasi faktor risiko prevalensi kejadian depresi *postpartum*. Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 1.775 wanita menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berpengaruh terhadap prevalensi kejadian depresi *postpartum* antara lain EPDS skor, primipara, kurangnya dukungan keluarga, pengobatan penyakit fisik dan pengobatan penyakit jiwa. Penelitian ini menyoroti pentingnya skrining kesehatan jiwa selama masa kehamilan untuk memprediksi faktor risiko kejadian depresi *postpartum* pada ibu.

Park *et al.*, (2015) dalam penelitian yang berjudul “*Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms in Korean Women throughout Pregnancy and in Postpartum Period*”. Bertujuan untuk mengidentifikasi prevalensi kejadian depresi kehamilan, kejadian depresi *postpartum* serta hubungan antara kejadian depresi *prenatal* dan kejadian depresi *postpartum*, berdasarkan faktor sosiodemografi wanita Korea. Metode yang digunakan adalah studi longitudinal dengan jumlah sampel sebanyak 153 wanita yang menghadiri 3 klinik bersalin di Gwangju. Dari hasil penelitian didapatkan prevalensi kejadian depresi pada periode *prenatal* dan *postpartum* berkisar antara 40,5%- 61,4%. kejadian depresi *prenatal* secara signifikan berkorelasi dengan kejadian depresi *postpartum*. Pengangguran dan pendapatan rumah tangga adalah faktor risiko untuk kejadian kejadian depresi *prenatal* dan kejadian depresi

postpartum.

Deng *et al.*, (2014) dengan penelitian berjudul “*Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in a Populationbased Sample of Women in Tangxia Community, Guangzhou*”. Menggunakan EPDS versi Cina dan *Hamilton Depression Scale* serta Dukungan Sosial *Rating Scale*. Faktor risiko dievaluasi oleh kusioner yang dibuat sendiri berdasarkan wawancara sastra dikombinasikan dengan data konsultasi. Data dianalisis dengan menggunakan uji t dan regresi logistik di SPSS 16.0. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui prevalensi dan menganalisis faktor- faktor risiko kejadian depresi pasca persalinan (PPD) di komunitas Guangzhou, Tangxia, perwakilan masyarakat dari proses urbanisasi di Cina. Hasil penelitian disimpulkan bahwa insiden PPD lebih tinggi dibandingkan daerah lain yang berada di Cina. Ini penting untuk membedakan faktor risiko dalam konteks budaya daerah dan mengembangkan promosi kesehatan.

Wahyuni *et al.*, (2016) dalam penelitian yang berjudul “Prevalensi dan Faktor Risiko Depresi *Postpartum* di Kota Denpasar menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)”. Betujuan untuk mengetahui pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap tingkat kejadian depresi *postpartum*, dan dari hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut: Pertama, prevalensi kejadian depresi *postpartum* di kota Denpasar menggunakan skoring EPDS sebanyak 9 ibu. Sebanyak 4 ibu membutuhkan pemantuan ekstra. Kedua, faktor risiko yang didapat dalam penelitian ini adalah riwayat pendidikan ibu yang rendah, primipara, usia, memiliki riwayat anak meninggal, dan kehamilan tidak diharapkan.

Kusumawardani *et al.*, (2010) tentang “faktor-faktor yang berpengaruh terhadap risiko kehamilan “4 terlalu (4-T)” pada wanita usia 10-59 tahun (analisis RISKESDAS 2010) yang telah dilaksanakan oleh Badan Litbangkes”. Unit analisis adalah ibu atau Wanita Usia Subur (WUS) yang pernah melahirkan minimal 1 anak dalam kurun waktu 5 tahun terakhir sampai dengan saat wawancara. Hasil analisis ditemukan bahwa masalah risiko kehamilan lebih mungkin terjadi pada kelompok ibu yang tinggal di perdesaan, dengan tingkat pendidikan dan ekonomi rendah, dan kesulitan akses ke fasilitas kesehatan serta belum atau tidak menginginkan kehamilannya.

BAB VI

ANALISIS PENGARUH FAKTOR RISIKO SAAT KEHAMILAN TERHADAP KEJADIAN DEPRESI POSTPARTUM IBU NIFAS

Penelitian ini merupakan penelitian analitik, dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu peneliti melakukan observasi atau pengukuran hanya satu kali pada suatu saat yang dilaksanakan di Kota Surakarta Provinsi Jawa Tengah dengan data penelitian di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, dengan subjek penelitian sebanyak 150 orang ibu *postpartum* dengan masa nifas hari pertama sampai dengan hari ke sepuluh yang periksa ke RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuisioner untuk mengukur 10 variabel, yaitu usia ibu, pendapatan (*income*) keluarga, dukungan keluarga masa kehamilan, KDRT (Kekerasan dalam Rumah Tangga) masa kehamilan, jenis persalinan, paritas, kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*), stres psikologis, dan depresi *postpartum*.

Berdasarkan analisis karakteristik subjek penelitian berdasarkan usia menunjukkan (Tabel 1.) bahwa sebagian besar ibu berusia < 35 tahun sebanyak 111 orang (74.0%), sedangkan jika dilihat berdasarkan usia suami menunjukkan bahwa sebagian besar suami berusia < 35 tahun sebanyak 99 orang (66.0%). Karakteristik subjek penelitian berdasarkan paritas

adalah sebagian besar merupakan multipara yang memiliki lebih dari 1 orang anak yaitu sebanyak 78 orang (52.0%), sedangkan subjek penelitian sebagian besar sedang dalam masa nifas hari ke 1 - 2 (fase *taking in*) sebanyak 122 orang (81.3%).

Sedangkan untuk karakteristik subjek penelitian berdasarkan pendidikan, dapat dilihat pada Tabel 1. didapatkan bahwa sebagian besar ibu memiliki tingkat pendidikan $\geq$ SMA sebanyak 82 orang (54.7%), sedangkan pendidikan suami didapatkan sebagian besar $\geq$ SMA sebanyak 78 orang (52.0%). Subjek penelitian rata-rata tidak bekerja dan hanya melakukan pekerjaan rumah tangga (IRT) sebanyak 89 orang (59.3%). Jika dilihat dari agama yang dianut, seluruh subjek penelitian dan suaminya menganut agama islam (100%). Sebagian besar subjek penelitian masih memiliki pendapatan keluarga yang kurang dari UMR Kota Surakarta yaitu sebanyak 99 orang (66.0%).

Berikut kejadian depresi *postpartum* yang terdiri dari atas faktor usia ibu, pendapatan (*income*) keluarga, dukungan keluarga masa kehamilan, Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT), jenis persalinan, paritas, *unwanted pregnancy*, stres psikologis, dan 1 (satu) variabel dependen yaitu kejadian depresi *postpartum* dijabarkan sebagai berikut.

A. Pengaruh Usia Ibu terhadap Kejadian Depresi *Postpartum*

Faktor usia pada seorang ibu mempengaruhi terjadinya *postpartum blues*. Pada usia yang lebih muda (kehamilan remaja) ataupun usia yang lebih lanjut, telah banyak diyakini dapat meningkatkan resiko biomedik, mengakibatkan pola tingkah laku yang tidak optimal baik pada ibu yang melahirkan ataupun pada bayi yang dilahirkan dan dibesarkan, usia yang kemungkinan tidak berisiko tinggi pada saat kehamilan dan persalinan yaitu usia 20-35 tahun, karena

pada saat tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental sudah matang dan sudah mampu merawat bayi dan dirinya. Pada penelitian ini sebagian besar subjek penelitian berusia < 35 tahun sebanyak 111 orang (74.0%). Jika seorang wanita memutuskan untuk hamil diluar rentang usia tersebut maka akan rentan untuk mengalami kehamilan yang berisiko tinggi.

Berdasarkan hasil analisis jalur dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh usia ibu terhadap kejadian depresi *postpartum* melalui paritas dapat dilihat pada Tabel 3 dengan hasil Ibu yang berusia ≥ 35 tahun memiliki kemungkinan 0.44 kali lebih kecil untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu yang berusia < 35 tahun. Pengaruh tersebut bersifat positif dan secara statistik signifikan. Semakin tinggi usia ibu, maka kemungkinan semakin tinggi paritas atau jumlah anak yang dimiliki ibu. Semakin tinggi paritas maka akan menurunkan kejadian depresi *postpartum*, hal ini disebabkan karena ibu multipara telah memiliki pengalaman yang cukup banyak dibandingkan dengan ibu primipara dalam hal mengurus anak sehingga dapat menurunkan kejadian depresi *postpartum*.

Hasil analisis jalur dalam penelitian ini juga yang dapat dilihat pada Tabel 3. menunjukkan bahwa terdapat pengaruh usia ibu terhadap kejadian depresi *postpartum* melalui stres psikologis. Pengaruh tersebut bersifat negatif dan secara statistik signifikan. Ibu yang berusia ≥ 35 tahun memiliki kemungkinan lebih kecil untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu yang berusia < 35 tahun, hal ini karena ibu yang berusia ≥ 35 tahun telah memiliki pengalaman yang cukup banyak dibandingkan dengan ibu yang berusia < 35 tahun dalam hal mengurus anak. Alasan

lainnya adalah, ibu yang berusia ≥ 35 tahun memiliki mekanisme *coping* yang lebih baik dalam mengelola stres psikologis sehingga lebih kecil kemungkinannya untuk mengalami stres psikologis yang dapat berujung pada kejadian depresi *postpartum*.

Hasil analisis jalur dalam penelitian ini juga menunjukkan bahwa terdapat pengaruh usia ibu terhadap kejadian depresi *postpartum* melalui KDRT dan stres psikologis. Pengaruh tersebut bersifat negatif dan secara statistik mendekati signifikan. Ibu yang berusia < 35 tahun memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) karena kemungkinan dengan usia ibu yang masih muda masih belum mampu untuk mengambil keputusan yang baik sehingga suami lebih mendominasi keluarga, hal ini secara tidak langsung dapat mendorong terjadinya KDRT. Adanya KDRT dalam lingkungan keluarga dapat menyebabkan ibu mengalami stres psikologis, jika hal ini dibiarkan secara terus menerus tanpa ada penanganan, maka bukan tidak mungkin ibu akan mengalami kejadian depresi *postpartum*.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Kusuma (2017), bahwa dari 34 responden penelitian ibu primipara, responden yang memiliki risiko kejadian depresi *postpartum* lebih tinggi bila dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki risiko kejadian depresi *postpartum*. Responden yang memiliki risiko kejadian depresi *postpartum* dikelompokkan dalam beberapa kategori, didapatkan hasil bahwa responden yang memiliki risiko kejadian depresi *postpartum* berdasarkan usia yang terbanyak adalah kelompok usia produktif (21 – 35 tahun) sebanyak 16 orang (47.1%) (Kusuma, 2017).

B. Pengaruh Pendapatan (*Income*) Keluarga terhadap Kejadian Depresi *Postpartum*

Dewi (2011) mengatakan bahwa faktor finansial mempengaruhi kesehatan ibu hamil dengan tidak memperhatikan kesehatannya saat hamil sehingga rentan terhadap penyakit yang membuat ibu hamil stres dan menyebabkan kejadian depresi *postpartum*. Berdasarkan hasil analisis jalur dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh langsung pendapatan keluarga terhadap kejadian depresi *postpartum*, ini dapat dilihat pada Tabel 3. yang mengatakan Ibu yang memiliki pendapatan (*income*) keluarga yang tinggi memiliki kemungkinan 0.31 kali lebih besar mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu yang memiliki pendapatan (*income*) keluarga yang rendah. Pengaruh tersebut bersifat negatif dan secara statistik signifikan. Semakin tinggi pendapatan keluarga maka lebih kecil kemungkinan ibu mengalami kejadian depresi *postpartum*. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Leigh dan Milgrom (2008) yang menyatakan bahwa terdapat ibu dengan pendapatan keluarga yang tinggi memiliki kemungkinan 0.03 kali lebih kecil untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu yang memiliki pendapatan keluarga yang rendah.

Pendapatan keluarga merupakan hal krusial yang dapat mempengaruhi terhadap kesehatan seseorang. Semakin tinggi pendapatan keluarga maka semakin baik kondisi kesehatan seseorang dan sebaliknya. Begitupun pendapatan keluarga terhadap pengaruh kesehatan ibu *postpartum*. Ibu *postpartum* yang memiliki pendapatan keluarga yang tinggi mampu memenuhi segala kebutuhan sedangkan ibu *postpartum* dengan pendapatan keluarga yang rendah mengalami

kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari yang bisa menjadi kekhawatiran ibu sehingga dapat mempengaruhi terhadap faktor psikologis ibu hamil yang berdampak terjadinya kejadian depresi *postpartum*. Hal ini didukung oleh Dewi (2011) yang menjelaskan bahwa faktor finansial mempengaruhi kesehatan ibu hamil dengan tidak memperhatikan kesehatannya saat hamil sehingga rentan terhadap penyakit yang membuat ibu hamil stres dan menyebabkan kejadian depresi *postpartum*.

C. Pengaruh Dukungan Keluarga Masa Kehamilan terhadap Kejadian Depresi *Postpartum*

Dukungan memberi pengaruh dalam mengurangi depresi yang dihadapi wanita pada masa *postpartum*. Wanita yang merasa dihargai, diperhatikan dan dicintai oleh suami dan keluarganya tentunya tidak akan merasa diri kurang berharga. Wanita yang kurang mendapatkan dukungan sosial tentunya akan lebih mudah merasa dirinya tidak berharga dan kurang diperhatikan oleh suami maupun keluarga, sehingga wanita yang kurang mendapat dukungan sosial pada masa *postpartum* lebih mudah untuk mengalami depresi (Urbayatun, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian ini pada Tabel 3. menunjukkan bahwa terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap kejadian depresi *postpartum* dan secara statistik signifikan. Ibu yang mendapatkan dukungan keluarga yang kuat memiliki kemungkinan 0.26 kali lebih kecil untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu yang mendapatkan dukungan keluarga yang lemah. Ibu yang mendapatkan dukungan keluarga kuat memiliki lebih kecil untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* daripada ibu yang mendapatkan dukungan

rendah dari keluarga. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Wijaya (2017), yang menyatakan bahwa ibu yang mendapatkan dukungan keluarga memiliki kemungkinan - 0.57 kali lebih kecil untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* daripada ibu yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga ($OR = -0.57; p < 0.001$).

Pada penelitian ini sebagian besar subjek penelitian mendapatkan dukungan kuat dari keluarga sehingga memiliki kemungkinan yang lebih kecil untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* karena ibu mendapatkan motivasi dari keluarga sehingga ibu merasa tenang dan nyaman.

Dukungan ialah prediktor penyesuaian personal yang paling kuat dan konsisten. Keluarga adalah jaringan utama hubungan suportif (Thoits, 2011) dan bisa mempengaruhi sumber dukungan yang relevan dengan kesehatan wanita setelah melahirkan (Reid dan Taylor, 2015).

Dukungan keluarga adalah ikatan emosional diantara keluarga dan orang-orang sekitar baik yang peduli, menyayangi, memberikan perhatian, dan bantuan yang berupa dukungan emosional, informasi, instrumental, dan penghargaan bagi ibu dalam merawat bayinya (Motzfeldt, 2013).

D. Pengaruh Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) terhadap Kejadian Depresi *Postpartum*

Ibu yang mengalami KDRT dalam masa kehamilan akan menyebabkan ibu mengalami gangguan baik fisik maupun psikis. Salah satu dampak psikis yang dapat dialami ibu jika selama masa hamil mengalami KDRT adalah terjadinya stres psikologis selama masa kehamilan, jika hal ini dibiarkan secara terus menerus sampai waktu persalinan tanpa ada

penanganan, maka bukan tidak mungkin ibu akan mengalami kejadian depresi *postpartum*.

Berdasarkan hasil analisis jalur dalam penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh kejadian Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) terhadap kejadian depresi *postpartum* melalui stres psikologis, yang dapat dilihat pada Tabel 3. bahwa Ibu yang mengalami KDRT memiliki kemungkinan 31.71 kali lebih besar untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami KDRT. Pengaruh tersebut bersifat positif dan secara statistik signifikan. Ibu yang mengalami KDRT memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami KDRT.

Kekerasan yang terjadi sekitar 7-11% dari wanita yang hamil. Efek kekerasan pada ibu hamil dapat berupa langsung maupun tidak langsung. Bentuk langsung antara lain trauma dan kerusakan fisik pada ibu serta bayi misalnya solusio plasenta, fraktur tulang, ruptur uteri dan perdarahan. Sedangkan efek yang tidak langsung adalah reaksi emosional, peningkatan kecemasan, depresi, rentan terhadap penyakit. KDRT dapat menjadi pemicu stres baik sebelum atau setelah melahirkan dan sangat berdampak pada gejala depresi *postpartum* (Dewi, 2011).

E. Pengaruh Jenis Persalinan terhadap Kejadian Depresi *Postpartum*

Jenis persalinan berpengaruh terhadap risiko depresi *postpartum* hal ini dikarenakan oleh pengalaman ibu. Berdasarkan hasil analisis jalur dalam penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh langsung jenis persalinan

terhadap kejadian depresi *postpartum*, yang dapat dilihat pada Tabel 3. Ibu dengan penyulit saat persalinan memiliki kemungkinan 3.74 kali lebih besar untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu dengan persalinan normal.. Pengaruh tersebut bersifat positif dan secara statistik signifikan. Ibu dengan penyulit persalinan memiliki kemungkinan lebih besar mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan ibu dengan persalinan normal. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mathisen *et al.* tahun 2013, ibu yang mengalami komplikasi persalinan memiliki kemungkinan 11.43 kali lebih besar untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu bersalin normal.

Ibu yang memiliki risiko kehamilan tidak dianjurkan untuk melahirkan normal sehingga ibu hamil dianjurkan untuk melahirkan *Sectio Caesarea* (SC). Namun hal ini menjadi kekhawatiran bagi ibu hamil karena penyembuhan proses persalinan *Sectio Caesarea* (SC) lebih lama dibandingkan dengan persalinan normal sehingga dapat menghambat ibu dalam menjalankan perannya sebagai ibu hamil baru yang dapat menyebabkan ibu mengalami stres yang menyebabkan kejadian depresi *postpartum*. Depresi *postpartum* lebih sering terjadi pada ibu yang melahirkan secara *caesar*. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Mathisen *et al.* (2013) yang menjelaskan bahwa ibu cenderung menganggap bahwa persalinan *Sectio Caesarea* (SC) sebagai sumber rasa takut, stres, dan mengalami trauma sehingga mempengaruhi terhadap psikologis ibu yang dapat menyebabkan terjadinya kejadian depresi *postpartum*.

F. Pengaruh Paritas terhadap Kejadian Depresi *Postpartum*

Postpartum blues terjadi pada ibu nifas dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti pengalaman melahirkan, biasanya pada ibu yang melahirkan kurang menyenangkan dapat menyebabkan ibu sedih, perasaan sangat down setelah melahirkan, biasanya terjadi karena peningkatan hormon, tingkah laku bayi, bayi yang rewel dapat membuat ibu merasa ketidakmampuan untuk merawatnya dengan baik, kesulitan dalam mengalami kewajiban setelah melahirkan, usia ibu dan paritas. Berdasarkan hasil penelitian ini pada Tabel 3. menunjukkan bahwa terdapat pengaruh paritas terhadap kejadian depresi *postpartum* dan secara statistik signifikan. Ibu multipara memiliki kemungkinan lebih kecil untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* daripada ibu primipara. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Kusumastuti, *et al* (2015), yang menyatakan bahwa ibu dengan primipara memiliki kemungkinan 5.48 kali lebih besar untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* (OR = 5.48; p = 0.135). Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Ibrahim, *et al* (2012), yang menyatakan bahwa ibu yang paling banyak mengalami kejadian depresi *postpartum* adalah primipara daripada multipara.

Pada penelitian ini sebagian besar subjek penelitian adalah multipara dapat dilihat pada Tabel 3. Dimana Ibu multipara memiliki kemungkinan 0.45 kali lebih kecil untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu primipara. Multipara memiliki kemungkinan lebih kecil untuk mengalami kejadian depresi *postpartum*. Hal ini dikarenakan multipara telah memiliki pengalaman sebelumnya dalam menghadapi proses persalinan sehingga lebih kecil kemungkinan untuk mengalami kejadian depresi

postpartum.

Kejadian depresi *postpartum* ini lebih banyak ditemukan pada ibu primipara, mengingat bahwa peran seorang ibu dan segala yang berkaitan dengan bayi merupakan situasi yang sama sekali baru bagi ibu (Rusli *et al.*, 2011). Sekitar 50- 60% perempuan yang mengalami kejadian depresi *postpartum* saat mereka memiliki anak pertama (Dira, 2016).

G. Pengaruh *Unwanted Pregnancy* terhadap Kejadian Depresi *Postpartum*

Kehamilan yang tidak diinginkan yaitu kehamilan yang diluar kehendak ibu karena suatu sebab, yang keberadaannya tidak diinginkan oleh salah satu pihak maupun keduanya. Berdasarkan hasil penelitian ini pada Tabel 3. menunjukkan bahwa terdapat pengaruh *unwanted pregnancy* terhadap kejadian depresi *postpartum* dan secara statistik signifikan. Ibu yang tidak menginginkan kehamilannya (*unwanted pregnancy*) memiliki kemungkinan 5.64 kali lebih besar mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu yang menginginkan kehamilannya. Ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* daripada ibu yang mengalami kehamilan diinginkan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Dira, *et al* (2016), yang menjelaskan bahwa salah satu faktor yang dapat berpengaruh terhadap kejadian depresi *postpartum* adalah kehamilan yang tidak diharapkan.

Pada penelitian ini sebagian besar subjek penelitian memiliki jumlah yang hampir sama pada kehamilan yang diinginkan dengan kehamilan yang tidak diinginkan. Namun,

pada pengukuran statistik didapatkan hasil OR = 5.64 (Tabel 3.). Hal ini berarti ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* daripada ibu yang kehamilannya diinginkan.

Najman, *et al.* (1991) dalam Dewi dan Sunarsih (2011). Reaksi emosional kehamilan yang tidak diinginkan adalah ibu mudah emosional, seperti gampang marah, rasa benci dan murung, gampang bingung, stres, bahkan bisa depresi atau bunuh diri.

Kehamilan yang tidak diinginkan baik oleh ibu, suami ataupun oleh keluarga bisa berdampak pada perlakuan yang diberikan ibu maupun keluarga. Ibu akan menjadi lebih acuh terhadap kehamilannya apabila kehamilannya tidak diharapkan, hal tersebut bisa menjadi faktor pemicu timbulnya kejadian depresi *postpartum*, dibandingkan dengan ibu yang siap dan amat menantikan bayinya (Beck, 2002 dalam Alligood, 2014).

H. Pengaruh Stres Psikologis terhadap Kejadian Depresi *Postpartum*

Stres psikologis adalah suatu peristiwa atau kejadian yang mengakibatkan seseorang harus melakukan penyesuaian atau adaptasi terhadap kondisi yang dialaminya (Elvira dalam Hanum, 2016). Berdasarkan hasil analisis jalur dalam penelitian ini merujuk pada Tabel 3. menunjukkan bahwa terdapat pengaruh langsung stres psikologis terhadap kejadian depresi *postpartum* dengan hasil Ibu yang mengalami stres psikologis memiliki kemungkinan 11.07 kali lebih besar mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami kejadian

depresi postpartum. dengan Pengaruh tersebut bersifat positif dan secara statistik signifikan. Ibu yang mengalami stres psikologis memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami stres psikologis.

Ibu yang mengalami stres psikologis kemungkinan tidak bisa menyesuaikan diri dengan perubahan keadaannya selama masa hamil dan melahirkan, merasa cemas dengan kehamilan dan persalinan, serta tidak percaya diri atas kemampuan merawat bayinya. Stres psikologis yang dialami ibu selama masa kehamilan dan persalinan menyebabkan ibu menjadi tidak dapat menyesuaikan diri dengan peran barunya sebagai seorang ibu, hal ini jika dibiarkan tanpa ada penanganan maka dapat menyebabkan terjadinya kejadian depresi *postpartum*.

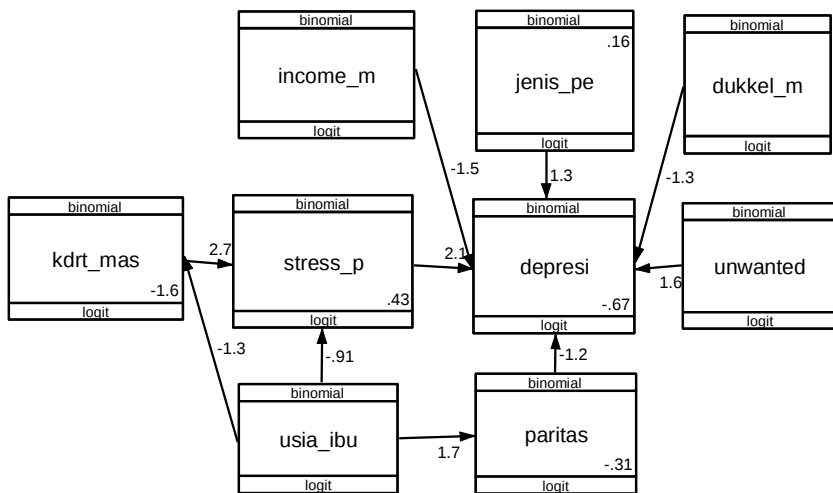
Penelitian yang dilakukan Herlina (2014), berkaitan dengan stres psikologis selama kehamilan dengan alat ukur menggunakan kuisioner yang mencakup beberapa aspek diantaranya masalah internal keluarga, perubahan dari hidup dan lingkungan tempat tinggal, kesulitan dalam ekonomi, kehamilan sekarang dan beban pekerjaan. kondisi stres yang berlebihan berdampak terhadap peningkatan produksi hormon stres dan kecemasan yang berlebihan yang akan mempersempit mekanisme koping, selanjutnya berakibat terjadinya depresi (Fairus dan Widiayant, 2014).

I. Pengaruh Faktor Risiko Saat Kehamilan Terhadap Status Imunisasi Dasar Lengkap

Analisis ini dilakukan secara menyeluruh untuk mengetahui tentang seberapa besar pengaruh risiko saat kehamilan yaitu usia ibu, pendapatan (*income*) keluarga,

dukungan keluarga, KDRT (Kekerasan Dalam Rumah Tangga), jenis persalinan, paritas, *unwanted pregnancy*, dan stres psikologis terhadap status imunisasi dasar lengkap. Analisis data dilakukan menggunakan analisis jalur (*path analysis*) dengan bantuan program STATA 13.

Model analisis jalur yang dibuat oleh peneliti dibuat oleh peneliti berdasarkan teori yang dicek atau dites kesesuaiannya dengan model pengaruh yang terbaik yang dibuat berdasarkan data sampel yang telah dikumpulkan oleh peneliti, adapun kesesuaian model dan estimasi parameter analisis jalur yang dibuat oleh peneliti adalah sebagai berikut:



Gambar 1. Kesesuaian Model dan Estimasi Parameter Analisis Jalur

Pada gambar 1. menunjukkan model struktural analisis jalur (*path analysis*) variabel independen terhadap variabel dependen. Hasil nilai koefisien pada setiap variabel di setiap jalur yaitu terdapat pengaruh

negatif usia ibu terhadap stres psikologis sebesar -0.91, terdapat pengaruh positif usia ibu terhadap paritas sebesar 1.66, dan terdapat pengaruh negatif usia ibu terhadap kejadian KDRT sebesar -1.34. Terdapat pengaruh positif kejadian KDRT terhadap stres psikologis sebesar 2.68. Terdapat pengaruh positif stres psikologis terhadap kejadian depresi *postpartum* sebesar 2.15. Terdapat pengaruh negatif pendapatan keluarga terhadap kejadian depresi *postpartum* sebesar -1.52. Terdapat pengaruh negatif paritas terhadap kejadian depresi *postpartum* sebesar -1.24. Terdapat pengaruh positif jenis persalinan terhadap kejadian depresi *postpartum* sebesar 1.27. Terdapat pengaruh negatif dukungan keluarga terhadap kejadian depresi *postpartum* sebesar -1.31. Terdapat pengaruh positif *unwanted pregnancy* terhadap kejadian depresi *postpartum* sebesar 1.57.

BAB VIII

PENUTUP

A. Kesimpulan

Ibu yang mengalami stres ibu dengan adanya penyulit saat persalinan dan tidak menginginkan kehamilannya (*unwanted pregnancy*) meningkatkan kemungkinan ibu untuk mengalami kejadian depresi *postpartum*. Ibu dengan pendapatan keluarga yang tinggi, ibu multipara, dan ibu dengan dukungan keluarga yang kuat menurunkan kemungkinan ibu untuk mengalami kejadian depresi *postpartum*. Usia ibu dan kejadian KDRT masa kehamilan berpengaruh tidak langsung terhadap kejadian depresi *postpartum*.

B. Implikasi

1. Implikasi Teoritis

Hasil penelitian ini mendukung teori epidemiologi sosial yaitu ilmu yang mempelajari distribusi sosial dan determinan sosial kesehatan, dimana kondisi sosial tertentu dapat mempengaruhi kesehatan dan mekanisme tentang pengaruh kondisi sosial tersebut terhadap kesehatan. Epidemiologi sosial meneliti pengaruh determinan sosio-ekonomi dan psiko-sosial terhadap ketimpangan distribusi kesehatan pada populasi. Epidemiologi sosial bertujuan untuk mengidentifikasi karakteristik sosial yang mempengaruhi pola penyakit dan distribusi kesehatan dalam masyarakat (Kneesebek, 2015).

2. Implikasi Metodologis

Penelitian ini menggunakan analisis jalur (*path analysis*) untuk mengukur pengaruh variabel dependen terhadap variabel independen, baik yang mempengaruhi secara langsung maupun tidak langsung mengenai faktor risiko saat kehamilan terhadap kejadian depresi *postpartum*.

3. Implikasi Praktis

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor- faktor yang mempengaruhi kejadian depresi *postpartum* adalah usia ibu, *income* keluarga, dukungan keluarga masa kehamilan, Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) masa kehamilan, jenis persalinan, paritas, kehamilan tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*), dan stres psikologis. Upaya yang bisa dilakukan untuk menurunkan kejadian depresi *postpartum* antara lain mencegah stres psikologis selama masa kehamilan, memberikan dukungan yang kuat bagi ibu selama masa kehamilannya, serta meningkatkan kesejahteraan ibu selama masa kehamilan dan persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyanti, R. A., Nurdiati, D. S., dan Astuti, D. A. 2016. Pengaruh Jenis Persalinan Terhadap Risiko Depresi Postpartum, *The Effect Of Delivery Type Toward The Postpartum Depression Risk Postpartum. Jurnal Kesehatan "Samodra Ilmu" Vol. 07 No. 02 Juli 2016*
- Alligood, M. R. (2013) *Nursing Theory Utilization and Application, Journal of Chemical Information and Modeling*. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Budiman dan Riyanto, A. 2014. *Kapita Selekt Kuesioner: Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Chasanah, I. N., Pratiwi, K., dan Martuti, K. 2016. Postpartum Blues pada Persalinan di Bawah Usia Dua Puluh Tahun. *Jurnal Psikologi Undip Vol.15 No.2 Oktober 2016, 117-123*
- Dahro, A. 2012. *Psikologi Kebidanan: Analisis Perilaku Wanita untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Deng, A. W., Xiong, R. B., Jiang, T. T., Luo, Y. P., dan Chen, W. Z. 2014. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in a Population-based Sample of Women in Tangxia Community, Guangzhou. *Journal of Asian Pacific Journal of Tropical Medicine:224- 249. www.elsevier.com/locate/apjtm*.
- Dewi, V. N. L. dan Sunarsih, T. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Dira, I. K. P. A. dan Wahyuni, A. A. S. 2016. Prevalensi Dan Faktor Risiko Depresi *Postpartum* Di Kota Denpasar Menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *E-Jurnal Medika*, Vol. 5 No.7, Juli, 2016.
- Fairus, M. dan Widiyanti, S. 2014. Hubungan Dukungan Suami Dengan Kejadian Depresi Postpartum Pada Ibu Nifas. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai Volume VII No.1 Edisi Juni 2014*, ISSN: 19779-469X
- Girsang, B. M. 2013. Pengobatan Perilaku Kognitif untuk Depresi Postpartum Cognitive Behavior Therapy for Postpartum Depression. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 8, No. 1, Agustus 2013*.
- Gondo, H. K. 2011. *Skrining Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Pada Post Partum Blues*. Bagian Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma Surabaya.
- Hanum, D. F. 2016. *Hubungan Antara Depresi Pasca Persalinan dan Determinannya Dengan Peran Menjalankan Fungsi Perawatan Bayi dan Proses Laktasi di Kabupaten Gresik*. Skripsi. Universitas Sebelas Maret. Surakarta.
- Hawes, K., McGowan, E., O'Donnell, M., Tucker, R., dan Vohr, B. 2016. Social Emotional Factors Increase Risk of Postpartum Depression in Mothers of Preterm Infants. *Journal of The journal of pediatrics*: 61- 7. www.jpeds.com.

- Herlina, Y. N. (2014). *Hubungan Stresor Psikososial pada Kehamilan dengan Partus Prematures*. Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Tesis
- Ibrahim F, Rahma, dan Ikhsan M. (2012). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Depresi Postpartum di RSIA Pertiwi Makassar Tahun 2012 (Skripsi). Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Indriasari, S. 2017. Tingkat Depresi Pada Ibu Postpartum Di Puskesmas Morokrembangan Surabaya. *Jurnal Dunia Keperawatan, Volume 5, Nomor 1, Maret 2017: 43-49*.
- Janiwarty, B. dan Pieter, H. Z. 2013. *Pendidikan Psikologi untuk Bidan- Suatu Teori dan Terapannya*. Yogyakarta: Andy Offset.
- Kenwa, P., Karkata, M. K., dan Triyani, I. G. A. 2015. Pengaruh Pemberian Konseling Terhadap Depresi Post Partum di Puskesmas II dan IV Denpasar Selatan. *COPING Ners Journal Vol.3 No. 2, Mei-Agustus 2015*.
- Kusuma, P. D. 2017. Karakteristik Penyebab Terjadinya Depresi Postpartum Pada Primipara Dan Multipara. *Jurnal Keperawatan Notokusumo Volume V No 1 Agustus 2017*
- Kusumastuti., Astuti, D. P., dan Hendryati. S. 2015. Hubungan Karakteristik Individu Dengan Depresi Postpartum Pada Ibu Postpartum Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kebumen. *Jurnal Involusi Kebidanan, Vol. 5, No. 9, Januari 2015, 1-17*.

- Kusumawardani, *et al.* 2010. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Risiko Kehamilan “4 Terlalu (4-T)” Pada Wanita Usia 10-59 Tahun (Analisis Riskesdas 2010). *Jurnal Badan Litbangkes Kemenkes RI*.
- Kurniasari, D. dan Astuty, Y. A. 2015. Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Kondisi Bayi Dan Dukungan Sosial Suami Dengan Postpartum Blues Pada Ibu Dengan Persalinan SC di Rumah Sakit Umum Ahmad Yani Metro Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Holistik Vol 9, No 3, Juli 2015: 115-125*.
- Latendresse, W. 2009. The Interaction Between Chronic Stres and Pregnancy: Preterm Birth from a Biobehavioral Prespective. *J Midwifery Womens Health, 54(1): 8-17*
- Leigh, B. dan Milgrom, J. 2008. Risk Factors for Antenatal Depression, Postnatal Depression and Parenting Stress. *Journal of BMC Psychiatry 2008, 8:24*.
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/24>
- Mathisen, S. E., Glavin, K., Lien, L., dan Lagerlov, P. 2013. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*
- Manuaba, IBG. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan Edisi 2*. Jakarta : EGC
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan pada masa Antenatal*. Yogyakarta: Celeban Timur UH.

- Mashudi, F. 2013. *Psikologi Konseling: Buku Panduan Lengkap dan Praktis Menerapkan Psikologi Konseling*. Yogyakarta: IRCiSoD
- Motzfeldt, I., Andreasen, S., Pedersen, A. L., dan Pedersen, M. L. 2013. Prevalence of Postpartum Depression in Nuuk, Greenland _ a Cross-Sectional Study Using Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Int J Circumpolar Health* 2013, 72: 21114. <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21114>.
- Murti, B. 2013. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Murray, L. Fiori-cowley, A. Hooper, R. Cooper, P. 1997. Effect Postnatal Depression on Infant Development. *Arch Dish Child*, 77, 99-101.
- Oktariani, M. dan Murbiah. 2016. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Potpartum Blues Di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. *MUSWIL IPEMI Jateng*, 17 September 2016
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., dan Osiezagha, K. 2012. Postpartum Depression: A Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23 (2012): 534–542.

- Park, J. H., Karamaus, W., dan Zhang, H. 2015. Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms in Korean Women throughout Pregnancy and in Postpartum Period. *Journal of Asian Nursing Research*:219- 225. www.asian-nursingresearch.com.
- Prawirohardjo, S. 2009. *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. Jakarta : PT. Bina Pustaka.
- . 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Priyastiwi, Nunik. 2009. *Gambaran Posptpartum Blues pada Wanita Post Sectio Caesareadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan RSUP DR. Soeradji Tritonegoro Klaten*. Skripsi tidak dipublikasikan. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada
- Rahmat, D. dan Karywati, E. Y. 2013. *Psikologi Untuk Bidan*. Padang: Akademika Permata.
- Reid, K. M. dan Taylor, M. G. 2015. Social Support, Stress, and Maternal Postpartum Depression: A Comparison of Supportive Relationships. *Journal of Social Science Research*: 246- 262. www.elsevier.com/locate/ssresearch.
- Roomruangwong, C., Withayavanitchai, S., dan Maes, M. 2016. Antenatal and Postnatal Risk Factors of Postpartum Depression Symptoms in Thai Women: A Case-Control Study. *Journal of Sexual & Reproductive Healthcare*:25-31. www.srhjournal.org.

- Rusli, R. A., Meiyuntariningsih, T., dan Warni, W. E. 2011. Perbedaan Depresi Pasca Melahirkan pada Ibu Primipara Ditinjau dari Usia Ibu Hamil. *INSAN Vol. 13 No. 01, April 2011*
- Saminem, H. 2008. *Kehamilan Normal : Seri Asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Santos Jr, H.P. O. Sandeloski., Margarete., Gualda, D. M. R. 2013. Bad thoughts: Brazilian Women's Responses to Mothering While Experiencing Postnatal Depression. *Journal of Midwifery 22, 1-7*
- Sulistiyawati, A. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Sulistiyaniti, A., dan Sunarti. 2015. Kajian Pelaksanaan Pelayanan Antenatal Care oleh Bidan di Wilayah Kerja Puskesmas Masaran Sragen. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan, vol. 5, no. 2, ISSN : 2086-2628*.
- Sulitiyanti, A. 2014. Hubungan Usia Dan Pendidikan Ibu Hamil Resiko Tinggi Dengan Kepatuhan Antenatal Care. *Prosiding Nasional APIKES-AKBID Citra Medika Surakarta*.
- Supariasa, I. D. N., Bakri, B., dan Fajar, I. 2016. Penilaian Status Gizi Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Supreryanto. 2014. *Konsep Pendapatan Keluarga*. [Online] Tersedia: [http://dr-supreryanto.blogspot.com/2014/03/Dasar konsep-dasar-pendapatan-keluarga.html](http://dr-supreryanto.blogspot.com/2014/03/Dasar-konsep-dasar-pendapatan-keluarga.html). Diakses pada tanggal 21 Agustus 2017.

- Sofian, M. R. 2013. *Sinopsis Obstetri (Obstetri Fisiologi dan Obstetri Patologi)*. Jakarta: Buku Kedokteran.
- Soep. 2011. *Pengaruh Intervensi Psikoedukasi Dalam Mengatasi Depresi Postpartum di RSUD Dr. Pirngadi Medan*. Tesis Pascasarjana Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Maternitas Universitas Indonesia.
- Syafrudin., dan Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta : EGC
- Tachibana, Y. *et al.* 2015. Antenatal Risk Factors of Postpartum Depression at 20 Weeks Gestation in a Japanese Sample: Psychosocial Perspectives from a Cohort Study in Tokyo. *Journal of PLOS ONE*. DOI:10.1371/journal.pone.0142410.
- Wahyuni, S., Murwati., dan Supiati. 2016. Prevalensi dan Faktor Risiko Depresi Postpartum di Kota Denpasar Menggunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, Volume 3, No 2, November 2014, hlm 106-214.
- Wijaya, B. A. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi pada Ibu Postpartum di Poliklinik Obsgyn Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi (Skripsi). Surakarta: UMS.

LAMPIRAN

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Usia, Jumlah Anak, Pendidikan, Pekerjaan, Agama, dan Pendapatan

Karakteristik	n	%
Usia Ibu		
< 35 tahun	111	74.0
≥ 35 tahun	39	26.0
Usia Suami		
< 35 tahun	99	66.0
≥ 35 tahun	51	34.0
Jumlah Anak		
< 2 orang (primipara)	72	48.0
≥ 2 orang (multipara)	78	52.0
Nifas Hari Ke-		
Hari ke 1 - 2 (<i>fase taking in</i>)	122	81.3
Hari ke 3 - 10 (<i>fase letting go</i>)	28	18.7
Pendidikan Ibu		
< SMA	68	45.3
≥ SMA	82	54.7
Pendidikan suami		
< SMA	72	48.0
≥ SMA	78	52.0
Pekerjaan Ibu		
Tidak bekerja (IRT)	89	59.3
Bekerja	61	40.7
Pekerjaan Suami		
Bekerja	150	100.0
Tidak bekerja	0	0
Agama Ibu dan Suami		
Islam	150	100.0
Non-islam	0	0
Pendapatan Keluarga		
< UMR	99	66.0
≥ UMR	51	34.0

Hasil Analisis Univariat

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia, Jumlah Anak, Pendidikan, Pekerjaan, Agama, dan Pendapatan

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Usia Ibu	< 35 tahun	111	74.0
	≥ 35 tahun	39	26.0
Pendapatan Keluarga	Rendah	99	66.0
	Tinggi	51	34.0
Dukungan Keluarga	Lemah	47	31.3
	Kuat	103	68.7
KDRT	Tidak Mengalami KDRT	128	85.3
	Mengalami KDRT	22	14.7
Jenis Persalinan	Normal	66	44.0
	Dengan penyulit	84	56.0
Paritas	Primipara	72	48.0
	Multipara	78	52.0
<i>Unwanted Pregnancy</i>	Hamil diinginkan	89	59.3
	Hamil tidak diinginkan	61	40.7
Stres Psikologis	Tidak mengalami stres	60	40.0
	Mengalami stres	90	60.0
Depresi <i>Postpartum</i>	Tidak mengalami depresi	78	52.0
	Mengalami depresi	72	48.0

Hasil Analisis Bivariat

Tabel 3. Analisis *Chi-Square* Pengaruh Usia Ibu, Pendapatan Keluarga, Dukungan Keluarga, KDRT (Kekerasan Dalam Rumah Tangga), Jenis Persalinan, Paritas, *Unwanted Pregnancy*, dan Stres Psikologis terhadap Kejadian Depresi *Postpartum*.

Variabel	Kategori	Depresi <i>Postpartum</i>		OR	CI 95%		p
		Tidak Depresi	Depresi		Batas Bawah	Batas Atas	
Usia Ibu	< 35 tahun	52 (46.8%)	59 (53.2%)	0.44	0.21	0.95	0.033
	≥ 35 tahun	26 (66.7%)	13 (33.3%)				
Pendapatan Keluarga	Rendah	42 (42.4%)	57 (57.6%)	0.31	0.15	0.63	0.001
	Tinggi	36 (70.6%)	15 (29.4%)				
Dukungan Keluarga	Lemah	14 (29.8%)	33 (70.2%)	0.26	0.12	0.54	<0.001
	Kuat	64 (62.1%)	39 (37.9%)				
KDRT	Tidak KDRT	77 (60.2%)	51 (39.8%)	31.71	4.14	243.1 2	<0.001
	Mengalami KDRT	1 (4.5%)	21 (95.5%)				
Jenis Persalinan	Normal	46 (69.7%)	20 (30.3%)	3.74	1.88	7.42	<0.001
	Dengan Penyulit	32 (38.1%)	52 (61.9%)				
Paritas	Primipara	30 (41.7%)	42 (58.3%)	0.45	0.23	0.86	0.015
	Multipara	48 (61.5%)	30 (38.5%)				
<i>Unwanted Pregnancy</i>	Hamil diinginkan	61 (68.5%)	28 (31.5%)	5.64	2.76	11.54	<0.001
	Hamil tidak diinginkan	17 (27.9%)	44 (72.1%)				
Stres Psikologis	Tidak stres	50 (83.3%)	10 (16.7%)	11.07	4.91	24.95	<0.001
	Stres	28 (31.1%)	62 (68.9%)				

Hasil Analisis Multivariat

Tabel 4. Hasil Analisis Jalur Pengaruh Faktor Risiko Saat Kehamilan Terhadap Kejadian Depresi *Postpartum*

Variabel Dependen		Variabel Independen	Koefisien Jalur	CI 95%		p
				Batas Bawah	Batas Atas	
Pengaruh Langsung						
Depresi <i>Postpartum</i>	←	Stres Psikologis	2.15	1.17	3.13	<0.001
Depresi <i>Postpartum</i>	←	Pendapatan Keluarga Tinggi	-1.52	-2.51	-0.54	0.002
Depresi <i>Postpartum</i>	←	Paritas (multipara)	-1.24	-2.21	-0.28	0.011
Depresi <i>Postpartum</i>	←	Jenis Persalinan dgn penyulit	1.27	0.32	2.21	0.008
Depresi <i>Postpartum</i>	←	Dukungan Keluarga Masa Hamil yg Kuat	-1.31	-2.38	-0.24	0.016
Depresi <i>Postpartum</i>	←	<i>Unwanted Pregnancy</i>	1.57	0.57	2.58	0.002
Pengaruh Tidak Langsung						
Stres Psikologis	←	Usia Ibu ≥ 35 tahun	-0.91	-1.68	-0.13	0.022
Stres Psikologis	←	KDRT	2.68	0.64	4.73	0.010
Paritas	←	Usia Ibu ≥ 35 tahun	1.66	0.79	2.53	<0.001
KDRT	←	Usia Ibu ≥ 35 tahun	-1.34	-2.85	0.16	0.081