



UNIVERSITAS INDONESIA

**EFEKTIVITAS TERAPI MUSIK TERHADAP PENCEGAHAN
POSTPARTUM *BLUES* PADA IBU PRIMIPARA DI RUANG
KEBIDANAN RSUP CIPTO MANGUNKUSUMO
JAKARTA PUSAT**

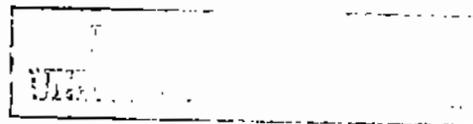
Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh Gelar Magister Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Maternitas

Oleh

SURYANI MANURUNG
0606027386

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim penguji Tesis
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

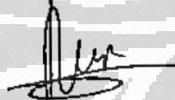
Depok, 17 Juli 2008

Pembimbing I



Yeni Rustina, M.App.Sc.,PhD

Pembimbing II

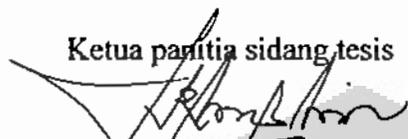


Besral, SKM.,MSc

LEMBAR PENGESAHAN PANITIA PENGUJI SIDANG TESIS

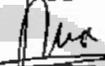
Depok, 17 Juli 2008

Ketua panitia sidang tesis



Yeni Rustina, M.App.Sc.,PhD

Anggota I



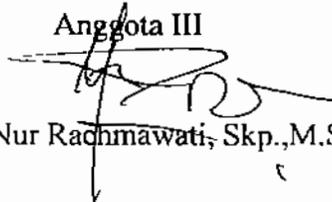
Besra, SKM.,M.Sc

Anggota II



Yulianingsih, SKM., M.M.,Mkes.,Sp.Mat

Anggota III



Imami Nur Rachmawati, Skp.,M.Sc

Tesis, Juli 2008
Suryani Manurung

Efektivitas Terapi Musik Terhadap Pencegahan Postpartum *Blues* Pada Ibu Primipara
Di Ruang Kebidanan RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat

xvi +110 halaman +18 tabel + 1 grafik + 3 skema + 3 lampiran.

ABSTRAK

Perbaikan kesehatan ibu dan bayi menjadi prioritas pembangunan kesehatan di Indonesia. Perbaikan tersebut diarahkan kepada kesehatan fisik dan psikologis. Masalah psikologis ibu postpartum primipara diantaranya kejadian postpartum *blues* yang merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap kesehatan ibu secara tidak langsung. Dari hasil penelitian sebelumnya kejadian postpartum *blues* sangat tinggi sekitar 75% - 80%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas terapi musik dalam mencegah postpartum *blues* pada ibu postpartum primipara. Penelitian ini menggunakan desain *Quasi experiment, pretest-postest* dengan kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Kelompok intervensi diberi terapi musik instrumental yakni musik klasik tipe Mozart: *Eine Kleine Nachtmusik* dengan frekuensi 20-40 cps hertz lamanya 15-20 menit, dilakukan 2 kali sehari yakni pukul 8.00 dan pukul 14.00 selama 3 hari. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu postpartum primipara yang dirawat di ruang kebidanan RSCM Jakarta Pusat, dengan jumlah masing-masing kelompok kontrol dan kelompok intervensi 18 orang. Hasil uji regresi logistik dan regresi linear ganda membuktikan ada pengaruh terapi musik terhadap pencegahan postpartum *blues*. Pada ibu yang diberi terapi musik terjadi penurunan skor kejadian postpartum *blues* sebesar 1,80. Ibu yang tidak diberi terapi musik memiliki peluang untuk mengalami postpartum *blues* sebesar 5,60 kali dibanding dengan ibu yang diberi terapi musik. Kesimpulan dari penelitian ini bahwa pemberian terapi musik sangat efektif dalam pencegahan postpartum *blues*. Sebagai rekomendasi hasil studi ini perlu diberikan terapi musik bagi semua ibu postpartum sebagai salah satu intervensi terapi relaksasi di pelayanan kesehatan yakni rumah sakit, puskesmas maupun klinik bersalin.

Kata kunci: postpartum *blues*, terapi musik, EPDS (*Edinburgh postnatal depression scale*).

Daftar Pustaka: 65 (1990-2008)

**POSTGRADUATE PROGRAM
ESPECIALY MATERNITY NURSING
NURSING FACULTY UNIVERSITY OF INDONESIA**

**Thesis, July 2008
Suryani Manurung**

Effectiveness Listenend in Music Therapy against Postpartum Blues Prevention on Primipara Mother at Midwifery Room RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat

xvi + 110 pages + 18 tables + 1 graphic + 3 schemas + 3 attachments

Abstract

Rehabilitative the mother and baby health becomes priority to health development at Indonesian. The rehabilitative implementation was concern to physical health and psychological. The psychological problem of mothers postpartum primipara there are the postpartum blues evidence which becomes a factor indirectly contribute to mother health. The research result before the postpartum blues evidence very high almost 75%-80%. This research purposed to know music therapy effectiveness in prevents postpartum blues on postpartum prim Para's mother. This research utilize quasi experiment's design, pretest – posttest with control group and intervention group. Intervention group listened to instrumental music which is Mozart classical music type: Eine Kleine Nachtmusik with frequency 20-40 cps hertz's in 15-20 minutes duration, sounding off in 2 times a day, on 8.00 WIB a.m and on 14.00 WIB p.m along 3 days. The sample in this observational is postpartum primipara's mother which was nursed at midwifery room RSCM Jakarta Pusat, with total each controls group and intervention group are 18 person. The tests result of logistics regression and double linear regression prove there are available influence music therapy to postpartum blues' prevention. On mother which sounding off musical therapy decreased postpartum blues evidence score as 1, 80. Meanwhile mother that doesn't listened to musical therapy have opportunity to get postpartum blues evidence as 5, 60 times against mother was sounding off by music therapies. The research conclusion is the implementation of listened in musical therapy so effective in postpartum blues' prevention. This result study recommendate it is needs to sound off musical therapy to all post partum's mother as intervention relaxation therapy at health service center such as hospital, puskesmas and also the maternity clinic.

Key word: postpartum blues, music therapy, EPDS (Edinburgh postnatal depression scale)

Literature: 65 (1990 – 2008)

KATA PENGANTAR

Penulis merasakan betapa kasih Tuhan melimpah yang memberikan semangat dan upaya kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini. DikehadiratNya penulis memanjatkan puji syukur yang tidak terhingga. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada para pembimbing: ibu Yeni Rustina, MApp.Sc.,Ph.D selaku pembimbing I, yang dengan tulus dan ikhlas membimbing atas segala kekurangan penulis dan juga Bapak Besral, SKM.,MSc selaku pembimbing II, yang telah banyak mengarahkan penulis dalam menyusun tesis ini. Tesis ini sebagai salah satu syarat untuk dapat menyelesaikan pendidikan tahap akademik pasca sarjana kekhususan meternitas.

Penyusunan tesis ini banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, sehingga pada kesempatan yang berbahagia ini penulis juga ingin menyampaikan ucapan rasa terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, Ph.D, Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, Skp.,M.App.Sc, Ketua Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Direktur Utama RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat.
4. Kepala Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Depkes RI yang telah banyak memberikan kesempatan menyelesaikan studi di Program Magister FIK-UI Jakarta.
5. Kepala Departemen Obgyn RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat.
6. Kepala Unit Gedung A Public Wing RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat.

7. Direktur Politeknik Jakarta I, Ketua Jurusan Keperawatan Wijayakusuma beserta seluruh rekan-rekan dosen dan karyawan yang telah memberikan kesempatan menyelesaikan studi di Program Magister FIK- UI Jakarta.
8. Bapak dan ibu Staf Pengajar Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
9. Seluruh pihak yang telah membantu penyelesaian tesis ini.

Semoga semua bimbingan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan berkah dan kasihnya dari Tuhan Yang Maha Kuasa.

Depok, Juli 2008

Suryani Manurung

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Suryani Manurung

Tempat/ tanggal lahir : Perdagangan, 11 Januari 1968

Alamat : Jl. Koman Muin II No. 91 RT 10 /04 Limo-Cinere Kotamadya
Depok Jawa Barat.

Riwayat Pendidikan : 1. SD Katholik Cinta Rakyat Perdagangan, lulus tahun 1981

2. SMP Negeri Perdagangan, lulus tahun 1984

3. SMA Negeri 7 Medan, lulus tahun 1987

4. AKPER DEPKES RI Medan, lulus tahun 1991

5. Pendidikan Program Bidan B AKPER DEPKES
Wijakusuma Jakarta, lulus tahun 1994

6. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, lulus
tahun 2002

7. Program Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Maternitas
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus
tahun 2008

Riwayat Pekerjaan : 1. Staf pengajar pada AKPER Deli Husuda Delitua Medan
(1991-1995)

2. Staf Pengajar pada Jurusan Keperawatan Politeknik
Kesehatan Jakarta I DEPKES RI (1996 – sekarang)

DAFTAR ISI

Halaman

LEMBAR JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN PANITIA PENGUJI SIDANG	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR GRAFIK	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I	PENDAHULUAN
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	11
C. Tujuan Penelitian	11
D. Manfaat Penelitian	12
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA
A. Konsep Asuhan Keperawatan Postpartum	
1. Pengertian postpartum	14
2. Perubahan fisiologis pada periode postpartum	14
3. Perubahan psikologis pada postpartum	
a. Penyesuaian peran sebagai ibu selama periode Postpartumn(<i>maternal adjustment</i>)	25
b. Penyesuaian peran sebagai ayah selama periode postpartum (<i>paternal adjustment</i>)	27
4. Gangguan Psikologis Postpartum : Postpartum <i>Blues</i> Dan Depresi Postpartum	
a. Postpartum <i>blues</i>	
1. Pengertian postpartum <i>blues</i>	28
2. Tanda dan gejala postpartum <i>blues</i>	29
3. Faktor-faktor penyebab postpartum <i>blues</i>	29
4. Pengelolaan postpartum <i>blues</i>	32
b. Depresi postpartum	
1. Pengertian depresi postpartum	34
2. Patofisiologi terjadinya depresi postpartum	34
3. Faktor-faktor penyebab depresi postpartum	36
4. Rentang depresi postpartum	37

	5. Gejala depresi postpartum	37
	6. Penatalaksanaan depresi postpartum	38
	B. Alat Instrumen untuk Screening Postpartum	
	<i>Blues dan Depresi</i>	
	1. <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i>	40
	2. <i>Depresi Anxiety and Stress Scales 42 (DASS 42)</i>	42
	C. Terapi Musik dan Peran Perawat	
	1. Pengertian terapi musik	45
	2. Manfaat terapi musik	45
	5. Jenis-jenis terapi musik	48
	4. Cara kerja musik sebagai terapi	49
	5. Mekanisme pelaksanaan terapi musik	50
	6. Peran dan fungsi perawat dalam pelaksanaan terapi musik	53
	D. Penelitian Terkait	55
	E. Kerangka Teori	60
BAB III	KERANGKA KERJA PENELITIAN HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL	
	A. Kerangka Kerja Penelitian	61
	B. Hipotesis	62
	C. Defenisi Operasional	62
BAB IV	METODOLOGI PENELITIAN	
	A. Desain Penelitian	66
	B. Populasi dan Sampel Penelitian	
	1. Populasi penelitian	67
	2. Sampel penelitian	67
	C. Tempat Penelitian	70
	D. Waktu Penelitian	70
	E. Pertimbangan Etik	70
	F. Instrumen Penelitian	71
	G. Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data	
	1. Pengumpulan data	71
	2. Pengolahan data	74
	3. Analisa data	75
BAB V	HASIL PENELITIAN	
	A. Analisis Univariat	
	1. Gambaran karakteristik responden pada kelompok Intervensi dan kelompok kontrol.....	78
	2. Gambaran postpartum blues sebelum dan sesudah periode intervensi	81
	B. Analisis Bivariat dan Multivariat data Katagorik	
	1. Analisis bivariat uji kai kuadrat	82

	2. Analisis multivariat regresi logistik.....	92
	C. Analisis Bivariat dan Multivariat data Numerik	
	1. Analisis bivariat beda mean dependen.....	93
	2. Analisis bivariat beda mean independen.....	95
	3. Analisis multivariat regresi linear ganda.....	97
BAB VI	PEMBAHASAN	
	A. Interpretasi Dan Diskusi Hasil Penelitian.....	99
	B. Keterbatasan Penelitian	103
	C. Implikasi Terhadap Pelayanan Kesehatan Dan Penelitian selanjutnya	104
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN	
	A. Kesimpulan	108
	B. Saran	109
DAFTAR PUSTAKA		

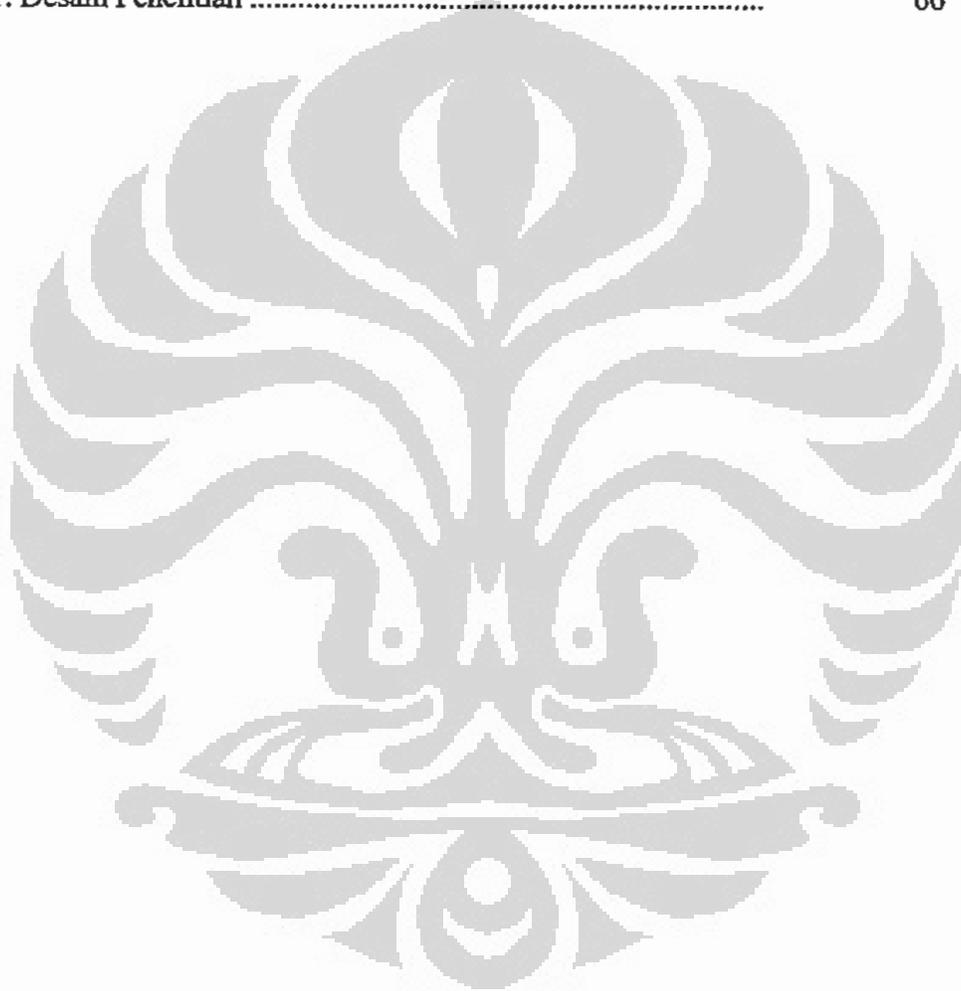


2
83
84
85
ensi 86
..... 87
..... 88

Tabel 5.10 Distribusi responden menurut riwayat komplikasi dan kejadian postpartum <i>blues</i> sebelum dan sesudah periode intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008	89
Tabel 5.11 Distribusi responden menurut bantuan dalam merawat bayi dan kejadian postpartum <i>blues</i> sebelum dan sesudah periode intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008	90
Tabel 5.12 Distribusi responden menurut kejadian postpartum <i>blues</i> sebelum dan sesudah periode intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi pasien di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008	91
Tabel 5.13 Hasil analisis multivariat regresi logistik kejadian postpartum <i>blues</i> sebelum periode intervensi, kelompok dan pendidikan dengan kejadian postpartum <i>blues</i> sesudah periode intervensi. Di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008.....	92
Tabel 5.14 Hasil analisis multivariat regresi logistik, kelompok dan pendidikan dengan kejadian postpartum <i>blues</i> sesudah periode intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat, Mei 2008.....	92
Tabel 5.15 Distribusi rata-rata nilai kejadian postpartum <i>blues</i> sebelum dan sesudah periode intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008	93
Tabel 5.16 Distribusi rata-rata nilai variabel dengan kejadian postpartum <i>blues</i> sebelum dan sesudah periode intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008	95
Tabel 5.17 Analisis korelasi dan regresi variabel kelompok, pendidikan periode postpartum dan skor pp <i>blues</i> sebelum periode intervensi dengan skor kejadian postpartum <i>blues</i> Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo, Mei 2008	97

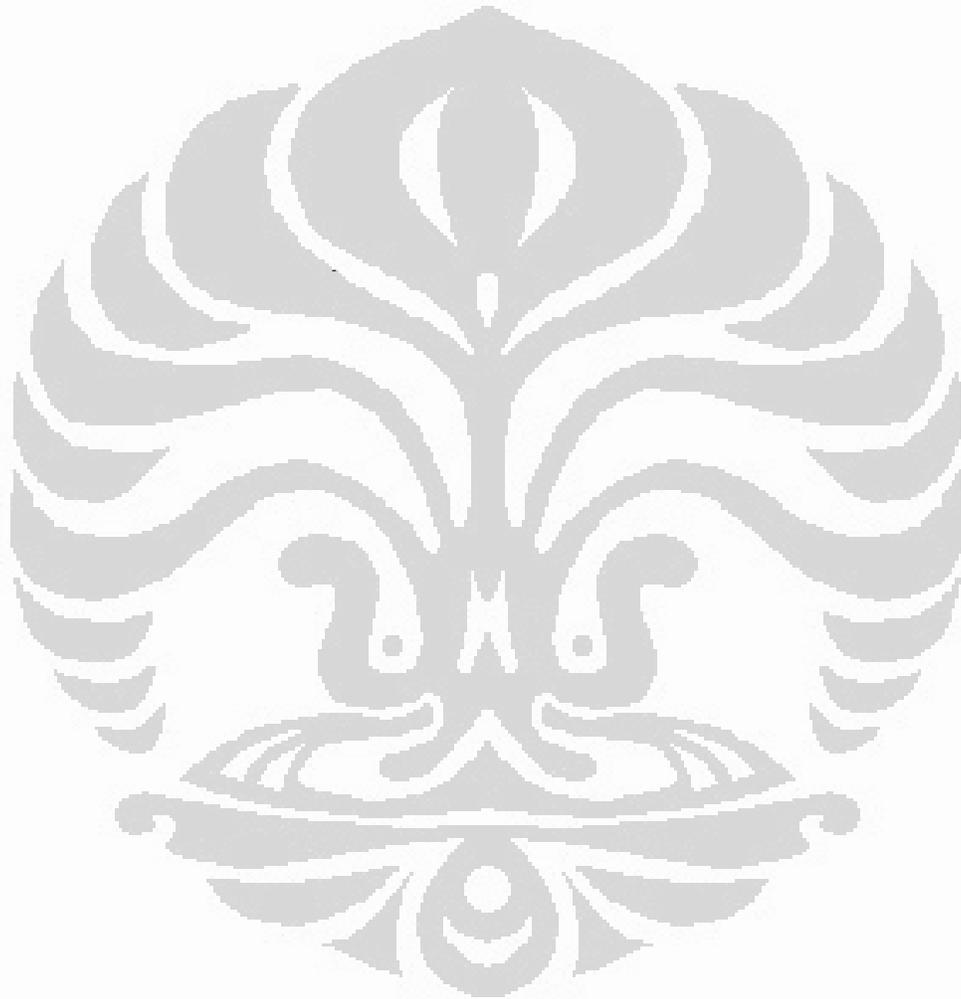
DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1. Kerangka Teori	60
Skema 3.1. Kerangka Kerja Penelitian	61
Skema 4.1. Desain Penelitian	66



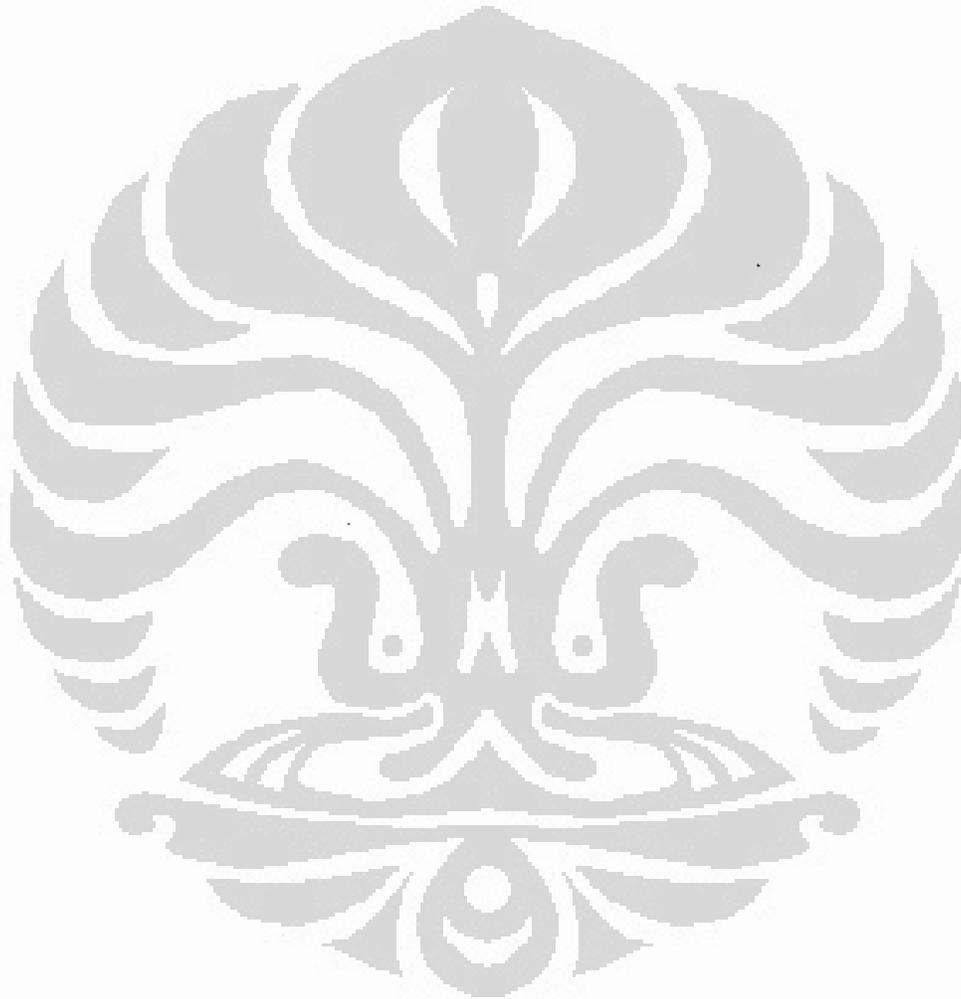
DAFTAR GRAFIK

	Halaman
Grafik 5.1 Rata-rata pengukuran EPDS kelompok kontrol dan kelompok Intervensi sebelum dan sesudah posttest pasien di RSUP CiptoMangunkusumo Jakarta Mei 2008.....	94



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Persetujuan
Lampiran 2 : Kuesioner Penelitian
Lampiran 3 : Protokol Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perbaikan kesehatan ibu dan bayi merupakan prioritas pembangunan di Indonesia. Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk mencapai derajat kesehatan ibu dan bayi, seperti yang dicanangkan dalam paradigma sehat 2010 yaitu mengutamakan kegiatan promotif dan preventif yang mendukung upaya kuratif dan rehabilitatif (Depkes, 2005). Upaya yang telah dilakukan dan mendukung paradigma sehat 2010 tersebut antara lain dilaksanakannya lokakarya kesehatan reproduksi yang diselenggarakan di Kairo pada tahun 2000, pada lokakarya ini disepakati definisi “kesehatan reproduksi yaitu suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya” (Depkes & WHO, 2003, hlm.13). Kegiatan lainnya adalah meluncurkan gerakan sayang ibu dalam upaya *advokasi* dan mobilisasi sosial untuk mendukung upaya percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI), serta pada tahun 1999 bersama dengan WHO melaksanakan strategi *Making Pregnancy Safer (MPS)*.

Rencana strategis MPS di Indonesia 2001-2010 termasuk dalam konteks rencana pembangunan kesehatan menuju sehat 2010. Ada empat strategi utama yang dicanangkan pada kegiatan MPS dalam upaya menurunkan angka kematian *maternal* dan *neonatal*. Salah satu kegiatannya memberikan pelayanan kesehatan

yang baku, *cost effective*, berdasarkan bukti (*evidence based*) yaitu sesuai klinis bukan berdasarkan program kebijakan atau aturan yang ada (Saifuddin, 2002; Depkes.RI, 2001). Fokus penyelesaian masalah ibu dan bayi ditekankan pada penanganan terhadap masalah fisik yang langsung mempengaruhi kesehatan ibu maupun faktor-faktor yang dapat berkontribusi memperberat kesehatan ibu, dengan melibatkan berbagai tenaga kesehatan antara lain perawat, bidan dan dokter.

Lingkup pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat dalam asuhan keperawatan maternitas meliputi pelayanan perinatal (antenatal, intranatal, postnatal dan bayi baru lahir) serta wanita dengan masalah kesehatan reproduksi. Bentuk pelayanan yang diberikan sesuai standar asuhan pelayanan keperawatan maternitas yang bermutu. Standar tersebut mengacu pada tujuan asuhan keperawatan maternitas yang diberikan sepanjang periode *childbearing* yakni mengupayakan ibu mampu beradaptasi terhadap perubahan fisik dan psikologis yang mempengaruhi kesehatan.

Periode postpartum merupakan proses adaptasi terhadap perubahan fisik dan psikologis bagi ibu dan seluruh anggota keluarga. Dimana semua sistem tubuh akan mengalami perubahan secara perlahan dan menjadi normal seperti keadaan sebelum hamil yang sering membuat ibu merasa tidak nyaman. Perubahan tersebut antara lain adanya rasa nyeri karena *afterpain*, luka episiotomi, fase *diuresis* dan *diaporesis*, perubahan sistem integumen dan perubahan pola eliminasi. Selama proses adaptasi terhadap sistem tubuh, ibu juga akan mengalami proses adaptasi

terhadap perubahan psikologis yakni perubahan peran *parenting* dimana terjadi perubahan pola dari diasuh menjadi mengasuh, yang berlangsung dalam beberapa hari postpartum. Dengan adanya perubahan psikologis tersebut, maka ibu dituntut untuk mampu beradaptasi. Kemampuan beradaptasi ibu sangat dipengaruhi oleh usia, sosial, suku budaya dan faktor demografi, sehingga dibutuhkan suatu dukungan sosial baik dari perawat maupun dari keluarga guna membantu ibu dalam proses adaptasi (Wong, Perry & Hockenberry, 2002).

Proses adaptasi ini menurut *Rubin* terdiri dari tiga fase yakni *fase taking in, taking hold* dan *letting go* (Pilliteri, 2003; Wong, Perry & Hockenberry, 2002). Masing-masing fase tersebut memiliki karakteristik yang berbeda, yang memungkinkan ibu mengalami postpartum *blues* bahkan berlanjut sampai depresi misalnya ibu menampilkan suatu perilaku yang seharusnya berbahagia setelah kelahiran bayi, justru kehilangan perasaan tersebut secara tiba-tiba. Kondisi ini merupakan salah satu faktor yang turut berkontribusi dalam memperberat derajat kesehatan ibu secara tidak langsung.

Postpartum *blues* yang biasanya tidak terdeteksi dan tidak diobati, karena beberapa gejalanya mempunyai kesamaan seperti gejala yang pernah dialami oleh ibu saat hamil, sehingga dianggap suatu kelaziman (Fadlan, 2006, apa yang dimaksud dengan depresi?, ¶ 4, [http:// Fadlan. multiply.com](http://Fadlan.multiply.com), diperoleh tanggal 30 Januari 2007). Pendokumentasian angka kejadian postpartum *blues* di Indonesia belum banyak dilakukan oleh rumah sakit. Namun hasil penelitian Setyowati dan Riska

pada tahun 2006 di RSUD Dr Soetomo Surabaya mengidentifikasi bahwa dari 31 orang ibu postpartum, ada sebanyak 17 (54,84%) orang yang mengalami postpartum blues dengan menggunakan EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*). Sedang Albright (1993, dalam Wong, Perry & Hockenberry, 2002) mengemukakan angka kejadian postpartum blues di luar negeri cukup tinggi pada ibu-ibu yang baru melahirkan sekitar 75%-80%.

Kejadian postpartum blues tersebut sangat dipengaruhi oleh banyak faktor yakni faktor internal maupun faktor eksternal. Faktor internal yang mempengaruhi masalah psikologis ibu antara lain disebabkan faktor fluktuasi hormonal. Parry (1999) mengatakan bahwa kebutuhan hormon estrogen yang meningkat pada ibu namun tiba-tiba saja menurun setelah melahirkan, kondisi ini membuat ibu mengalami depresi yang disebut dengan depresi biokimia. Disisi lain kehamilan meningkatkan hormon endorfin yaitu hormon yang bisa memompa rasa senang, tetapi saat melahirkan tingkat endorfin merosot, kondisi ini juga menambah resiko terjadinya depresi. Kadang-kadang depresi pasca melahirkan juga disebabkan oleh ketidakstabilan kelenjar tiroid, yang turun ketika melahirkan dan tidak kembali pada jumlah yang normal (Adiningsih, 2005, waspadai depresi pasca melahirkan di pengungsian, ¶ 1 <http://pikas.bkkbn.go.id>, diperoleh tanggal 14 Januari 2008).

Faktor internal lainnya yakni kondisi *obstetri* yang dialami oleh ibu sepanjang periode *childbearing*, penyakit yang menyertai ibu sebelum atau sesudah kehamilan. Kondisi ini membuat ibu merasa takut, cemas dan penuh perasaan was-was

sehingga memicu peningkatan hormon-hormon kortikosteroid. Peningkatan hormon tersebut memunculkan gejala seperti perubahan denyut jantung, nadi, pusing dan mudah lelah.

Faktor eksternal yang dapat mempengaruhi terjadinya postpartum *blues* yakni menurunnya dukungan sosial yang diperoleh ibu selama periode *childbearing* (Page, Pecival & Kitzinger, 2000) seperti: 1) dukungan emosional yakni perasaan aman, sejahtera; 2) dukungan *self esteem* yakni pengakuan terhadap kemampuan dan ketrampilan ibu; 3) dukungan *tangible* yakni bantuan dari orang lain; 4) dukungan *informational* yakni bantuan berupa informasi.

Faktor budaya yakni tradisi yang sering dilakukan oleh berbagai suku juga dapat membuat ibu merasa tertekan. Menurut Ball, selama periode postpartum empat puluh hari, banyak praktek-praktek budaya yang memingit ibu tidak boleh keluar rumah. Tindakan ini adalah merupakan salah satu praktek-praktek budaya yang dilakukan dalam perawatan ibu-ibu postpartum. Tujuan dari praktek budaya tersebut adalah untuk melindungi ibu (Page, Pecival & Kitzinger, 2000).

Selain itu, menurut Setyowati dan Uke (2006) dari hasil penelitiannya menyatakan bahwa kejadian postpartum *blues* disebabkan oleh: pengalaman yang tidak menyenangkan pada periode kehamilan dan persalinan sebanyak 38,71%, faktor psikososial (dukungan sosial sebanyak 19,35%, kualitas dan kondisi bayi baru lahir sebanyak 16,13%) serta faktor spiritual sebanyak 9,78%.

Kejadian postpartum *blues* juga didukung oleh penelitian O'Hara dan Swain (1996) yang menyatakan bahwa komplikasi selama persalinan dan kelahiran memiliki hubungan yang sedang terhadap gejala depresi atau postpartum *blues* pada ibu-ibu postpartum selama fase dini maupun fase lanjut (Procelli, 2005, *the effects of music therapy and relaxation prior to breastfeeding on the anxiety of new mothers and the behaviour state of their infants during feeding*, ¶ 23, <http://etd.lib.fsu.edu>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008). Kondisi ini biasanya membuat para ibu postpartum memiliki emosi yang labil, yang merupakan karakteristik utama dari depresi.

Sebanyak 50 sampai 80 persen para ibu yang baru melahirkan dapat mengalami post partum *blues* (Epperson, 1999; Kennedy, Beck and Priscoll, 2002; Miller, 2002, dalam Ohsu, 2005, *postpartum depression information and resources*, ¶ 1, <http://www.ohsu.edu>, diperoleh tanggal 30 Januari 2006). Namun ibu primipara juga memiliki peluang yang sangat besar untuk mengalami kejadian postpartum *blues*. Kondisi ini didukung oleh karakteristik seorang ibu terhadap adaptasi peran yang baru dimana ibu primipara memerlukan dukungan sosial yang lebih dibanding ibu multipara. Selain itu pengalaman yang pertama kali melahirkan juga dapat memicu terjadinya postpartum *blues*.

Perilaku yang muncul pada ibu dengan postpartum *blues* beragam, biasanya ditunjukkan dengan menangis, murung, susah tidur, bingung, jengkel, serta suasana hati yang tidak stabil. Gejala tersebut secara umum dapat muncul antara hari

pertama sampai hari ke sepuluh setelah kelahiran atau dua minggu setelah kelahiran. Biasanya gejala tersebut sering tidak terdeteksi sampai pemulangan ibu dari rumah sakit, sehingga tidak ada pelaporan dan pencatatan kejadian di rumah sakit (Nonacs & Cohen, 1998, dalam Procelli, 2005, *the effects of music therapy and relaxation prior to breastfeeding on the anxiety of new mothers and the behaviour state of their infants during feeding*, ¶ 19, <http://etd.lib.fsu.edu>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

Ada beberapa tipe terapi alternatif yang dapat mencegah postpartum *blues* dan depresi postpartum. Terapi tersebut dapat dilakukan sepanjang periode *childbearing* yakni, terapi *psikoeducasional*, terapi *biofeedback*, terapi *massage*, terapi relaksasi serta terapi seni dan musik (Gayle & Zieman, 2005, *Postpartum depression*, ¶ 4, <http://www.med.umich.edu>, diperoleh tanggal 30 januari 2008). Terapi *psikoedukasional* adalah meningkatkan pengetahuan ibu, yang diberikan oleh petugas kesehatan guna mengurangi tingkat kecemasan ibu. Terapi *biofeedback* adalah belajar mengontrol fungsi tubuh seperti ketegangan otot atau otak, mengatasi *ansietas* dan meningkatkan konsentrasi. Terapi ini biasanya sangat baik dilakukan bersamaan dengan terapi relaksasi lainnya yang dikerjakan oleh dokter dan psikoterapi. Terapi relaksasi adalah terapi yang dapat membuat seseorang menjadi lebih rileks. Tipe dari terapi ini misalnya *yoga*, *meditasi*, musik dan *massage*. Terapi *yoga*, *meditasi* dan musik dapat menurunkan kejadian depresi. Sedang tipe terapi *masssage*, hanya untuk menurunkan *stress*, tetapi bukan untuk menolong mengatasi depresi.

Beberapa peneliti telah melakukan penelitian terhadap terapi alternatif. Bernat (1992, dalam Nichols & Humenick, 2000) telah menguji kelayakan penggunaan temperatur *biofeedback* dalam membantu relaksasi selama persalinan. Hasilnya didapatkan bahwa kelompok *intervensi* yang stressnya lebih tinggi dibanding kelompok kontrol mengalami penurunan *stress* yang bermakna. Penelitian lain untuk mengurangi depresi postpartum juga telah dilakukan oleh Nazara (2006) dengan metoda *psikoedukasional*. Peneliti telah memaparkan bahwa pengaruh *psikoedukasional* pada kelompok *intervensi* sangat berpengaruh dalam mencegah depresi postpartum.

Metoda terapi lainnya adalah terapi musik. Gerassimowitsch (2006) memaparkan bahwa terapi musik telah terbukti menurunkan hormon-hormon *stress* yakni kortisol. Terapi musik yang diberikan sebelum operasi kandungan, mengalami penurunan nilai kortisol sebesar 39 % dan setelah post operasi dalam waktu 10-12 hari, nilai kortisol menurun sebesar 60 %. Penelitian Procelli (2005), mengidentifikasi bahwa ibu-ibu dalam kelompok *intervensi* terapi musik menunjukkan perasaan yang lebih tenang dan lebih tertarik untuk menyusui dibandingkan pada kelompok kontrol. Wiand (1997, dalam Nichols & Humenick, 2000) melakukan studi komparatif antara tehnik relaksasi *Lamaze* dibandingkan dengan terapi musik dengan tipe musik *baroque*, *ocean sound tape* dan tehnik relaksasi terhadap ibu-ibu primipara pada kehamilan trimester ketiga. Hasilnya ibu-ibu yang mendengarkan musik tampak lebih rileks.

Menurut Mickinney (1990, dalam Bruce, 2001) dalam dua dekade ini terapi musik telah banyak digunakan untuk mengatasi ketegangan emosi yakni kecemasan individu dan nyeri selama fase kehamilan dan memfasilitasi proses kelahiran. Terapi tersebut diarahkan untuk meningkatkan kesejahteraan janin, keselamatan dan kenyamanan ibu. Beberapa wanita sangat menyenangi seni dan musik, sehingga terapi musik ini dapat dilakukan guna membantu mencegah dan mengatasi postpartum *blues* dan depresi postpartum.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan (Henry, 1995; McCraty, Barriers-Choplin, Atkinson & Tonasion, 1988; Rider, Floyd & Kirkpatrick, 1985; Scarlett, 1984, Standley, 1986) tentang efek terapi musik pada periode antenatal dan intranatal terhadap fisiologi kardiovaskuler, respirasi, kecemasan, sistem kekebalan, respon psikologis terhadap nyeri dan terhadap sistem saraf otonom. Dari variabel penelitian yang diteliti diperoleh bahwa yang lebih berpengaruh adalah nilai rata-rata denyut nadi sedangkan lamanya terhadap persalinan pengaruhnya lebih sedikit (Nichols & Humenick, 2000). Menurut Davis dan Thaut (1989 dalam Procelli, 2005) telah terjadi perubahan emosional pada ibu-ibu yang menerima suatu intervensi terapi musik yakni menurunnya status kecemasan dan ketegangan.

Penelitian lain tentang terapi musik yakni penelitian Leibman dan MacLaren (1991), penelitian tersebut ditujukan kepada 19 orang remaja yang hamil sebagai kelompok intervensi sedang 20 orang remaja yang hamil sebagai kontrol dengan tipe musik *halpern's* musik khusus buat ibu-ibu usia remaja. Dimana variabel *dependen* yang

diuji adalah efektivitas terapi musik dan relaksasi yang diberikan secara progresif terhadap penurunan *ansietas*. Terapi diberikan 15-20 menit selama satu minggu. Hasilnya tingkat *ansietas* menurun secara bermakna pada kelompok kontrol dengan alat ukur *speilberg* (Nichols & Humenick, 2000).

Procelli (2005) juga melakukan terapi musik terhadap ibu-ibu postpartum yang menyusui. Terapi musik yang diberikan minimal 10 menit. Variabel yang diteliti adalah efektivitas terapi musik dan terapi relaksasi terhadap kecemasan dan perilaku ibu terhadap bayinya selama menyusui. Hasilnya bermakna dalam menurunkan kecemasan dan terjadi perubahan perilaku ibu selama menyusui. Ibu tampak lebih tenang saat menyusui bayinya.

Sedang penerapan terapi musik di Indonesia sendiri belum banyak terdokumentasi dan dipublikasikan. Salah satu rumah sakit yang telah menerapkan efektivitas terapi musik adalah rumah sakit Bunda Jakarta di ruang NICU, terhadap bayi-bayi yang beresiko tinggi yakni bayi prematur, bayi dengan perawatan kasus bedah serta kelainan *kongenital*. Hasilnya, bayi yang mendapat terapi musik selama perawatan dibandingkan yang tidak mendapat terapi musik didapatkan perbedaan bermakna dalam hal lamanya hari perawatan dan morbiditas selama perawatan (Judarwanto, 2004, neonatal intensive care unit rumah sakit Bunda Jakarta, ¶ 4, <http://209.85.175.104/search?q=cache:mEoMF9> diperoleh tanggal 30 Desember 2007).

Terapi musik telah dapat dilihat dan dirasakan manfaat dan keuntungannya. Metoda terapi ini telah direkomendasikan oleh para peneliti sebagai bentuk intervensi selama fase *childbearing*. Intervensi tersebut ditujukan terhadap *stressor* selama kehamilan normal maupun kehamilan resiko tinggi saat dirawat di rumah sakit, perawatan intranatal, perawatan bayi baru lahir (Wilfrid, 2006, stress management, music therapy in childbirth and neonatal care, ¶ 1, <http://www.mtabc.com>, diperoleh tanggal 14 Januari 2007).

Peran perawat perlu dikembangkan sebagai instruktur pada pemberian intervensi terapi musik. Berdasarkan rekomendasi beberapa peneliti terhadap efektivitas terapi musik dalam mengatasi kecemasan dan kenyamanan ibu sepanjang periode *childbearing*, maka perlu dilakukan suatu penelitian efektivitas terapi musik dalam mencegah postpartum *blues* pada ibu postpartum primipara dengan persalinan pervaginam.

B. Perumusan Masalah

Kejadian postpartum *blues* adalah sebagai faktor penyebab tidak langsung yang memperburuk kondisi kesehatan ibu. Sehingga berdampak kepada menurunnya kualitas perawatan yang diberikan oleh ibu terhadap dirinya sendiri, bayi dan anggota keluarga lainnya. Oleh karena itu perlu dilakukan suatu upaya dalam mencegah dan mengatasi kejadian postpartum *blues* dengan memberikan terapi relaksasi yaitu terapi musik.

Terapi musik masih jarang dilakukan di Indonesia khususnya di ruang perawatan postpartum. Dengan demikian peneliti ingin mengetahui bagaimana efektivitas terapi musik dalam mencegah dan mengatasi postpartum *blues*.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas terapi musik dalam mencegah dan mengatasi postpartum *blues* pada ibu-ibu postpartum primipara di Rumah Sakit Umum Pusat Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui kejadian postpartum blues di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta pusat
- b. Mengidentifikasi pengaruh intervensi terapi musik terhadap penurunan kejadian postpartum *blues*.
- c. Mengidentifikasi pengaruh faktor-faktor *confounding* terhadap kejadian postpartum *blues*.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi praktek asuhan keperawatan maternitas

- a. Memberikan suatu informasi terbaru tentang kejadian postpartum *blues* kepada para petugas kesehatan yakni perawat dan bidan.

- b. Memberikan alternatif terapi relaksasi bagi para petugas kesehatan yakni perawat dan bidan dalam mencegah kejadian postpartum *blues* di ruang perawatan ibu postpartum.

2. Bagi institusi pendidikan keperawatan

- a. Memberikan suatu informasi terbaru tentang kejadian postpartum *blues* guna melengkapi materi asuhan keperawatan ibu postpartum dalam mata ajar keperawatan maternitas pada kurikulum pendidikan keperawatan.
- b. Memberikan suatu informasi tentang intervensi keperawatan dalam mencegah postpartum *blues* guna melengkapi intervensi keperawatan pada ibu postpartum di pendidikan keperawatan.

3. Bagi penelitian selanjutnya

Memberikan suatu gambaran tentang efektifitas terapi musik terhadap pencegahan postpartum *blues* yang merupakan data dasar bagi penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

A. Konsep Asuhan Keperawatan Postpartum

1. Pengertian postpartum

Periode postpartum dimulai dari kala empat persalinan dan berlangsung sampai enam minggu sebelum organ-organ kembali normal seperti keadaan sebelum hamil dengan proses involusi (Celeste, 1996). Periode Postpartum dibagi menjadi 3 fase yakni fase *immediate* postpartum yaitu 24 jam pertama postpartum, yang merupakan fase kritis bagi klien. *Early* postpartum adalah periode postpartum yang berlangsung pada minggu pertama. Sedangkan *late* postpartum adalah periode postpartum yang berlangsung dari minggu ke -2 sampai ke -7 (May & Mahlmeister, 1990).

2. Perubahan fisiologis pada periode postpartum

Selama periode postpartum terjadi perubahan fisiologis terhadap organ reproduksi dan organ tubuh lainnya. Perubahan pada sistem tubuh berlangsung cepat dalam waktu 3-4 hari. Proses involusi organ reproduksi berlangsung sampai 6 minggu (Olds, London, Ladewing, & Davidson, 2004; Celeste, 1996; Wong, Shannon & Hockenberry, 2002).

Perubahan fisiologis selama postpartum meliputi :

a. Perubahan tanda-tanda vital

Temperatur: pada 24 jam pertama post partum dapat meningkat hingga 36°C - 38°C akibat pengaruh dehidrasi, perubahan hormonal dan pembengkakan payudara, sehingga kebutuhan cairan meningkat. Kondisi fisik yang menyimpang kemungkinan dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh mencapai 39°C setelah 24 jam postpartum dan menetap dalam dua hari. Hal ini kemungkinan terjadi sepsis *puerperalis*, *mastitis*, *endometritis*, infeksi *traktus urinarius* atau infeksi lain.

Nadi: bradikardi sering ditemukan pada ibu-ibu yang baru melahirkan di hari pertama dan kedua. Secara perlahan nadi akan berubah menjadi normal sehubungan dengan penurunan *cardiac out put* tanpa penurunan *stroke volume* (Celeste, 1996). Nadi dikatakan bradikardi 50-70 x/menit (Olds, London, Ladewig & Davidson, 2004). Nadi kembali normal seperti dalam keadaan sebelum hamil dalam waktu 8-10 minggu. Jika terjadi penyimpangan, nadi akan berdenyut lebih cepat mengindikasikan hipovolemik, perdarahan uterus, kecemasan, kejadian shock, infeksi atau penyakit jantung (Wong, Shannon & Hockenberry, 2002).

Pernafasan: bernafas akan lebih mudah dan lebih lambat sebab uterus telah mengecil dan tidak lagi menekan diafragma. Struktur diameter paru-paru

kembali normal selama periode postpartum. Terjadinya *Hipoventilasi-hipotensi* sebagai gejala penyerta dari anastesi blok.

Tekanan darah: tekanan darah mengalami sedikit perubahan. Perubahan yang dapat terjadi dalam 24 jam pertama yakni *hipoorthostatik* (pusing segera setelah berdiri). *Hipoorthostatik* disebabkan karena penurunan tekanan darah sistolik sekitar 20 mmhg, sebagai kompensasi *kardiovaskuler* untuk menurunkan *resistensi vaskuler* pada kasus perdarahan. Tekanan *sistolik* meningkat 30 mmhg atau *diastolik* 15 mmhg yang disertai sakit kepala dan gangguan penglihatan, diduga gejala *pre-eklampsia*. Penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya *hipovolemik* sekunder akibat perdarahan. Tekanan darah yang tetap tinggi, sebagai indikasi *pre-eklampsia*.

b. Kardiovaskuler

1) *Cardiac output (CO)*,

Selama kehamilan, persalinan dan segera setelah persalinan terjadi peningkatan CO sebanyak 30-60 kali permenit. Menurut Resnik (1999 dalam Wong, Shannon & Hockenberry, 2002) penyebab peningkatan tersebut karena hilangnya *shunt* uteroplasental sehingga sirkulasi darah ibu bertambah. Nilai CO meningkat dalam waktu 48 jam setelah melahirkan dan menurun secara perlahan dalam waktu 2 minggu pertama postpartum dan kembali normal kekeadaan sebelum hamil dalam 24 minggu postpartum.

2) Volume darah

Perubahan volume darah setelah melahirkan tergantung beberapa faktor antara lain kehilangan darah selama melahirkan, perpindahan cairan ekstrasvaskuler (fisiologi odem) dan proses *diaporesis*. Simpson dan Creehan (1996, dalam Wong, Perry & Hockenberry, 2002) menyatakan cairan tersebut dikeluarkan selama dua minggu setelah persalinan dan akan kembali normal setelah dalam enam bulan postpartum. Pada persalinan normal dengan bayi tunggal maupun kembar, pengeluaran darah sebanyak 300-400 ml, dapat menyebabkan *hipovolemi* namun masih dapat ditoleransi. Kehilangan darah sebanyak 500 cc merupakan tanda awal perdarahan postpartum maka *haemoglobin (Hb)*, *hematokrit (Ht)* perlu diperiksa. Hb menurun berlangsung pada hari ke dua sampai minggu ke enam yang menyebabkan anemia.

3) Komponen darah

a) *Hematokrit (Ht)* dan *Hemoglobin (Hb)*

Selama 72 jam setelah melahirkan, plasma darah lebih banyak keluar dibanding sel darah merah. Kondisi ini menyebabkan terjadinya kenaikan kenaikan Hb dan Ht yang disebut dengan hemokonsentrasi. Menurut Bowes (1996, dalam Wong, Perry & Hockenberry, 2002) sel darah merah selama periode postpartum tidak meningkat karena mengalami kerusakan dan kembali normal setelah delapan minggu persalinan.

b) Sel darah putih (*leukosit*)

Leukosit dalam waktu 10-12 hari setelah melahirkan berkisar antara 20.000-25.000/mm³, bahkan mencapai 30.000 tiap μ l. Peningkatan tersebut terutama disebabkan oleh terjadinya *granulositosis* (Gant, MacDonald & Pritchard, penerjemah Hariadi, 1991; Wong, Perry & Hockenberry, 2002). Terjadinya *leukositosis* yakni peningkatan sejumlah *leukosit* menandakan terjadinya infeksi akut.

c) Faktor koagulasi

Faktor-faktor pembekuan dan fibrinogen adalah normal jika meningkat selama kehamilan dan berlanjut selama periode *immediate postpartum*. Perubahan ini mencegah terjadinya perdarahan selama melahirkan, namun beresiko terjadinya *tromboembolism* khususnya kondisi *sectio cesarean*. Menurut Bowes (1996, dalam Wong, Perry & Hockenberry, 2002) bahwa fibrinolitik selalu meningkat selama beberapa hari setelah kelahiran. Faktor pembekuan I, II, VIII, IX dan X menurun dalam beberapa hari kekeadaan sebelum hamil.

d) Varises

Varises pada kaki dan sekitar anus (*hemoroid*) terjadi selama kehamilan. Vaskuler mengalami pengosongan dengan cepat segera setelah melahirkan. Perbaikan varises secara total berlangsung

selama periode postpartum (Wong, Perry & Hockenberry, 2002)

c. Berkeringat dan menggigil

Menggigil merupakan akibat *instabilitas vasomotor*, dan tidak berarti jika tidak disertai demam. Ibu postpartum fase dini lebih sering berkeringat pada malam hari. Kondisi ini tidak masalah tetapi dapat mengganggu kenyamanan.

d. Sistem perkemihan

Proses persalinan: vesika urinaria bisa mengalami trauma akibat tekanan, yang menimbulkan edema, *over distensi*, pemenuhan kandung kemih yang tidak sempurna, kurang sensitif, kapasitas bertambah, serta sesudah berkemih terjadi residu meningkat. Edema biasanya menyebabkan obstruksi dan retensi urin, yang beresiko terjadinya infeksi saluran kemih. *Laserasi perineal*, *hematoma*, memar pada *perineum* dan jaringan sekitar *uretra* menimbulkan penurunan sensasi berkemih. Hal ini juga menyebabkan terjadinya retensi urine dan distensi vesika urinaria (Gant, MacDonald & Pritchard, penerjemah Hariadi, 1991).

Dampak persalinan merupakan faktor pemicu terjadinya infeksi. Klien harus buang air kecil (BAK) spontan dalam waktu 4-8 jam postpartum. Frekuensi BAK yang sering selama 48 jam dalam rangka menurunkan penumpukan cairan selama hamil. Ureum nitrogen darah meningkat selama periode

- 2) Kortisol menyebabkan kurangnya daya tahan terhadap stress maupun gangguan mental, penurunan metabolisme KH, protein dan metabolisme lemak.
- 3) Hormon tiroid menyebabkan sering gugup, perasaan cemas, gerakan otot yang melambat, gangguan tidur karena efek yang melelahkan otot dan susunan syaraf pusat walaupun ada perasaan mengantuk, kelambatan berfikir serta denyut jantung yang melambat (Effendi, 1981).

Kondisi ini membuat seseorang kurang bergairah atau kehilangan *mood*. Fluktuasi hormon lainnya yakni penurunan hormon yang dikeluarkan oleh lobus hipofisis intermedius yakni β -endorfin. Hormon ini merupakan suatu peptida opiat. Hormon endorfin tersebut mampu memberikan suatu perasaan bahagia pada seseorang dan mengurangi nyeri (Ganong, 1998). Dampak dari penurunan hormon tersebut mampu membuat seseorang mengalami gangguan perasaan.

f. Sistem gastrointestinal

Fungsi usus besar menjadi normal pada minggu pertama postpartum. Perubahan yang terjadi setelah melahirkan adalah penurunan motilitas usus, tonus otot abdomen, kehilangan cairan dan rasa tidak nyaman pada perineum. Penggunaan *enema* pada kala satu menurunkan tonus otot serta hemoroid sebagai predisposisi terjadinya konstipasi (Celeste, 1996).

g. Sistem integumen

Kloasma gravidarum yang tampak pada akhir kahamilan, hiperpigmentasi pada areola mammae dan linea nigra belum menghilang dengan sempurna pada minggu pertama postpartum, sedang *palmar eritema*, *spider angioma* atau *spidernevi* berkurang karena penurunan hormon estrogen (Wong, Perry & Hockenberry, 2002).

h. Sistem muskuloskeletal

Selama kehamilan terjadi penurunan tonus otot abdomen dan berlangsung selama periode postpartum. Abdomen menjadi lunak, dan mengendor. Kondisi ini menyebabkan *muskulus rektus abdominis* memisah disebut dengan *diastasis rektus abdominis*. Kembalinya tonus otot ke keadaan normal dipengaruhi oleh *exercise* yang dilakukan ibu. Persalinan pervaginam menyebabkan trauma muskulo *pubococcigeal* dan *spincter mayor pelvis*, sehingga dalam 24 jam pertama postpartum ibu kadang-kadang mengeluh nyeri, lemah pada kaki akibat ketegangan otot dan penggunaan tenaga waktu melahirkan. Penggunaan anastesi epidural selama persalinan menyebabkan sensasi selama 24 jam pertama menurun serta penurunan aktivitas, yang memicu terjadinya tromboplebitis dan meningkatkan protrombin.

i. Kehilangan berat badan (BB)

Persalinan menyebabkan kehilangan berat badan kira-kira 5-6 kg yang berasal dari: 750 gram placenta, 1000 gram darah ditambah cairan amnion dan sisanya berat badan bayi. *Diuresis* yang terjadi dalam 2-4 hari setelah persalinan menyebabkan kehilangan berat badan 2,5 kg. Proses *involusi* menyebabkan kehilangan berat badan sekitar 900 gram (Celeste, 1996).

j. Organ reproduksi

1) *Involusi uterus.*

Posisi fundus uteri pada akhir kala tiga saat dipalpasi berada dipertengahan antara simpisis dengan pusat yakni 1 cm dibawah pusat, sejajar dengan garis tengah. Fundus berada di sacral promontorium. Uterus akan mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-otot. Ukuran uterus meliputi: panjang 14 cm, lebar 12 cm, tebal 10 cm dan berat 1000 gram, mendekati ukuran saat 16 minggu kehamilan. Fundus uteri saat 12 jam postpartum mendekati 2 cm dibawah pusat dan setelah 24 jam akan mengalami penurunan sekitar 1-2 cm setiap hari (Wong, Perry & Hockenberry, 2002).

Postpartum hari ke enam, fundus uteri berada pada pertengahan simpisis *pubis* dan pusat. Postpartum hari ke sembilan, uterus sudah tidak teraba lagi dan minggu ke enam uterus kembali normal seperti sebelum hamil. Satu minggu postpartum berat 500 gram, dua minggu 375 gram, dan

akhir *puerperium* beratnya 50 gram. Penurunan ini terjadi karena penipisan atau pengecilan ukuran sel-sel uterus. Penurunan hormon estrogen dan progesteron serta terlepasnya plasenta, membuat sel uterus mengalami atropi. Bila proses involusi terganggu dapat timbul perdarahan *puerperium* yang lambat (*late puerperal hemorrhage*) (Wong, Perry & Hockenberry, 2002; Celeste 1996).

2) *Lochia*

Lochia adalah hasil pengeluaran cairan vagina dan uterus pada fase *early postpartum*. *Lochia* terdiri dari darah, sisa-sisa jaringan *desidua*, mucus, bakteri dan sel-sel *epitelium* dari vagina. Karakteristik *lochia*: *lochia rubra* berlangsung 1-3 hari postpartum. Cairan pervaginam yang keluar berupa darah dan *stolsel* berbau agak anyir, meningkat bila menetekki atau saat bangun. Kondisi *lochia* yang abnormal yakni bekuan darah banyak, bau agak busuk dan volumenya banyak (ganti pembalut terus menerus). *Lochia serosa* berlangsung 4-9 hari postpartum. Cairan pervaginam yang keluar berwarna merah muda kecoklatan, berbau agak anyir, volume mulai sedikit. Kondisi abnormal berbau busuk, volume banyak. *Lochia alba* berlangsung hari ke 10 postpartum, warna kekuningan atau putih. Kondisi abnormal bekuan darah banyak, berbau busuk, volume banyak, warna darah kembali merah, keluar lebih dari 2-3 minggu.

puerperium (Olds, London, Ladewig & Davidson, 2004). Proteinuria yang ditemukan didalam urin dengan nilai + 1 dalam waktu 1-2 hari setelah kelahiran merupakan hasil pemecahan protein dari sel-sel otot uterus yang akan dikeluarkan melalui urin. Kondisi ini dapat ditemukan sekitar 50% pada ibu-ibu (Simpson & Crehan, 1996). Keton Uria dapat ditemukan pada persalinan yang berlangsung lama dengan dehidrasi.

e. Sistem endokrin

Sistem endokrin berubah secara tiba-tiba selama kala empat yakni setelah plasenta lahir. Kadar hormon estrogen dan progesteron dalam plasma darah menurun, sementara itu prolaktin meningkat untuk kebutuhan menyusui. Ibu yang tidak menyusui mengalami menstruasi setelah 12 minggu postpartum dan ibu menyusui secara eksklusif menstruasi pertama terjadi setelah 36 minggu postpartum, biasanya tanpa ovulasi sehingga disebut dengan *anovulatori*. Penurunan hormon lainnya adalah *chorionic somatomammotropin* (hCs), kortisol (jenis hormon glukokortikoid), hormon tiroid dan plasental enzim insulin (kebalikan dari diabetogenic yang berpengaruh selama kehamilan) (Wong, Perry & Hockenberry, 2002). Dampak dari penurunan hormon tersebut pada periode *immediate puerperium* antara lain:

- 1) Plasental enzim insulin menyebabkan membuat kadar gula darah menurun.

Perubahan *vagina* atau *vulva*. *Vagina* pada fase *immediate* mengalami edema, luka, hematom, laserasi. Kondisi ini membuat gangguan rasa nyaman tergantung dari bentuk insisi, perbaikan luka, lamanya proses kala dua, paritas serta efektifitas penanganan pada saat persalinan. *Vagina* akan mulai normal minggu ke tiga postpartum. Luka episiotomi akan sembuh dalam waktu 5-6 minggu (Wong, Perry & Hockenberry, 2002; Celeste 1996).

3. Perubahan psikologis pada postpartum

Perubahan psikologis pada periode postpartum seiring dengan perubahan fisiologis. Kelahiran anak membawa perubahan hubungan interaksi antara anggota keluarga. Anggota keluarga dituntut mampu beradaptasi secara cepat terhadap kelahiran anak. Kesejahteraan psikologis ibu tergantung pada respon ibu, ayah, anggota keluarga lainnya terhadap kelahiran bayi. Berikut penyesuaian ibu dan ayah terhadap perannya setelah kelahiran antara lain:

a. Penyesuaian peran sebagai ibu selama periode postpartum (*maternal adjustment*)

Menurut Rubin (1961, dalam Wong, Perry & Hockenberry, 2002; Celeste, 1996) menerima peran sebagai orangtua adalah suatu proses yang terjadi dalam tiga fase. Fase-fase tersebut yakni:

1) *Fase dependen (taking in)*

Fase dependen (taking in) terjadi pada hari pertama sampai hari kedua post partum. Ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan, dimana

sifat pasif dan ketergantungan sangat dominan. Ibu lebih memfokuskan energinya pada bayi yang baru. Ibu selalu membicarakan pengalaman mulai dari kehamilan sampai melahirkan secara berulang-ulang, mengalami kegembiraan yang berlebihan, serta rasa tidak nyaman karena episiotomi, hemoroid dan *after pain*. Perasaan cemas dan bahagia yang dialami oleh ibu mempersempit persepsinya dan mengurangi kemampuannya untuk berkonsentrasi pada informasi baru. Peran perawat pada fase ini sebagai pendidik perlu berulang kali memberikan informasi.

2) *Fase dependen ke independen (taking hold)*

Fase dependen ke independen (taking hold) atau fase ketergantungan – ketidaktergantungan. Fase ini terjadi mulai setelah hari ke 2-3 postpartum dan berakhir pada minggu ke-4 sampai minggu ke-5. Ibu mulai menunjukkan adanya keinginan untuk menerima peran barunya dan belajar tentang semua hal-hal yang baru. Fokus perhatian ibu meluas ke bayinya, mulai dari *antusias* sampai merawat bayi dan bersifat terbuka untuk belajar tentang perawatan dirinya dan bayinya. Ibu membutuhkan dukungan terutama pada primipara, wanita karir, ibu yang tidak mempunyai keluarga. Minimalnya dukungan sosial yang diperoleh ibu memicu kejadian postpartum *blues*. Peran perawat seperti kunjungan rumah sangat dianjurkan terutama bagi ibu usia muda.

3) *Fase Independen (letting go)*

Fase Independen (letting go), fase ini saling ketergantungan mulai sekitar minggu ke-5 sampai ke-6 setelah kelahiran. Anggota keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggotanya yang baru. Pada periode ini ibu mampu menerima tanggung jawab dalam perawatan diri dan bayinya, ibu dan keluarga berinteraksi sebagai suatu sistem, menerima bayinya sebagai bagian dari dirinya. Namun ibu dapat mengalami *stress*, disaat menentukan antara karir atau merawat bayinya.

b. Penyesuaian peran sebagai ayah selama periode postpartum (*paternal adjustment*)

Penyesuaian peran sebagai ayah pada periode postpartum yang dapat dijumpai adalah ayah mulai melibatkan diri dalam perawatan bayi, terpikat pada bayi, sering mengadakan kontak dan sentuhan atau kontak mata, merasa meningkat harga dirinya, merasa lebih besar dan lebih tua dan merasa bangga sebagai laki-laki.

4. Gangguan psikologis postpartum : postpartum *blues* dan depresi postpartum

Kegagalan beradaptasi terhadap perubahan psikologis akan memicu munculnya penyakit *mental*. Penyakit mental berkisar dari depresi sampai *psikosis* berat. Postpartum *blues* adalah rentang depresi yang paling ringan sedang *psikosis* adalah rentang depresi yang paling berat (Gorrie, Mickinney & Murray, 1998)

Gangguan *mental* postpartum lainnya yakni depresi, cemas, *stress* (Deville, 2006, *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42) Lovibond & Lovibon*, ¶ 3, <http://www.swin.ed>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

a. Postpartum blues

1). Pengertian postpartum blues

Postpartum blues disebut juga *baby blues* (Celeste, 1996). Menurut Gorie, Mickinney dan Murray (1998) postpartum blues merupakan suatu perubahan suasana hati dimana ibu membatasi aktivitas dirinya. Beberapa praktisi memandang bahwa postpartum blues adalah sebagai bagian dari rangkaian gangguan mental yang diawali dari kejadian blues sampai gangguan psikosis. Angka kejadian yang dijumpai sebanyak 50-70 persen pada ibu-ibu yang baru melahirkan.

Wong, Perry dan Hockenberry (2002) menambahkan bahwa kejadian postpartum blues diawali dengan periode "*pink*" yang berlangsung pada hari pertama dan hari kedua setelah melahirkan ditandai dengan perasaan gembira yang berlebihan dan merasakan dirinya telah pulih seperti sediakala kemudian diikuti periode blues.

2). Tanda dan gejala postpartum blues

Postpartum blues dapat mengenai semua ras dan semua etnik. Periode postpartum blues yang ditandai ibu mengalami emosi yang labil, sering dan mudah menangis tanpa alasan. Puncak munculnya gejala tersebut sekitar hari kelima dan mulai surut hari ke sepuluh. Gejala lain yang bisa muncul pada ibu postpartum blues termasuk perasaan tertekan, perasaan kecewa, gelisah, lelah, susah tidur, sakit kepala, cemas, sedih dan marah. Orang yang mengalami postpartum blues dapat berkembang menjadi postpartum depresi berat (Campbell dalam Wong, Perry & Hockenberry, 2002).

3). Faktor-faktor penyebab postpartum blues

Penyebab dari postpartum blues dapat dikelompokkan menjadi empat faktor yakni: faktor resiko (biokimia), penyakit, psikologis, dukungan sosial serta budaya (Wong, Perry & Hockenberry, 2002).

a). Faktor resiko: biokimia

Faktor biokimia menurut Parry (1999) yakni faktor fluktuasi hormonal estrogen, progesteron, tiroid dan endorpin setelah periode postpartum. Hormon estrogen dan progesteron yang meningkat saat hamil dan tiba-tiba menurun saat melahirkan yang akan memberi

pengaruh pada depresi biokimia (kehilangan *mood* karena perubahan hormonal). Kehamilan juga meningkatkan hormon endorfin yaitu hormon yang bisa memompa rasa senang, tetapi saat melahirkan tingkat endorfin merosot. Hormonal lain yang mempengaruhi kejadian postpartum *blues* yakni hormon tiroid. Pengaruh ketidakstabilan kelenjar tiroid untuk mengeluarkan hormon tiroid setelah melahirkan berdampak menurunnya hormon tiroid dan tidak kembali pada jumlah yang normal. Hal ini dapat mempengaruhi suasana hati (Adiningsih, 2005, waspadai depresi pasca melahirkan di pengungsian, ¶ 1, <http://pikas.bkkbn.go.id>, diperoleh tanggal 14 Januari 2008).

Faktor lain faktor genetik, berkurangnya kapasitas anti-inflamasi, sistem neurotransmitter yang diangkat, nilai kolesterol serum yang rendah, disfungsi tyroid.

b). Faktor penyakit

Penyakit yang menyertai selama kehamilan misalnya, hipertensi, diabetes mellitus (DM), serta riwayat depresi, penyakit mental, alkohol. Penyakit yang dialami ibu selama periode *childbearing* dapat memicu peningkatan kecemasan. Ibu mengalami daya tahan tubuh yang menurun sehingga mudah mengalami kelelahan selama merawat bayi dan dirinya sendiri.

c). Faktor psikososial

Faktor *Psikososial* yakni kenyataan akan tanggung jawab dan peran sebagai orangtua. Ketidakmampuan dalam menjalankan peran sebagai orangtua memicu kejadian postpartum *blues* pada fase *taking in* dan *taking hold*, bahkan berlanjut mengalami depresi dan psikosis. Ketidak mampuan dalam menjalankan peran sebagai orangtua dipengaruhi oleh kehidupan yang penuh dengan *stress*, kurangnya dukungan sosial yang diperoleh oleh ibu, ketidakpuasan terhadap perkawinan, kehamilan yang tidak dikehendaki, perasaan diisolasi, kelelahan, kurangnya waktu istirahat dan tidur, kondisi finansial, kelahiran serta bayi sakit dan bayi dengan *anomali*, riwayat hubungan seksual diluar nikah yang mencetuskan terjadinya kehamilan, pengalaman melahirkan yang traumatis, harapan yang tinggi saat melahirkan atau menjadi orangtua. Permasalahan terkait dengan petugas kesehatan. Masalah *personality* yakni *imatur* (usia yang terlalu muda), rendahnya rasa percaya diri, kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain (Community Crisis Service, 2006, postpartum depression is treatable, ¶ 9, <http://www.communitycrisis.org>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008; Gorry, Mickenney dan Murray, 1998).

dan merawat bayi. Ibu dianjurkan makan dalam porsi sedikit tapi sering, makan makanan yang seimbang dan sehat yakni buah-buahan, sayur-sayuran, susu dan banyak minum air.

c) *Exercises* dan waktu luang untuk ibu

Ibu membutuhkan waktu untuk diri sendiri dan menikmati waktu tersebut untuk *rileks*. Kegiatan *exercises* yang dilakukan adalah bergabung dengan pusat klub olah raga, mengerjakan tugas rutin sehari-hari agar merasakan lebih baik secara fisik. Dalam melaksanakan tugas rutin sebagai ibu rumah tangga, ibu perlu dibantu seorang *babysitter* yang dapat membantu tugas-tugas dalam merawat bayi.

d) Dukungan fisik dan emosional

Bentuk dukungan fisik dan emosional guna membantu mengurangi kejadian postpartum *blues* adalah keluarga, teman, rekan sekerja dan kelompok pendukung.

e) Alternatif terapi

Pijatan, terapi musik, relaksasi dan *meditasi* adalah bentuk terapi alternatif yang dapat diberikan sebagai pencegahan postpartum blues (Community Crisis Service, 2006, postpartum depression is treatable,

d). Faktor budaya

Selama 40 hari postpartum ibu dan bayi dibatasi rentang geraknya sebagai *protektif*. Pada periode ini terjadi pelaksanaan upacara-upacara keagamaan dan praktek-praktek budaya (Page, percival & kitzinger, 2000).

4). Pengelolaan postpartum blues

Perinatal Foundation (2004) merekomendasikan beberapa penanganan postpartum blues antara lain: istirahat tidur, nutrisi, *exercises*, peluang waktu buat ibu serta terapi alternatip. Berikut gambaran intervensi tersebut:

a) Istirahat tidur

Istirahat dan tidur merupakan prioritas dalam menenangkan kondisi psikologis ibu. Mekanisme pelaksanaan istirahat tidur yang tepat bagi ibu adalah perhatikan kenyamanan tempat tidur, anjurkan ibu untuk tidur disaat bayi sedang tidur, berikan suatu tindakan yang membantu penghantar tidur seperti tehnik relaksasi, mendengarkan musik, membaca, *massase*, dan *meditasi*. Konsul ke dokter jika mengalami gangguan tidur.

b) Nutrisi

Kebutuhan ibu akan nutrisi lebih dahulu dipenuhi sebelum menyusui

¶ 2, <http://www.communitycrisis.org>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

b. Depresi postpartum

1). Pengertian depresi postpartum

Postpartum depresi adalah suatu gangguan mental yang terjadi selama periode postpartum yang telah disepakati secara medis dan sesuai undang-undang yang berlaku dimasyarakat (Celeste, 1996).

Berdasarkan pengertian yang tertera pada skala Edinburgh Postnatal Depression (EPDS), depresi merupakan suatu gambaran ketidakmampuan beradaptasi selama periode postpartum. Ketidakmampuan beradaptasi tersebut dapat digambarkan sebagai adanya perasaan sedih, tidak bahagia, terlarut dalam kesedihan, yang dapat terjadi sewaktu-waktu dalam waktu yang singkat (Miller et.al, 2006, anxiety and stress in the postpartum is there more to postnatal distress than depression?, ¶ 2, <http://www.biomedcentral.com>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

2). Patofisiologi terjadinya depresi postpartum

Secara klinis hasil penelitian bahwa orang yang mengalami depresi mengalami abnormal dalam sistem *neuroendokrin* yang disebut dengan poros *hypotalamus-pituitri-adrenal*. Terjadinya perubahan poros

hipotalamus- pituitri-adrenal sepanjang periode *chilbearing* karena dampak dari perubahan fisik dan psikologis.

Menurut Longo dan William (1986) karakteristik depresi dicetuskan dari pengalaman cemas yang diaktifkan oleh sistem syaraf simpatis. Beberapa ahli menyampaikan bahwa cemas adalah respon terhadap stimulus yang mengancam psikologis, fisik dan integritas sosial individu. Pengalaman seseorang terhadap suatu situasi yang nyata atau suatu ancaman maka otak akan memberikan suatu isyarat terhadap ancaman tersebut. Sehingga hormon epineprin dan norepineprin, serotonin, dopamin dan acetilkolin dilepaskan sebagai pertanda bahwa ada bahaya (Midwifery Today E-News, 1999, postpartum blues/depression, ¶ 3, <http://www.midwiferytoday.com>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

Pengeluaran hormon-hormon epineprin, serotonin, dopamin, acetilkolin berpengaruh pada tubuh. Tubuh akan lebih siaga seperti faktor pembekuan darah meningkat sebagai persiapan terhadap luka, tekanan darah meningkat, frekuensi denyut jantung meningkat, keringat banyak untuk membantu melembabkan tubuh, darah lebih banyak diarahkan kedalam otot, hati menghasilkan gula sebagai cadangan energi, spinter otot berkontraksi sehingga membuka dan menutup vesika dan rectum lebih sering, pola pikir pendek, ada perasaan takut sehingga lebih sering bergerak atau berpindah (Karen, Kleiman, Valerie & Baskin, 1994,

neurotransmitter, the neuroendokrin system and ppd, ¶ 1, <http://www.midwiferytoday.com>, diperoleh tanggal 30 januari 2008).

Selain itu perubahan poros hipotalamus hipofisis terhadap menurunnya sirkulasi glukortikotiroid atau *hipotiroidism* dapat terjadi selama *puerperium*. Kondisi hormon yang fluktuatif inilah yang membuat ibu semestinya berbahagia setelah kelahiran namun kehilangan perasaan secara tiba-tiba (Adiningsih, 2005, Waspadai depresi pasca melahirkan di pengungsian, ¶ 2, <http://pikas.bkkbn.go.id>, diperoleh tanggal 14 Januari 2008).

3). Faktor-faktor penyebab depresi postpartum

Kejadian depresi tidak hanya disebabkan oleh faktor tunggal yakni murni karena faktor biologis tapi dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain faktor penyakit, faktor dukungan sosial dan budaya (Marshall, Klaus, John, Kennell & Phyllis, 1997, psychosocial factors in ppd, ¶ 3, <http://www.midwiferytoday.com>, diperoleh tanggal 30 januari 2008; Wong, Perry & Hockenberry, 2002). Penyebab tersebut sama dengan penyebab postpartum *blues*.

4). Rentang depresi postpartum

Rentang depresi sampai dengan psikosis yang dialami oleh ibu menurut Benjamin dan Voorhess (2007), dapat di kelompokkan menjadi empat kelompok antara lain:

- a) *Minor depresi* atau gejala ringan atau disebut juga postpartum *blues* adalah jika gejala depresi dijumpai kurang dari lima dalam waktu kurang dari 2 minggu.
- b) *Mayor depresi* jika gejala depresi dijumpai lima atau lebih dalam waktu paling sedikit dua minggu.
- c) *Dysthymia* merupakan suatu gejala depresi yang ringan yang berlangsung sepanjang dua tahun.
- d) *Atypical depresi*, merupakan depresi yang disertai dengan gejala yang tidak biasa seperti halusinasi atau delusi.

5). Gejala depresi postpartum

Gejala depresi menurut National Woman's Health Information Center (2005) adalah sebagai berikut: perasaan resah atau tidak menentu, perasaan sedih, tidak berguna, atau sia-sia, menangis terus menerus, tidak punya motivasi atau energi, makan terlalu sedikit atau banyak, tidur terlalu sedikit atau terlalu banyak, gangguan untuk memusatkan perhatian, kesulitan dalam membuat keputusan, perasaan bersalah dan tidak berharga, hilangnya minat, menurunnya perasaan senang dan aktivitas, menarik diri dari teman-teman dan keluarga, sakit kepala, nyeri

dada, jantung berdebar-debar, *hiperventilasi*, perasaan takut, melukai diri dan bayinya dan tidak berminat pada bayinya (Community Crisis Service, 2006, postpartum depression is treatable, ¶ 7, <http://www.communitycrisis.org/ppd.html>, diperoleh pada tanggal 30 Januari 2008).

6). Penatalaksanaan depresi postpartum

Penanganan depresi postpartum akan lebih baik dengan kombinasi psikoterapi, dukungan sosial dan obat-obatan seperti antidepresan (Gorry & Murray, 1998). Kolaborasi dengan petugas kesehatan sangat diperlukan. Berikut jenis-jenis penanganan depresi postpartum :

a) Obat-obatan *antidepresan*

Beberapa tipe obat yang dapat menangani depresi, namun perlu dilakukan pemilihan khusus penggunaan obat-obatan tersebut bagi ibu-ibu yang masih menyusui. Jenis obat-obatannya adalah sebagai berikut:

Fluoxetine (prozac) dosis 10-40 mg/ hari, untuk cemas 10 mg

Sertaline (Zoloft) dosis 50-150 mg/ hari, untuk cemas 25 mg

Paroxetine (Paxil) dosis 10-50 mg, untuk cemas 10 mg

Citalopram (celexa) dosis 10-40 mg, untuk cemas 10 mg

(Community Crisis Service, 2006, postpartum depression is treatable, ¶ 7, <http://www.communitycrisis.org/ppd.html>, diperoleh pada tanggal 30 Januari 2008).

Pengobatan dengan dosis tunggal untuk mengurangi depresi dapat dilanjutkan 10-12 bulan, tetapi jika gejala mulai berkurang misalnya tidak ada lagi *stress* pemberian obat cukup diberikan selama 8 minggu. Jika gejala yang muncul lebih mengarah kepada cemas dosis pemberian setengah dari dosis awal secara perlahan meningkat sampai klien tolerans (Community crisis service, 2006, Postpartum depression is treatable, ¶ 7, <http://www.communitycrisis.org/ppd>, diperoleh pada tanggal 30 Januari 2008).

b) *Psikoterapi*

Psikoterapi adalah terapi yang diberikan oleh tim terapis kesehatan jiwa. Terapi dapat diberikan dalam waktu yang pendek atau terus menerus dalam waktu berbulan-bulan. Bentuk terapinya adalah: *Cognitive behavioral therapy* (CBT), yang membantu untuk mengidentifikasi dan merubah proses berpikir terhadap depresi yakni menggantikan pola pikir yang negatif kearah yang lebih positif. Tindakan tersebut dapat menolong mengatasi depresi. (Gayle & Zieman, 2005, postpartum depression, ¶ 2, <http://www.med.umich.edu/>, diperoleh tanggal 30 januari 2008).

c) Natural dan terapi alternatip

Beberapa terapi yang dapat mengatasi depresi yang dikemukakan oleh Gayle dan Zieman (2005) yakni: terapi *biofeedback*, belajar

mengontrol fungsi tubuh seperti ketegangan otot atau otak serta membantu mengatasi ansietas dan masalah konsentrasi. Pelaksanaan terapi *biofeedback* seperti terapi relaksasi hanya ditambahkan psikoterapi dan obat-obatan. Terapi pijatan, terapi ini dapat membantu menurunkan stress tetapi tidak menyembuhkan depresi. Seni dan terapi musik, dapat menolong mengatasi depresi bersama obat-obatan dan *psikoterapi*.

d) **Konseling dan dukungan sosial**

Pemberian konseling pada pasangan dan keluarga merupakan dukungan informasi yakni guna meningkatkan pengetahuan pasangan dan keluarga tentang kejadian depresi pada ibu. Dengan demikian pasangan dan keluarga akan lebih berupaya dalam memberikan dukungan pada ibu selama periode postpartum.

B. Alat Instrumen untuk Screening Postpartum *Blues* dan Depresi

Berbagai usaha telah diupayakan oleh para peneliti untuk mengidentifikasi alat instrumen screening masalah gangguan *mental* pada ibu-ibu sepanjang periode postpartum. Berikut ini beberapa alat petunjuk screening komplikasi postpartum antara lain *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) dan *Depression Anxiety Stress Scale 42* (DASS 42).

1. *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

EPDS adalah alat screening yang dibuat dan dikutip dari sebagian besar literatur yang telah dikembangkan sejak tahun 1987 oleh Cox, Holden dan Sagovsky. EPDS telah diuji dan divalidasi oleh beberapa peneliti. Hasilnya, EPDS terbukti sebagai instrumen yang sederhana, mudah digunakan dan dapat dipercaya sebagai alat *screening* depresi postpartum yang digunakan pada praktek-praktek klinik dan dalam penelitian (Miller, Pallant, Julie & Negri, 2006, *anxiety and stress in the postpartum is there more to postnatal distress than depression?*, ¶ 1, <http://www.biomedcentral.com>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

EPDS telah banyak digunakan diseluruh negara Eropa dan negara Barat termasuk di Indonesia sehingga tidak diragukan lagi keabsahannya. Nilai EPDS tidak mengesampingkan adanya pertimbangan-pertimbangan klinis. Pertimbangan klinis tersebut dapat digunakan untuk memastikan atau mengkonfirmasi hasil diagnosis. Instrument EPDS mengali perasaan ibu selama minggu-minggu postpartum dan dapat diulang lagi setelah dua minggu jika kasus-kasus tersebut di ragukan. EPDS tidak dapat mendeteksi ibu-ibu dengan *ansietas nervosa*, *phobia* atau masalah-masalah kepribadian.

Rekomendasi dari peneliti sebelumnya, EPDS dapat digunakan tanpa ijin lebih dahulu. Sebagai aspek legalnya peneliti mengutip nama dari pengarang, judul, dan sumber dari pengambilan materi tersebut (Wisner, Parry & Piontek, 2002,

postpartum scale EPDS, ¶ 2, <http://209.85.175.104/search?q=cache>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

Instruksi penggunaan EPDS adalah sebagai berikut:

- a. Ibu diminta untuk menyampaikan perasaan yang dirasakan saat ini, dalam waktu tujuh hari, semua item yang ditanyakan harus dijawab lengkap.
- b. Peneliti memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang datang dari ibu seputar tentang kehamilannya, guna melengkapi jawaban atas pertanyaan tentang dirinya, kecuali jika ibu tersebut terbatas dalam bahasa.

2. *Depresi Anxiety and Stress Scales 42 (DASS 42)*

DASS 42 dikembangkan oleh Lovibond dan Lovibond tahun 1995.

Depresi anxiety and stress scale adalah suatu alat instrumen yang menginventarisir tentang catatan kondisi diri terhadap tiga faktor yakni, depresi, *ansietas* dan *stress* (Deville, 2005, *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)* Lovibond & Lovibond 1995, ¶ 3, <http://www.swin.ed.au/>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008). Lovibond dan Lovibond (1995) telah mencatat pengukuran nilai depresi terhadap *disporia*, keputusasaan, mengutuk diri, berkurangnya keterlibatan, berkurangnya minat, tidak bergairah dan lesu. Pengukuran nilai tingkat kecemasan terhadap gerakan secara otomatis, pengaruh terhadap muskuloskeletal, cemas situasional, pengaruh hubungan pengalaman terhadap kecemasan. Pengukuran nilai *stress* terhadap kesulitan dalam relaksasi, gerakan-gerakan secara otomatis, mudah tersinggung, reaksi yang

berlebihan, tidak sabar (Miller, Pallant & Negri, 2005, anxiety and stress in the postpartum is there more to postnatal distress than depression?, ¶ 1, <http://www.biomedcentral.com>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008).

Hasil pengukuran dan *screening* DASS mampu mencerminkan dan membedakan masalah kondisi diri seseorang pada masa-masa yang lalu terhadap gejala depresi, cemas dan *stress*. Rekomendasi dari penemu DASS menyatakan bahwa penggunaan DASS sebaiknya di kombinasi dengan informasi diagnostik lain seperti hasil wawancara klinis, untuk mengkonfirmasi diagnosis yang tepat.

Lovibond dan Lovibond (1995) menyatakan DASS terdiri dari 42 pernyataan-pernyataan dengan pengelompokan yaitu: pernyataan 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42 adalah menunjukkan gejala depresi. Pernyataan 2, 4, 7, 9, 15, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41 adalah menunjukkan gejala kearah cemas. Pernyataan 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39 adalah menunjukkan gejala kearah *stress* (Antony, Bieling, Cox, Holden, Sagovsky, Enns & Swinson, 1998; Brown, Chorpita, Karotisch & Barlow, 1997).

Skala pengukurannya menggunakan *rating scale* guna mengukur sekelompok ibu tentang kejadian atau gejala depresi, cemas dan *stress*. Rentang nilai yang menjadi pilihan adalah 0-3. Kriteria nilai nol menyatakan bahwa pernyataan yang ada, tidak dapat dijumpai gangguan mental, nilai satu menyatakan bahwa

pernyataan menggambarkan sedikit banyak dapat ditemukan gangguan mental dalam diri ibu atau terdapat dalam beberapa waktu, nilai dua menyatakan bahwa pernyataan tersebut dapat dipertimbangkan tingkat derajatnya, nilai tiga menyatakan bahwa pernyataan tersebut sangat jelas terdapat gangguan mental dalam diri ibu dan dapat dijumpai hampir setiap waktu.

Pengelompokkan nilai untuk masing-masing dari gejala depresi, cemas, dan *stress* dapat dilihat sesuai dengan tingkat derajat dari masing-masing pernyataan. Hasil dari pengelompokkan nilai tersebut diambil dari hasil uji penelitian dari 2914 sampel dari wanita dewasa. Berikut adalah pengelompokkan nilai untuk setiap tingkat dari masing-masing masalah dapat dilihat pada tabel 2.1 yakni:

Tabel 2.1

Pengelompokkan Gejala Depresi, Cemas dan *Stress* Berdasarkan Tingkat Nilai Dengan Menggunakan Instrumen DASS 42

Tingkat	Gejala		
	Depresi	Cemas	<i>Stress</i>
Normal	0 – 9	0 – 7	0 – 14
Ringan	10 – 13	8 – 9	15 – 18
Sedang	14 – 20	10 – 14	19 – 25
Berat	21 – 27	15 – 19	26 – 33
Sangat berat	Lebih dari 28	Lebih dari 20	Lebih dari 34

(Lovibond, Lovibond, 1995; Antony, Bieling, Cox, Holden, Sagovsky, Enns, Swinson, 1998 ; Brown, Chorpita, Karotisch, Barlow, 1997, yang dikutip dari Devilly, 2006).

C. Terapi Musik dan Peran Perawat

1. Pengertian terapi musik

Terapi musik adalah suara yang dihasilkan sebagai perpaduan alat musik yang dapat digunakan sebagai sarana pengobatan (Paw, 2006, musik terapi, ¶ 1, <http://my.opera.com>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008). Terapi musik adalah pengalaman penggunaan alat musik secara terstruktur sebagai terapi untuk memfasilitasi perubahan-perubahan perilaku manusia kearah yang lebih baik. Pengalaman penggunaan alat musik tersebut antara lain bernyanyi, memainkan instrument, bergerak dengan musik, mendengarkan musik (Cornies, 1998). Terapi musik juga didefenisikan sebagai keahlian menggunakan musik dan elemen musik oleh seorang terapis yang terakreditasi untuk meningkatkan, mempertahankan dan mengembalikan kesehatan mental, fisik, emosional dan spiritual (Anonim, 2003, efek mozart, ¶ 2, <http://www.tempo.co.id>, diperoleh tanggal 2 Desember 2007).

2. Manfaat terapi musik

Hasil penelitian Rosch dan Koeditz (1998) ada tiga sistem otak yang dipengaruhi oleh terapi musik yakni : sistem otak yang mewakili emosi, sistem otak yang mewakili kemampuan kognitif serta sistem otak yang mengaktifkan dan mengendalikan otot. Musik yang terekam akan mengaktifkan ketiga sistem otak tersebut sehingga otak memberikan pengaruh terhadap proses fisiologis dalam tubuh, misalnya mempengaruhi sistem kardiovaskuler, pernafasan, sistem kekebalan tubuh, motorik, endokrin dan menurunkan ketegangan, temperatur

tubuh, sistem nyeri dan metabolisme. Dengan demikian terapi musik ini dapat digunakan pada setiap individu dengan berbagai usia dan latar belakang guna membantu penyembuhan, menenangkan dan memperbaiki kondisi fisiologis tubuh. Berikut pengelompokan manfaat terapi musik sesuai dengan kondisi tubuh manusia yakni:

a. Manfaat terapi musik pada kasus obstetri dan ginekologi

Menurunkan tekanan darah pada kondisi hipertensi dalam kehamilan, menurunkan hormon kortisol setelah operasi kandungan (Gerassimowitsch, Sidorenko & Scheleg, 2006, reduction of the stress hormone cortisol gynecological surgery & normalization of too high blood pressure in pregnant women with a mild form of the OPH-Syndrome, ¶ 1, <http://www.scientificmusictherapy.com>, diperoleh tanggal 24 Januari 2008).

Mengurangi *stress* selama kehamilan, merubah persepsi nyeri selama persalinan sehingga mengurangi dosis anestesi selama operasi sectio, meningkatkan frekuensi dan lamanya menyusui (Blumenthal, 1998, music therapy for healthy children and families, ¶ 2, <http://www.healthychild.com>, diperoleh tanggal 2 Desember 2007).

b. Manfaat terapi musik pada remaja, anak-anak dan bayi

Meningkatkan *sucking rates non nutritive* pada bayi prematur, merubah perilaku remaja dari perilaku negatif ke positif (perubahan kepribadian, penguasaan diri, kreatif (Anonim, (2003), efek mozart, ¶ 16, <http://www>.

tempo.co.id, diperoleh tanggal 2 Desember 2007). Mengurangi perilaku menangis pada bayi, alat untuk mendidik, berbicara dan bahasa, membangun hubungan dengan orang lain (Blumenthal, 1998, music therapy for healthy children and families, ¶ 2, <http://www.healthy child.com>, diperoleh tanggal 2 Desember 2007).

c. Manfaat terapi musik pada kondisi medikal bedah dan lansia

Memperbaiki kualitas hidup bagi pasien sakit kronis, memperbaiki fisiologi tubuh pada penderita alzheimer dan geriatri ditandai dengan adanya partisipasi, senyum, kontak mata serta umpan balik verbal, memperbaiki fungsi jantung dan pembuluh darah bagi penderita penyakit jantung, mengurangi rasa sakit dan mual bagi penderita kanker (Anonim, 2003, efek mozart, ¶ 12, <http://www.tempo.co.id>, diperoleh tanggal 2 Desember 2007).

d. Manfaat terapi musik pada kondisi gangguan mental

Merubah perilaku manusia kearah yang positif yakni menolong dalam mengembangkan ketrampilan yang berkaitan dengan pengembangan dan pertumbuhan kepribadian, mengekspresikan emosi, memberikan suatu keamanan pada perasaan yang merasa tertindas, depresi (Blumenthal, 1998, music therapy for healthy children and families, ¶ 4, <http://www.healthy child.com>, diperoleh tanggal 2 Desember 2007).

3. Jenis-jenis terapi musik

Pemilihan jenis terapi musik tergantung dari manfaat yang akan diperoleh, serta kondisi penyakit atau masalah yang menyertai klien. Menurut Campbell (2001), beberapa jenis terapi musik yang dapat digunakan untuk berbagai penyakit atau masalah yang sedang dihadapi antara lain:

- a. Tipe musik barok yakni musik untuk mengurangi *stress* seperti: *bach, hendel, vivaldi, corelle*. Jenis musik ini memberikan perasaan tenang dan teratur serta menciptakan suasana yang merangsang pikiran dalam belajar dan bekerja.
- b. Tipe musik gregorian, menciptakan perasaan lapang, tenang serta santai. Musik ini cocok untuk mengiringi belajar dan meditasi serta mengurangi *stress*.
- c. Tipe musik klasik seperti musik haydin dan mozart. Musik ini memberikan suatu keheningan, kejernihan suasana, sehingga mampu menciptakan atau memperbaiki konsentrasi, ingatan dan persepsi spasme.
- d. Tipe musik romantis seperti schubert, schuman. Musik ini menciptakan suasana romantis, menekan ekspresi dan perasaan seseorang, menciptakan suasana hangat dan memperbaiki komunikasi. Musik ini baik untuk meningkatkan rasa simpatik dan kasih sayang.

- e. Tipe musik *impression* seperti *debussy*, *faure* dan *ravel*. Musik ini mampu menimbulkan *imaginasi* seperti mimpi, meningkatkan impuls-impuls kreatifitas serta mampu mengalihkan diri ke alam tak sadar
- f. Tipe musik jazz blues seperti *soul*, *calypso*, *reggae* dan musik dansa yang berasal dari Afrika. Musik ini dapat memberi suatu ilham, memberi rasa gembira maupun kesedihan mendalam.
- g. Tipe musik *salsa*, *rhumba*, *macarena*, dan musik yang berasal dari Amerika Selatan. Musik ini dapat membuat jantung memompa lebih cepat, meningkatkan pernafasan dan membuat sebuah tubuh bergerak.
- h. Tipe musik *top*, *country-western*. Musik ini dapat mencetuskan gerakan ringan hingga sedang, mengurangi emosi dan menciptakan perasaan sejahtera.
- i. Tipe musik rohani dan suci seperti *hymne-hymne* digereja. Musik ini dapat membuat kita sadar akan duniawi serta membangunkan perasaan.

4. Cara kerja musik sebagai terapi

Mekanisme cara kerja musik sebagai alat terapi yakni mempengaruhi semua organ sistem tubuh. Menurut teori Candace Pert bahwa neuropeptida dan reseptor-reseptor biokimia yang dikeluarkan oleh hipotalamus berhubungan erat

dengan kejadian emosi. Sifat riang atau rileks mampu mengurangi kadar kortisol, epinefrin-norepinefrin, dopa dan hormon pertumbuhan di dalam serum (Nichols & Humenick, 2000).

Berikut gambaran mekanisme sensasi musik terhadap fisiologi tubuh manusia. Otak bagian kiri adalah proses analisa, kognitif, dan aktivitas, sedang otak kanan sebagai proses *artistik, aktivitas imajinasi*. Unsur-unsur musik yakni irama, nada dan intensitasnya masuk ke kanalis auditorius telinga luar yang disalurkan ke tulang-tulang pendengaran. Musik tersebut akan dihantarkan sampai ke thalamus. Musik mampu mengaktifkan memori yang tersimpan di limbic dan mempengaruhi sistem syaraf otonom melalui *neurotransmitter* yang akan mempengaruhi hipotalamus lalu ke hipofisis.

Musik yang telah masuk ke kelenjar hipofisis mampu memberikan tanggapan terhadap emosional melalui *feedback* negatif ke kelenjar adrenal untuk menekan pengeluaran hormon epinefrin, norepinefrin dan dopa yang disebut dengan hormon-hormon *stress*. Masalah mental seperti ketengangan, *stress* berkurang, itu menjadi lebih lebih rileks (Nichols & Humenick, 2000).

5. Mekanisme pelaksanaan terapi musik

Dari beberapa penelitian, bentuk perencanaan mendengarkan musik secara struktur berbeda-beda. Para ahli medikal riset dalam beberapa tahun ini telah mengetahui pengaruh yang positif dari *medikal resonance* musik. Peneliti

tersebut merekomendasikan syarat dalam mendengarkan terapi musik adalah sebagai berikut :

- a. Untuk memperoleh efek manfaat dari terapi musik sebaiknya, mendengarkan musik tiap hari, dengan suasana tenang.
- b. Lamanya mendengarkan musik lebih kurang 15 atau 20 menit sudah cukup. Pelaksanaan terapi musik dapat dilakukan pada pagi harinya, setelah pulang dari pekerjaan, pada malam hari atau sebelum tidur, dapat juga mendengarkan musik sepanjang malam dengan volume yang sangat rendah. (Huebner, 1998, how is the medical resonance therapy music used?, ¶ 1, <http://www.scientificmusictherapy.com>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008)

Menurut Huebner (1998) strategi mendengarkan terapi musik yang telah direkomendasikan adalah sebagai berikut :

- a. Duduk yang nyaman atau berbaring, tutup kedua mata, posisi ini mengijinkan suatu informasi yang harmonis untuk bekerja di otak.
- b. Idealnya saat mendengarkan musik sebaiknya menggunakan headphone untuk kualitas yang lebih bagus, hindari gangguan dari luar agar musik mampu didengarkan dengan volume yang rendah, mendengarkan musik dengan suara nyaring hanya jika diperlukan dalam rangka mengembangkan struktural kearah yang lebih baik.
- c. Untuk mendengarkan musik yang harmonis sedikitnya mendengarkan dalam waktu beberapa menit sekitar 15-20 menit, mendengarkan musik secara harmonis sebaiknya secara reguler.

Paw (2006) merekomendasikan beberapa dasar terapi musik yang dapat digunakan :

- a. Pilih sebuah tempat yang tenang, bebas dari gangguan
- b. Kegiatan mendengarkan musik dapat disertai dengan menyalakan lilin, wangi aromaterapi guna membantu menenangkan tubuh.
- c. Sebelum mulai terapi musik, klien diperdengarkan dengan berbagai jenis musik. Pada awalnya, ini berguna untuk mengetahui respon dari tubuh, sehingga lebih mudah untuk pemilihan jenis musik.
- d. Posisi tubuh duduk bersila di lantai dengan posisi tegak dan kaki bersilangan, ambil nafas dalam-dalam, tarik dan keluarkan perlahan-lahan melalui hidung.
- e. Saat musik dimainkan dengarkan dengan seksama dan rasapi musiknya, seolah-olah pemainnya sedang ada diruangan memainkan musik.
- f. Posisi lain dapat duduk lurus di depan speaker atau bisa menggunakan *headphone*, yang penting biarkan musik mengalir ke seluruh tubuh. bukan hanya bergaung di kepala.
- g. Bayangkan gelombang suara datang dari speaker dan mengalir ke seluruh tubuh. Musik bukan hanya dirasakan secara fisik tapi juga difokuskan kejiwa. Musik difokuskan ditempat mana yang ingin di sembuhkan dan suara itu akan mengalir kesana.
- h. Musik didengarkan sembari membayangkan alunan musik itu mengalir melewati seluruh tubuh dan masuk ke seluruh sel-sel, lapisan tubuh dan organ dalam tubuh.
- i. Idealnya terapi musik dapat dilakukan selama kurang lebih 30 menit hingga

satu jam tiap hari, namun jika tidak memiliki waktu, terapi musik 10 menit sudah mencukupi untuk membuat otak beristirahat.

6. Peran dan fungsi perawat dalam pelaksanaan terapi musik

Musik sangat disenangi sepanjang periode kehidupan manusia sejak dalam kandungan sampai dengan usia lanjut. Penerapan musik sebagai terapi telah banyak dilakukan dalam lingkup keperawatan maternitas meliputi perawatan antenatal, intranatal, postnatal dan bayi baru lahir serta terhadap kesehatan reproduksi manusia. Dengan demikian fungsi dan peran perawat perlu dikembangkan sebagai *therapist* dalam pemberian terapi musik. Adapun peran tersebut adalah:

a. Sebagai *educator*

Meningkatkan pengetahuan ibu dan keluarga terhadap terapi musik

b. Sebagai *negotiator*

Membantu ibu dan keluarga untuk membuat suatu keputusan dalam memilih terapi musik sebagai intervensi dalam mengatasi masalah yang dialami sepanjang periode *childbearing*.

c. Sebagai *fasilitator*

Membantu ibu dan keluarga dalam memfasilitasi penggunaan terapi musik selama di rumah sakit maupun di rumah.

d. Sebagai *kolaborator*

Bekerja sama dengan pelayanan sistem kesehatan lainnya selama pemberian terapi musik (Nichols & Humenick, 2000).

Peran perawat sebagai *therapist* dalam intervensi terapi musik akan melengkapi fungsi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan secara komprehensif. Fungsi perawat selama pemberian terapi musik pada periode *childbearing* tersebut mencakup:

a. Memelihara kesehatan ibu

Memenuhi kebutuhan fisik yakni: istirahat tidur, nutrisi, keamanan dan kenyamanan. Memenuhi kebutuhan psikologis yakni: dengan memberikan dukungan. Bentuk dukungan tersebut: 1) dukungan emosional (penghargaan, kasih sayang, kepercayaan, perhatian dan mendengarkan); 2) dukungan appraisal (penilaian): penguatan dan umpan balik; 3) dukungan informational: nasihat, saran, mengarahkan dan menyampaikan informasi; 4) dukungan instrumental (material): waktu, modifikasi lingkungan.

(White, 2006, *Network postpartum support international: how you can build your own social support network*, ¶ 2, <http://www.postpartum.net>, diperoleh tanggal 2 april 2007).

b. Pencegahan penyakit.

Mendeteksi dini kelainan yang dialami ibu sepanjang periode *childbearing* dengan berkolaborasi dengan team kesehatan lainnya misalnya pemberian terapi musik dalam mengatasi tingkat kecemasan.

D. Penelitian Terkait

Beberapa penelitian terkait dengan terapi musik dalam lingkup *childbearing* dan masalah lainnya yang dapat mendukung penelitian saat ini adalah sebagai berikut : penelitian yang dilakukan oleh Gerassimowitsch (2006) tentang *normalization of too high blood pressure in pregnant women with a mild form of the OPH syndrome*. Peneliti memaparkan tentang efektivitas terapi musik dalam menurunkan tekanan darah pada ibu-ibu dengan *Pregnancy Induced Hipertensi* (PIH). Lamanya penelitian yang dilakukan untuk sesi mendengarkan musik 7-10 hari, ibu-ibu mendengarkan terapi musik *medikal resonan* setiap pagi dan setelah makan siang. Hasilnya didapatkan bahwa responden dalam kelompok intervensi mengalami penurunan tekanan darah rata-rata 15-20 mmhg pada bagian sistolik dengan tanpa terapi sedatif, lebih rendah dari responden sebagai kontrol yang hanya diberi terapi sedatif dan obat menurunkan tekanan darah.

Gerassimowitsch (2006) meneliti tentang *reduction of the stress hormone cortisol after gynecology surgery*. Peneliti memaparkan tentang efektivitas terapi musik dalam menurunkan hormon *stress* yakni kortisol pada wanita yang mengalami operasi kandungan. Perlakuan yang diberikan pada wanita kelompok intervensi sebelum tindakan operasi adalah diberikan *physicoterapi* yakni terapi musik 2-3 kali, dan diberikan terapi *konvensional* dengan antibiotik, vitamin disintoxication dan sebelumnya kortisol diukur lebih dahulu, nilainya sebanyak 39% atau lebih. Kelompok kontrol sebelum operasi hanya mendapatkan terapi sedative dan antibiotik. Setelah operasi untuk kelompok intervensi mendapatkan terapi

konvensional dengan antibiotik, vitamin, disintoxication dan terapi musik selama 12 hari yakni 1-2 kali per hari. Terapi musik diberikan dalam waktu 30-60 menit. Kelompok kontrol diberikan obat-obatan sedatif dan antibiotik. Pengalaman wanita kelompok kontrol setelah operasi, pola tidur mereka terganggu sedang kelompok intervensi tidak, penilaian terhadap kortisol pada darah selama 10-12 hari telah menurun 2,4 (60%) pada kelompok intervensi sedang pada kelompok kontrol menurun sebanyak 1,7 (41 %).

Penelitian yang dilakukan oleh Procelli (2005) tentang *the effects of music therapy and relaxation prior to breastfeeding on the anxiety of new mothers and the behavior state of their infants during feeding*. Terapi musik dicobakan ke ibu sebelum menyusui bayinya. Lamanya terapi musik diberikan tergantung perilaku bayi dan perhatian ibu ke bayinya yakni minimum 10 menit atau sampai ibu menyatakan keinginan menyusui bayinya. Hasil yang didapatkan adalah ibu-ibu pada kelompok intervensi mengalami penurunan kecemasan dan perubahan perilaku terhadap bayinya selama menyusui secara bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Bruce (2001) meneliti tentang *hospital based obstetrical music therapy: A Pilot program*. Penelitian ini bertujuan untuk menyediakan suatu pelayanan terapi musik sebagaimana yang diharapkan oleh ibu-ibu dan keluarga dengan pendekatan secara menyeluruh terhadap perawatan *antenatal* dengan komplikasi yang beresiko terhadap kehamilannya termasuk PIH, *Hiperemesis*, *gestasional diabetes*, resiko

abortus, periode intranatal dan periode postpartum. Langkah awal prosedur penelitian yang dilakukan adalah seleksi musik sesuai dengan kondisi fisik yakni pada kehamilan, persalinan dan postpartum. Kriteria musiknya adalah alunannya lambat, tenang, instrumental atau dengan suara dan merupakan pilihan pasien. Peran terapis membantu pasangan utk memilih jenis musik yang akan digunakan. Pasangan difasilitasi untuk mendengarkan dan mempraktekkan terapi relaksasi musik di rumah. Saat ada tanda persalinan, ibu dirujuk ke rumah sakit, dan siap memulai terapi relaksasi dengan musik. Pada periode postpartum terapi musik dilanjutkan dengan memperhatikan suasana lingkungan yang tenang. Langkah terakhir penelitian ini adalah program evaluasi terhadap efektifitas pelayanan terapi musik. Program evaluasi yang dilakukan dalam dua fase yakni fase *immediate* setelah persalinan, dan setelah enam bulan penelitian ini berlangsung. Hasilnya didapatkan dari kuesioner pertanyaan, bahwa ibu postpartum tidak dapat membuktikan manfaatnya karena pertanyaannya tidak rutin dijawab. Hasil kuesioner lain yakni: musik menolong mereka menjadi lebih relaksasi selama kehamilan, menolong menurunkan *stress* selama mengalami komplikasi kehamilan, menolong menurunkan tekanan darah. Pada saat persalinan menolong untuk mengalihkan rasa nyeri dan rasa takut, merasa lebih aman dan merasakan lebih *enjoy* saat kelahiran bayinya, menolong ibu dan bayinya untuk lebih rileks. Pada situasi lain ibu lebih relaksasi selama tindakan ultrasonografi (USG), membantu terhadap penerimaan akan kematian bayinya, membantu bebas dari penggunaan obat.

Penelitian lain tentang terapi musik yakni penelitian Leibman dan MacLaren (1991), penelitian tersebut ditujukan kepada 19 orang remaja yang hamil sebagai kelompok intervensi sedang 20 orang remaja yang hamil sebagai kontrol dengan tipe musik *halpern's* musik khusus buat ibu-ibu usia-usia remaja. Dimana dependen variabel yang diuji adalah efektivitas terapi musik dan relaksasi yang diberikan secara progresif terhadap penurunan *ansietas*. Terapi diberikan 15-20 menit selama satu minggu. Hasilnya tingkat *ansietas* menurun secara bermakna pada kelompok kontrol dengan alat ukur *speilberg* (Nichols & Humenick, 2000).

Tori (2007) melakukan penelitian tentang pengaruh terapi musik terhadap status hemodinamik pada pasien koma di ruang ICU RS dr Abdul Moeloek Propinsi Lampung. Penelitian ini memamparkan hasil penelitiannya dengan analisis univariat, bivariat dan multivariat. Responden sebanyak 21 orang, terapi musik yang diberikan selama 90 menit. Intervensi ini telah memberikan pengaruh yang bermakna terhadap status hemodinamik pada pasien koma khususnya pada pasien cedera kepala berat (CKB).

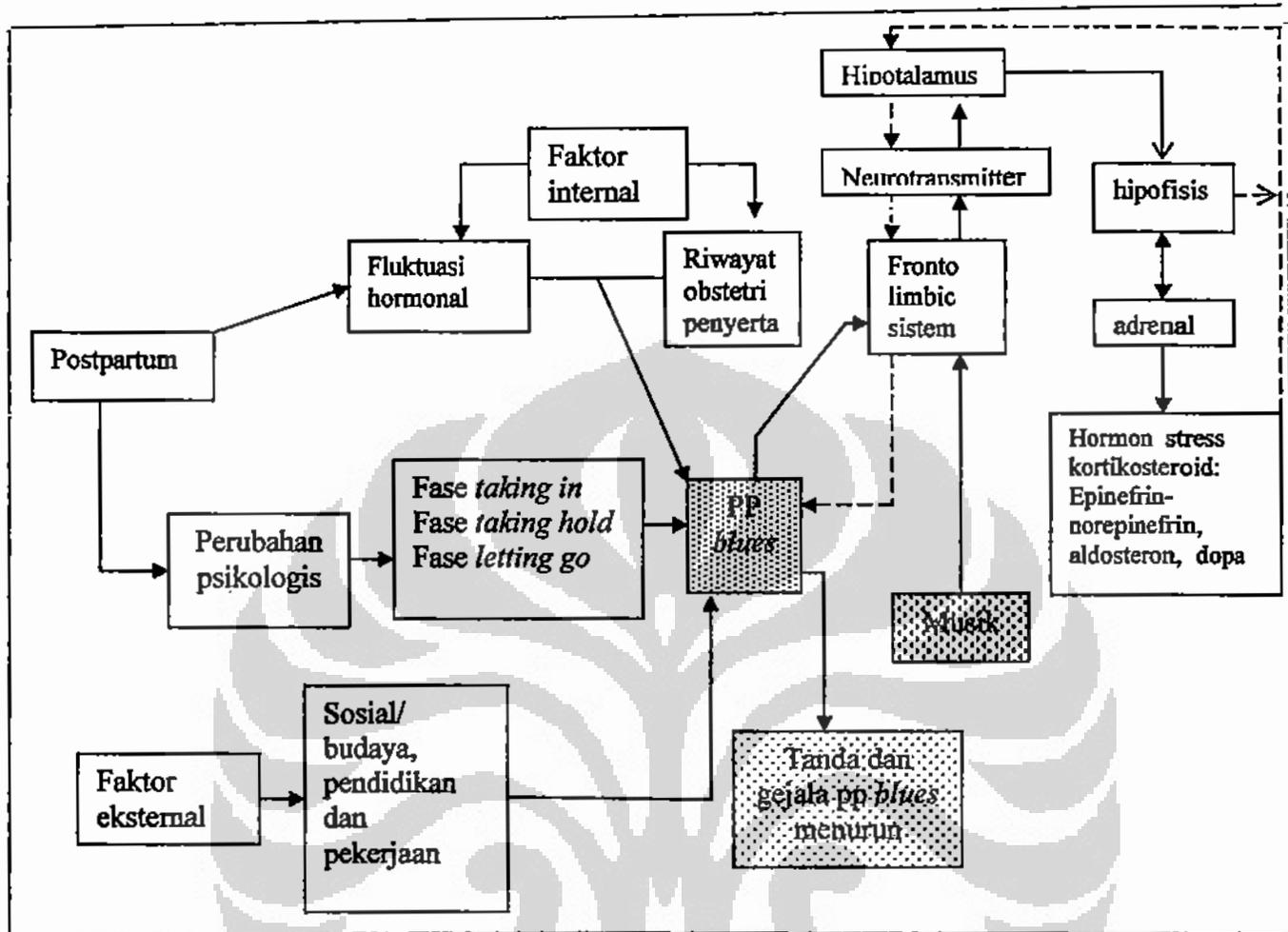
Nazara (2006) melakukan penelitian tentang efektif intervensi *psikoedukasi* terhadap pencegahan depresi postpartum di kabupaten Nias. Peneliti melakukan analisis univariat, bivariat dan multivariat. Hasil yang diperoleh adalah angka kejadian depresi pada kelompok kontrol sebesar 51,1% dan pada kelompok intervensi 12,5 %. Dengan demikian pengaruh intervensi psikoedukasi pada kelompok intervensi sangat bermakna.

Pemaparan hasil-hasil penelitian ternyata terapi alternatif *psikoterapi* yakni musik dan psiokoedukatif menunjukkan manfaat sebagai terapi pada ibu-ibu dalam mengatasi masalah fisik dan psikologis. Terapi musik tersebut rata-rata menunjukkan mampu memberikan pengaruh yang efektif untuk mengatasi masalah mental, perubahan perilaku, keefektifan menyusui serta haemodinamik pada semua pasien baik dari lingkup keperawatan maternitas, keperawatan jiwa maupun dari keperawatan medikal bedah.

E. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori penelitian ini memberikan gambaran efek terapi musik terhadap fisiologi tubuh manusia dalam mencegah postpartum *blues* serta batasan atau fokus dalam penelitian efektivitas terapi musik terhadap pencegahan postpartum *blues*. Kerangka tersebut digambarkan pada skema 3.1 dibawah ini:

Skema 3.1 Kerangka Teori



Keterangan: tanda Jalur umpan balik negatif dimana hormon stress telah ditekan pengeluarannya.

(Rider & Kirkpatrick, 1985; Moyers, 1993; Miluck, Kolase, Obminski, Stupnicki & Golec, 1994; McCraty, 1998; Wong, Perry & Hockenberry, 2000; Celeste, 1996; Gerassimowitsch, G., Sidorenko, W & Scheleg, S. 2006).

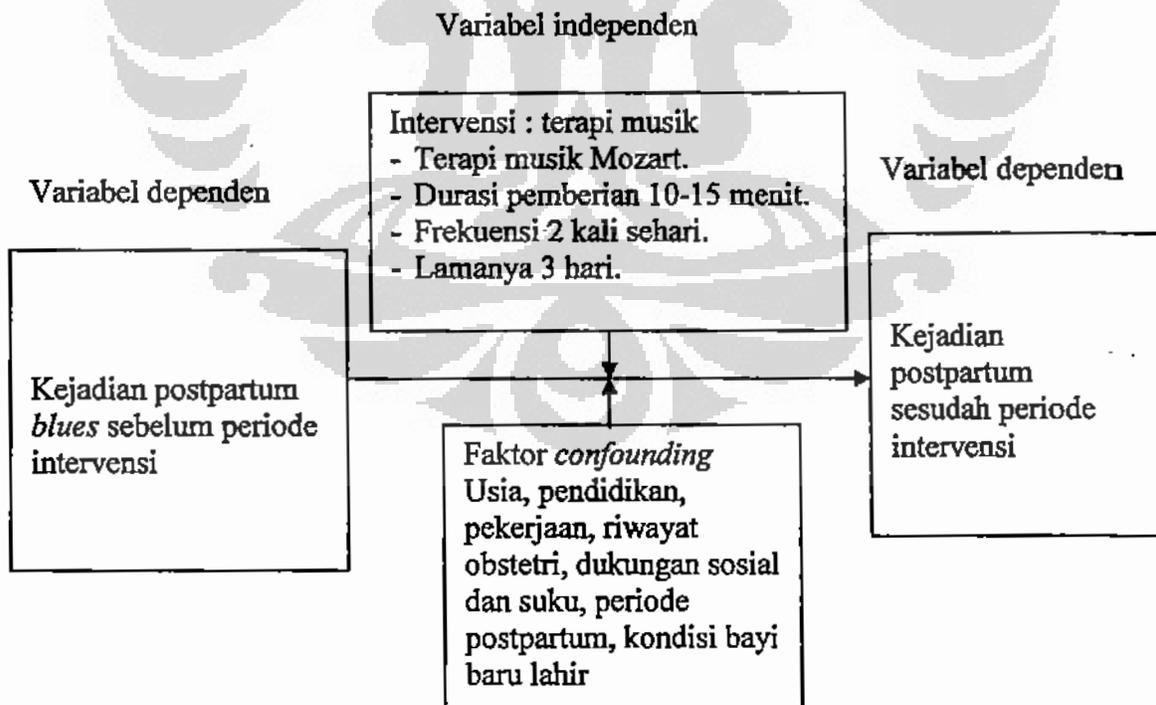
BAB III

KERANGKA KERJA PENELITIAN, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL

A. Kerangka Kerja Penelitian

Berdasarkan fenomena-fenomena yang telah dibahas dalam latar belakang, maka secara singkat dapat dirumuskan kerangka kerja penelitian efektifitas terapi musik dalam mencegah atau menurunkan kejadian postpartum *blues*. Kerangka kerja penelitian yang dikembangkan terdiri dari tiga variabel yakni variabel *independen* dan variabel *dependen* serta *factor confounding*. Kerangka kerja penelitian tersebut dapat digambarkan pada skema 3.2 seperti dibawah ini.

Skema 3.2 Kerangka Kerja Penelitian



B. Hipotesis

1. Ada pengaruh terapi musik terhadap pencegahan kejadian postpartum *blues*
2. Ada pengaruh faktor-faktor *confounding* terhadap kejadian postpartum *blues*

C. Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi operasional	Cara ukur / Alat ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
Variabel independen					
1	Variabel terapi musik	Intervensi mendengarkan musik instrumental dengan frekuensi rendah, menggunakan earphone dalam waktu tertentu secara kontinu	Observasi dengan menggunakan protokol penelitian	1= terapi musik di lakukan 2 kali sehari selama 3 hr pada klp intervensi 2. terapi musik tidak dilakukan pada klp kontrol	Nominal
Variabel dependen					
2.	Postpartum <i>blues</i>	Penyakit mental yang berada pada rentang depresi pada tahap yang lebih ringan,	Wawancara menggunakan Kuesioner EPDS B1-10 data dikategorikan dalam 2 kelompok yakni normal dan postpartum <i>blues</i>)	0 = nilai 0-9 normal 1 = >9 postpartum <i>blues</i>	Ordinal
Variabel <i>confounding</i>					
3.	Periode postpartum	Setelah melahirkan terhitung sejak kala IV.	Wawancara menggunakan Kuesioner A.5 yang di kelompokkan menjadi 2 kategori.	0= 24 jam sejak kala IV 1= > 24 jam sejak kala IV	Ordinal

No	Variabel	Defenisi operasional	Cara ukur / Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
4.	Umur	Jumlah tahun sejak responden dilahirkan hingga ulang tahun terakhir.	Wawancara menggunakan Kuesioner A1 yang dikelompokkan menjadi 2 kategori yakni usia ≤ 23 thn > 23 thn	0 = ≤ 23 thn 1 = > 23 thn	Ordinal
5.	Kondisi bayi baru lahir	Bayi yang baru dilahirkan ibu dengan cara persalinan normal lewat pervaginam dengan presentasi kepala maupun presentasi bokong dengan berbagai kondisi kesehatan bayi.	Wawancara menggunakan Kuesioner A 6 terdiri dari 2 kategori yakni: a. Bayi sehat: - BB ≥ 2500 gr, A/S 7-10 pada menit pertama, usia gestasi ≥ 37 -42 mg, tidak mengalami cacat atau penyakit b. Bayi sakit: bayi yang tidak mengalami salah satu kondisi diatas	0 = Bayi tidak sehat 1 = Bayi sehat	Nominal
6.	Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang pernah diikuti dan tamat dari pendidikan tersebut	Wawancara menggunakan Kuesioner A 2 data dikelompokkan dalam 2 katagori	0 = SD/SMP 1 = SLTA/DI	Ordinal
7.	Pekerjaan	Pekerjaan ibu sehari-hari: sebagai ibu rumah tangga maupun pekerjaan yang menghasilkan uang.	Wawancara menggunakan Kuesioner A3 data dikelompokkan dalam 2 kategori	0 = tidak bekerja 1 = bekerja	Nominal

No	Variabel	Defenisi operasional	Cara ukur / Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
8.	Suku	Bagian dari sekelompok masyarakat yang berada di Jakarta dengan norma-norma dan aturan-aturan yang mengatur kehidupan masyarakatnya.	Wawancara menggunakan Kuesioner A4 data dikelompokkan dalam 2 kategori	0=Betawi 1=Non Betawi	Nominal
9	Riwayat <i>obstetri</i>	Penyakit atau masalah yang menyertai ibu sebelum atau selama periode <i>childbearing</i>	Wawancara menggunakan Kuesioner A 7 data dikelompokkan dalam 2 kategori; A. ibu tanpa komplikasi obstetri sepanjang periode <i>childbearing</i> B.ibu dengan komplikasi obstetri: Hyperemesis, DM, hipertensi, Jantung preeklamsia, stress, infeksi pada daerah kemaluan, tiroid, perdarahan P/V yang abnormal, anemia, persalinan lama, kehamilan diluar nikah.	0 = tanpa komplikasi obstetri 1= mengalami komplikasi obstetri (bila salah satu komplikasi dijumpai pada responden)	Nominal

No	Variabel	Defenisi operasional	Cara ukur / Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
10	Bantuan dalam perawatan bayi	Bantuan yang diperoleh ibu untuk merawat bayinya selama dirumah sakit guna menolong dan meningkatkan rasa percaya diri ibu yang diperoleh dari keluarga dan petugas kesehatan.	Wawancara menggunakan Kuesioner A8 dikelompokkan dalam 2 kategori	0= tidak mendapatkan bantuan sama sekali 1= ibu yang memperoleh bantuan dalam perawatan bayi	Nominal

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen semu (*quasi experiment*) dengan desain *pre-post test with control group*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kemungkinan adanya hubungan sebab akibat yang timbul setelah diberikan perlakuan intervensi (Notoadmodjo, 2002).

Dalam pelaksanaannya, penelitian ini membandingkan antara kelompok yang diberikan intervensi terapi musik (kelompok intervensi) dengan kelompok yang tidak diberikan intervensi (kelompok kontrol). Berikut skema desain penelitian:

Skema 4.1 Desain Penelitian

	Pretes	Perlakuan	Postes
Kelompok intervensi	01 A	X	02 A
Kelompok kontrol	01 B		02 B

Keterangan:

01 A : Kejadian postpartum *blues* kelompok intervensi sebelum periode intervensi.

01 B : Kejadian postpartum *blues* kelompok kontrol sebelum periode intervensi.

02 A : Kejadian postpartum *blues* kelompok intervensi sesudah periode intervensi.

02 B : Kejadian postpartum *blues* kelompok kontrol setelah kelompok intervensi.

Diberikan terapi musik.

X : Pemberian terapi musik instrumental yakni musik klasik tipe Mozart: Eine Kleine Nahtmusik dengan frekuensi rendah (frekuensi 20-40 cps hertz yakni volume suara seperti berbisik) selama 15-20 menit. Dilakukan 2 kali sehari yakni pagi jam 8.00 dan Siang jam 14.00, minimal selama 3 hari.

B. Populasi dan Sampel Penelitian.

1. Populasi penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau subjek yang diteliti. Maka populasi yang akan dipakai pada penelitian ini adalah ibu postpartum primipara yang dirawat di ruang kebidanan RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat.

2. Sampel penelitian

a. Besarnya Sampel

Penentuan besarnya jumlah sampel yang dibutuhkan bagi ketepatan (*accuracy*) dalam penelitian ini dengan menggunakan estimasi proporsi (Notoadmodjo, 2002). Rumus untuk menghitung jumlah sampel:

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha} \sqrt{2 [P(1-P)]} + Z_{1-\beta} \sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}\}^2}{(P_1-P_2)^2}$$

(Lameshow, Hosmer, Lwanga, & Klar, penerjemah Pramono, 1997)

Keterangan :

n = besar sampel

$\bar{P}_1 - \bar{P}_2$ = perbedaan proporsi dalam sampel.

P = nilai rata-rata dari kedua proporsi = $\frac{\bar{P}_1 + \bar{P}_2}{2}$

Dari hasil kajian penelitian sebelumnya yakni penelitian Nazara (2006) didapatkan proporsi populasi depresi pada kelompok kontrol (P_1)= 0,51 kelompok intervensi (P_2) = 0,13, dengan CI = 95% $\alpha = 0,05$ maka $Z_{1-\alpha} = 1,65$ dan tingkat kekuatan uji: 95% maka $\beta = 0,05$ maka $Z_{1-\beta} = 1,65$, $P = 0,32$. Dari data tersebut diperoleh $n=15$.

Maka besar sampel untuk menduga perbedaan kejadian *postpartum blues* antara kelompok kontrol dan intervensi terhadap pemaparan terapi musik yakni 15 orang untuk kelompok intervensi dan 15 orang kelompok kontrol. Namun untuk mencegah drop out jumlah sampel di tambah 10% - 20% dari jumlah sampel minimum, sehingga jumlah sampel yang dibutuhkan untuk masing-masing kelompok kontrol dan intervensi adalah $n = 15 + (15 \times 20 \%) = 18$ orang.

b. Metoda pengambilan sampel

Pengambilan sampel berdasarkan suatu kriteria inklusi yang telah ditetapkan peneliti berdasarkan pertimbangan dari rumah sakit yang akan menjadi tempat penelitian yakni:

- 1). Usia ibu < 19 sampai usia > 35 tahun
- 2). Persalinan normal pervaginam dengan presentasi bokong atau kepala

- 3). Postpartum primipara
- 4). Tidak mengalami gangguan komunikasi
- 5). Dapat berbahasa Indonesia
- 6). Bersedia menjadi responden

Adapun cara yang digunakan peneliti dalam mengambil sampel untuk masing-masing kelompok kontrol dan intervensi adalah sebagai berikut:

- 1). Menetapkan ruang kebidanan di RSUP Cipto Mangunkusumo menjadi tempat pengambilan sampel untuk kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- 2). Kelompok intervensi, sampel diambil di gedung A *Public Wing* lantai II.
- 3). Kelompok kontrol, sampel diambil di gedung A *Public Wing* lantai I.
- 4). IGD lantai III, digunakan sebagai tempat pengambilan sampel untuk kelompok kontrol guna memenuhi jumlah sampel yang telah ditetapkan, dengan pertimbangan bahwa sampel yang telah terpilih dan memenuhi kriteria inklusi penelitian banyak yang D.O karena masa rawat yang singkat selain itu jadwal penelitian yang singkat).

Bervariasinya cara pengambilan sampel ini membuat tempat pengambilan sampel tidak memiliki karakteristik yang sama antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

C. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang kebidanan RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat. Ruangan yang digunakan adalah IGD lantai III, Gedung A *Public Wing* lantai I dan lantai II. Alasan pemilihan RSUP Cipto Mangunkusumo sebagai tempat penelitian, karena rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit rujukan nasional. Dengan demikian jumlah ibu yang melahirkan di rumah sakit tersebut cukup banyak, diperkirakan lebih dari 100 orang perbulan, sehingga memungkinkan peneliti untuk mendapatkan sampel yang memadai sesuai kriteria.

D. Waktu Penelitian

Waktu penelitian berlangsung dari tanggal 10 Maret 2008 sampai 07 Juli 2008. Kegiatan penelitian diawali dengan penyusunan proposal, pengumpulan data yang telah dilakukan pada tanggal 26 April 2008 sampai 30 Mei 2008, kemudian tahap analisis dan penyusunan laporan.

E. Pertimbangan Etik

Pertimbangan etik dalam penelitian ini memperhatikan prinsip-prinsip etik yakni:

1. *Respect from human dignity* (menghargai martabat manusia)

Peneliti menerapkan hak kebebasan untuk menentukan calon responden yang akan ikut berpartisipasi dalam penelitian (*the right to self determination*).

Tindakan yang dilakukan adalah dengan: a) mendapatkan persetujuan dari calon responden. b) memberikan informasi kepada calon responden tentang maksud tujuan penelitian (*the right to full disclosure*) dan menjaga kerahasiaan

informasi yang diberikan responden (*the right to privacy*), c) memberikan waktu yang tepat untuk responden dalam mengisi kuesioner (*freedom from exploitation*).

2. *Beneficence*

Prinsip etik ini adalah menguntungkan responden yaitu tidak mencelakakan atau menyakiti responden (*freedom from harm*). Pada dasarnya pelaksanaan penelitian ini adalah memperdengarkan musik yang bersifat tidak mencelakakan pasien.

3. *Justice*

Peneliti akan bersifat adil dan bertanggung jawab dalam menangani setiap responden secara *equal* (seimbang) terkait dengan pelaksanaan terapi musik (Polit & Hungler, 1999). Kelompok kontrol yang tidak mendapatkan perlakuan selama penelitian ini diberikan perlakuan intervensi dengan memperdengarkan terapi musik klasik satu kali selama 15-20 menit setelah pengumpulan data terakhir selesai dilakukan.

F. Instrumen Penelitian

1. Alat pengumpul data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan 2 jenis instrumen yakni kuesioner dan standar operasional prosedur (SOP).

a. Kuesioner yang digunakan untuk wawancara terdiri dari:

1) Bagian A (karakteristik responden)

Kuesioner tentang karakteristik responden memuat delapan pertanyaan yakni umur, pendidikan, pekerjaan, periode postpartum, kondisi bayi baru lahir, riwayat obstetri, bantuan merawat bayi dan suku.

2) Bagian B (pengukuran postpartum *blues*)

Instrumen yang digunakan adalah EPDS, dikembangkan oleh Cox, Holden dan Sagovsky sejak tahun 1987. EPDS dipilih sebagai instrumen pada penelitian ini karena hasil penelitian sebelumnya dinyatakan bahwa instrument tersebut telah teruji dan diakui validitas dan reliabilitasnya. Rekomendasi dari peneliti sebelumnya bahwa EPDS dapat digunakan tanpa ijin lebih dahulu. Penggunaan EPDS selain untuk mengevaluasi kejadian postpartum *blues* juga digunakan untuk depresi postpartum. Jumlah pertanyaannya ada 10 item dimana pernyataan-pernyataan tersebut mudah dipahami, yang memungkinkan klien dapat mengisinya serta tidak membuat kelelahan saat menjawab kuesioner tersebut. Dimana kelelahan merupakan salah satu faktor pemicu kejadian postpartum *blues*.

Pertanyaan-pertanyaan dalam instrumen tersebut diklasifikasi dengan tanda (*) dan tanpa tanda(*). Pertanyaan tanpa tanda (*) yakni pertanyaan 1,2,dan 4, kotak jawaban teratas diberi nilai nol (0) dan kotak jawaban yang terendah diberi nilai tiga (3). Pertanyaan dengan tanda (*) yakni nomor 3,5,6,7,8,9,10 kotak jawaban teratas diberi nilai tiga (3) dan kotak jawaban yang paling rendah diberi nilai nol (0). Nilai maksimum EPDS adalah 30, dengan interval 0-9 normal, ≥ 10

maksimum EPDS adalah 30, dengan interval 0-9 normal, ≥ 10 postpartum *blues* / depresi. Dimana penafsiran angka EPDS antara postpartum *blues* dengan depresi adalah dilihat waktu kejadiannya. EPDS yang digunakan segera setelah melahirkan dan diulang dalam waktu 2 minggu adalah mengkaji kejadian postpartum *blues* dan bila penilaian EPDS dalam waktu satu bulan atau lebih adalah menilai depresi postpartum (Wisner, Parry & Piontek, 2002, ¶ 2, postpartum scale EPDS, <http://209.85.175.104/search?q=cache>, diperoleh tanggal 30 Januari 2008; Nelda Scott, 2008, ¶ 40, Perinatal depression: Current concepts, <http://www.hfs.illinois.gov/mch/scott/scottpresentation>).

- b. Instrumen yang digunakan sebagai alat observasi pemberian terapi musik adalah protokol penelitian.

2. Uji coba instrumen

Instrumen EPDS digunakan untuk mengidentifikasi kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi. Instrumen tersebut telah banyak digunakan dan diuji coba oleh peneliti sebelumnya. Uji validitas instrumen tersebut telah dilakukan pada berbagai budaya dan tersedia dalam berbagai bahasa. Hasil uji coba tersebut didapatkan nilai sensitivitasnya (86%) dan spesivitasnya (78%) (Scott, 2008, perinatal depression: current concepts, ¶ 36, <http://www.hfs.illinois.gov/mch/scott/scottpresentation>, diperoleh tanggal 10 April 2008), sehingga keabsahan dan reabilitas instrumen tersebut tidak diragukan lagi. Dengan demikian uji instrumen tidak perlu dilakukan.

G. Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengumpulan data

Langkah-langkah prosedur pengumpulan data yakni:

- a. Menyelesaikan administrasi rumah sakit
- b. Meminta persetujuan responden.
- c. Mengumpulkan data sekunder yakni karakteristik responden.
- d. Mengumpulkan data primer (*pretest*) pada hari pertama dengan alat instrumen EPDS pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- e. Responden diterapi dengan memperdengarkan musik instrumental yakni musik klasik tipe Mozart: Eine Kleine Nahtmusik dengan frekuensi rendah (frekuensi 20-40 cps hertz yakni volume suara seperti berbisik) selama 15-20 menit. Dilakukan 2 kali sehari yakni pagi jam 8.00 dan siang jam 14.00, minimal selama 3 hari dan maksimal 5 hari.
- f. Mengumpulkan data primer (*postest*) pada hari ketiga dengan alat instrumen EPDS pada pasien kelompok kontrol maupun pasien kelompok intervensi.

2. Pengolahan data

Data yang telah terkumpul saat penelitian dilakukan pengolahan data melalui beberapa tahap yaitu:

- a. *Editing*

Editing adalah tahap awal pengolahan data. Kegiatan pada tahap ini adalah melakukan pengecekan terhadap kelengkapan isian jawaban kuesioner.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Kegunaannya untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry data*.

c. *Processing*

Procesing merupakan kegiatan memasukkan data ke computer untuk dianalisis.

d. *Cleaning*

Kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak.

3. Analisa data

a. *Analisis Univariat*

Analisis ini untuk menjelaskan karakteristik responden yang diteliti. Data yang berjenis katagorik dianalisis dengan pengukuran proporsi / persentase yaitu periode postpartum, bayi baru lahir, usia, pendidikan, pekerjaan, riwayat obstetri, bantuan merawat bayi, suku. Data yang berjenis numerik sebelum dikatagorikan yakni hasil pengukuran kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi dianalisa dengan pengukuran mean, median dan standar deviasi.

b. Analisis *Bivariat*

Analisis bivariat dilakukan pada dua jenis data yakni data katagorik dan data numerik. Data katagorik dianalisis dengan kai kuadrat dan data numerik dianalisis dengan uji beda mean (uji t test).

1). Analisis kai kuadrat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara faktor *confounding* (karakteristik responden), kelompok kontrol dan kelompok intervensi terhadap variabel dependen (kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi).

2) Analisis beda mean (uji t test).

a). Analisis beda mean dependen (*paired samples t test*)

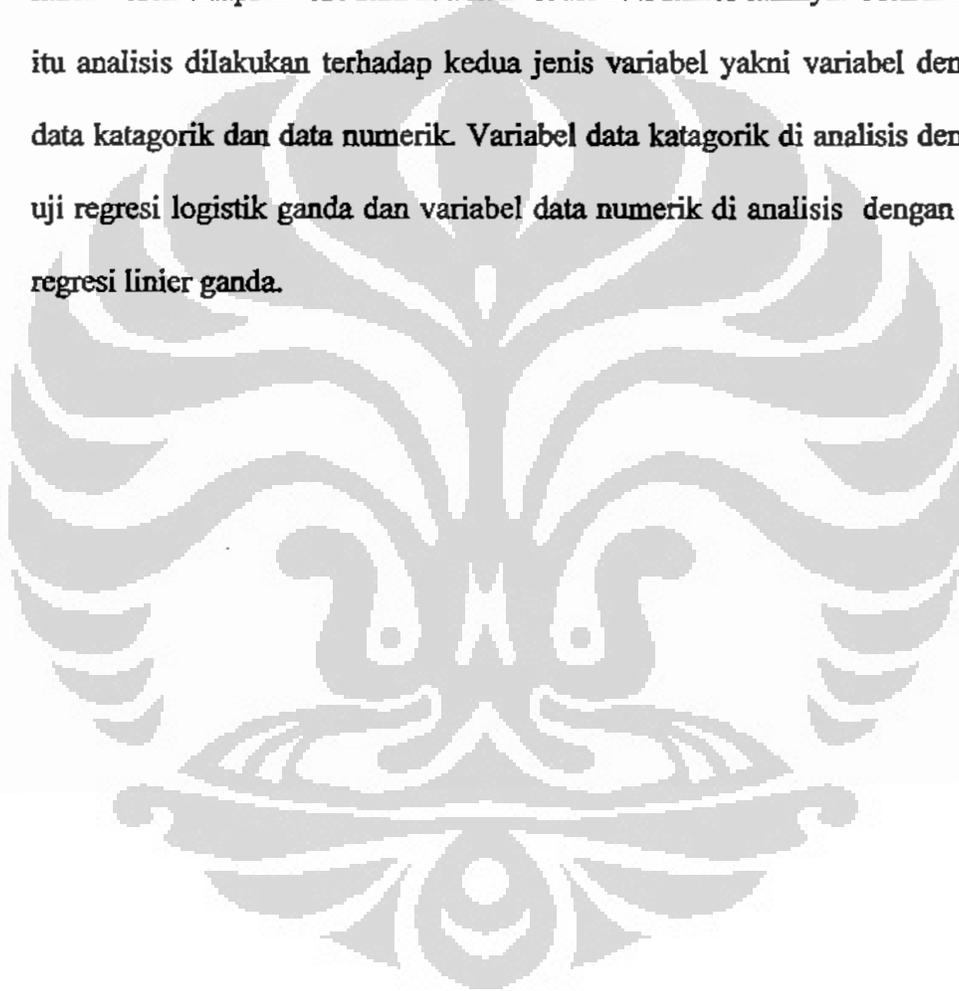
Uji ini digunakan untuk membandingkan subjek yang sama terhadap skor kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi.

b) Analisis beda mean independen (uji t *independen*)

Analisis ini dilakukan guna mengetahui perbedaan mean dua kelompok data *independen* yaitu variabel *confounding* dengan kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi. Jenis variabelnya adalah kelompok data numerik (skor kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi) dengan kelompok data katagorik (*variabel confounding*).

c. Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan pada dua kelompok data yakni data katagorik dan data numerik. Tujuan analisis multivariat ini ingin mengetahui variabel yang lebih dominan pengaruhnya terhadap kejadian perubahan postpartum *blues* serta perubahan kejadian postpartum *blues* tersebut apakah murni karena efek terapi musik atau ada kontribusi dari faktor lainnya. Oleh karena itu analisis dilakukan terhadap kedua jenis variabel yakni variabel dengan data katagorik dan data numerik. Variabel data katagorik di analisis dengan uji regresi logistik ganda dan variabel data numerik di analisis dengan uji regresi linier ganda.



BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan dipaparkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat selama satu bulan dari tanggal 26 April – 30 Mei 2008. Data yang terkumpul dari 36 responden, diolah melalui beberapa tahap yakni *editing*, *coding* dan dianalisis. Hasil analisis terdiri dari tiga bagian yaitu analisis univariat, bivariat dan multivariat.

A. Analisis Univariat

Analisis univariat meliputi karakteristik responden (usia, pendidikan, pekerjaan, suku, riwayat obstetri, periode postpartum, kondisi bayi baru lahir, dan bantuan merawat bayi) dan nilai rata-rata kejadian postpartum *blues*. Berikut penyajian hasil analisis data tersebut:

1. Gambaran Karakteristik Responden Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok kontrol.

Dalam tabel 5.1 akan disajikan hasil analisis univariat terhadap variabel karakteristik responden pada kelompok kontrol dan intervensi yang terdiri dari usia, pendidikan, pekerjaan, suku, riwayat obstetri, bantuan merawat bayi, periode postpartum dan kondisi bayi baru lahir.

Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Suku, Riwayat Obstetri, Bantuan Perawatan Bayi, Periode Postpartum dan Kondisi Bayi Baru Lahir di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Variabel	Kelompok Kontrol n=18		Kelompok Intervensi n=18		Total n	p Value
	n	%	n	%		
a. Usia						
- ≤23 tahun	11	61,1	9	50	20	0,738
- >23 tahun	7	38,9	9	50	16	
b. Pendidikan						
- SD & SMP	8	44,4	3	16,7	11	0,146
- SLTA/DI	10	55,6	15	83,3	25	
c. Pekerjaan						
- Bekerja	12	66,7	14	77,8	26	0,711
- Tidak bekerja	6	33,8	4	22,2	10	
d. Suku						
- Betawi	7	38,9	4	22,2	11	0,520
- Non Betawi	11	61,1	14	77,8	25	
e. Riwayat obstetri						
- tidak mengalami komplikasi	2	11,1	6	33,3	8	0,228
- mengalami komplikasi	16	88,9	12	66,7	28	
f. Membantu merawat bayi						
- Ada yang membantu	6	33,3	5	27,8	11	1,000
-Tidak ada yang membantu	12	66,7	13	72,2	25	
g. Periode Postpartum						
- Fase <i>immediate</i>	10	55,6	15	83,3	25	0,146
- Fase <i>Early</i>	8	44,4	3	16,7	11	
h. Kondisi BBL						
- Bayi tidak sehat	12	66,7	5	27,8	17	0,044
- Bayi sehat	6	33,3	13	72,2	19	
Total	18	100	18	100	36	

Hasil analisis pada tabel diatas terhadap 36 responden ibu postpartum primipara, menunjukkan bahwa dari kedua kelompok intervensi dan kontrol mempunyai karakteristik yang berbeda yaitu: (1). Usia responden, kelompok kontrol adalah responden dengan usia ≤ 23 tahun 61,1% dan kelompok intervensi adalah responden dengan > 23 tahun dan >23 tahun 50%; (2). Pendidikan responden, proporsi terbesar dari masing-masing kelompok adalah responden berpendidikan

SLTA/D1 yaitu kelompok kontrol 55,6% dan kelompok intervensi 83,3%; (3). Pekerjaan responden, proporsi terbesar dari masing-masing kelompok adalah responden yang bekerja pada kelompok kontrol 66,7% dan kelompok intervensi 77,8%; (4). Suku responden, proporsi terbesar pada kelompok kontrol dan intervensi adalah responden dengan suku non Betawi (Batak, Jawa, Sunda, Padang, Madura dan Campuran) masing-masing sebesar 61,1% dan 77,8%; (5). Riwayat obstetri responden, proporsi terbesar dari masing-masing kelompok responden yang mengalami komplikasi, pada kelompok kontrol 88,9% dan kelompok intervensi 66,7%; (6). Bantuan yang diperoleh responden dalam merawat bayi, proporsi terbesar dari masing-masing kelompok adalah mendapat bantuan merawat bayi, pada kelompok kontrol 66,7% dan kelompok intervensi 72,2%; (7). Periode postpartum responden, proporsi terbesar dari masing-masing kelompok berada pada periode *immediate*, pada kelompok kontrol 55,6% dan kelompok intervensi 83,3%; (8). Kondisi bayi baru lahir, proporsi terbesar pada kelompok kontrol adalah responden dengan bayi tidak sehat 66,7% dan kelompok intervensi adalah responden dengan bayi sehat 72,2%.

Hasil uji statistik dari tujuh variabel karakteristik yakni usia, pendidikan, pekerjaan, suku, riwayat obstetri, bantuan merawat bayi, periode postpartum didapatkan p value $> 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan karakteristik yang bermakna antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi untuk ketujuh variabel tersebut, sedangkan karakteristik responden dengan

kondisi bayi baru lahir menunjukkan ada perbedaan bermakna antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan nilai $p=0,004$.

2. Gambaran Postpartum *Blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi

Hasil penelitian univariat tentang postpartum *blues* sebelum (*pretest*) dan sesudah periode intervensi (*postest*) disajikan dalam dua tabel. Tabel 5.2 ini menyajikan hasil univariat terhadap nilai rata-rata postpartum *blues* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah periode intervensi dan tabel 5.3 menyajikan hasil univariat terhadap proporsi postpartum *blues* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah periode intervensi.

Tabel 5.2 Distribusi Rata-Rata Nilai Postpartum *blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Kelompok	Postpartum <i>Blues</i>									
	Sebelum periode intervensi					Sesudah periode intervensi				
	Mean	Median	SD	Min	Max	Mean	Median	SD	Min	Max
Kontrol	14,2	7	3,9	10	23	14,0	7,5	2,2	10	21
Intervensi	12,8	6	2,6	10	18	10,7	3,5	1,0	10	12

Hasil analisis dari tabel 5.2 menunjukkan nilai rata-rata yang mengalami *blues* untuk kelompok kontrol sebelum dan sesudah periode intervensi cenderung tinggi, sedangkan kelompok intervensi nilai rata-rata yang mengalami *blues* cenderung menurun.

Tabel 5.3 Distribusi Responden Menurut Proporsi *blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Kelompok	Postpartum <i>blues</i> sesudah dikategorikan			
	Sebelum periode intervensi		Sesudah periode intervensi	
	N	%	n	%
Kontrol (n=18)	13	72,2	14	77,8
Intervensi (n=18)	11	61,1	6	33,3

Hasil analisis dari tabel 5.3 didapatkan proporsi kejadian *blues* pada kedua kelompok berbeda sebelum dan sesudah periode intervensi. Pada kelompok kontrol proporsi yang mengalami *blues* meningkat sesudah periode intervensi dibanding kelompok intervensi yang menurun sesudah periode intervensi.

B. Analisis Bivariat dan Multivariat Data Katagorik

1. Analisis Bivariat: Kai kuadrat

Analisis ini menguraikan ada tidaknya hubungan antara variabel *confounding* usia, pendidikan, pekerjaan, periode postpartum, suku budaya, riwayat obstetri, bantuan merawat bayi dan kondisi bayi baru lahir terhadap variabel dependen (kejadian postpartum *blues*) dan melihat perbedaan kejadian postpartum *blues* antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi. Gambaran hasil analisis tersebut akan diuraikan pada tabel 5.4 - tabel 5.12.

Tabel 5.4 Distribusi Responden Menurut Periode Postpartum dan Kejadian Postpartum *Blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Fase PP	sebelum periode intervensi				Total	p Value	OR 95% CI
	<i>Blues</i>		Normal		n		
	n	%	n	%			
Fase <i>immediate</i>	16	64,0	9	36,0	25	0,715	0,7 0,1-3,2
Fase <i>early</i>	8	72,7	3	27,3	11		
Total	24	66,7	12	33,3	36		
	sesudah periode intervensi						
Fase <i>immediate</i>	12	48	13	52	25	0,277	0,3 0,1-1,6
Fase <i>early</i>	8	72,7	3	27,3	11		
Total	20	55,6	16	44,4	36		

Dari tabel diatas untuk variabel periode postpartum, fase *immediate* dan fase *early* didapatkan ada perbedaan proporsi postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi. Proporsi sebelum periode intervensi, fase *immediate* lebih kecil (64,0%) dibanding fase *early* (72,7%). Dan sesudah periode intervensi ada penurunan proporsi postpartum *blues*, penurunan proporsi variabel fase *immediate* lebih besar dibanding fase *early*.

Hasil analisis uji kai kuadrat sebelum dan sesudah periode intervensi diperoleh nilai $p=0,715$ dan $p=0,277$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara periode postpartum variabel fase *immediate* dan variabel fase *early* dengan kejadian postpartum *blues* pada responden sebelum dan sesudah periode intervensi.

Tabel 5.5 Distribusi Responden Menurut Kondisi Bayi Baru Lahir dan Kejadian Postpartum *Blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Kondisi BBL	Sebelum periode intervensi				Total	p Value	OR 95% CI
	<i>Blues</i>		Normal		n		
	n	%	N	%			
Bayi sehat	12	63,2	7	36,8	19	0,732	1,4 0,3-5,7
Bayi tidak sehat	12	70,6	5	29,4	17		
Total	24	66,7	12	33,3	36		
	Sesudah periode intervensi						
Bayi sehat	9	47,4	10	52,6	19	0,335	2,0 0,5-7,8
Bayi tidak sehat	11	64,7	6	35,3	17		
Total	20	55,6	16	44,4	36		

Dari tabel 5.5 diatas penyajian variabel kondisi bayi baru lahir menggambarkan ada perbedaan proporsi postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi. Proporsi sebelum periode intervensi untuk variabel kondisi bayi sehat lebih kecil (63,2%) dibandingkan variabel kondisi bayi tidak sehat (70,6%). Dan sesudah periode intervensi ada penurunan proporsi postpartum *blues*, penurunan proporsi variabel kondisi bayi sehat lebih besar dibanding variabel kondisi bayi tidak sehat.

Hasil analisis uji kai kuadrat sebelum dan sesudah periode intervensi diperoleh nilai $p=0,732$ dan $p=0,335$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel bayi sehat dan variabel bayi sakit dengan kejadian postpartum *blues* pada responden sebelum dan sesudah periode intervensi.

Tabel 5.6 Distribusi Responden Menurut Umur dan Kejadian Postpartum *Blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Kelompok umur ibu	Sebelum periode intervensi				Total	p Value	OR 95%CI
	<i>Blues</i>		Normal		n		
	n	%	n	%			
≤ 23 tahun	13	65,0	7	35	20	1.000	0,8 0,2-3,4
> 23 tahun	11	68,8	5	31,3	16		
Total	24	66,7	12	33,3	36		
	Sesudah periode intervensi						
≤ 23 tahun	11	55	9	45	20	1.000	0,9 0,3-3,6
> 23 tahun	9	56,3	7	43,8	16		
Total	20	55,6	16	44,4	36		

Dari tabel 5.6 diatas untuk variabel usia responden menggambarkan ada perbedaan proporsi postpartum *blues* usia ≤ 23 tahun dan usia > 23 tahun sebelum dan sesudah periode intervensi. Proporsi postpartum *blues* sebelum periode intervensi untuk variabel usia ≤ 23 tahun lebih kecil (65,0%) dibanding variabel usia > 23 tahun (68,8%). Dan sesudah periode intervensi terjadi penurunan proporsi postpartum *blues*, penurunan proporsi variabel usia ≤ 23 lebih kecil dibanding variabel kondisi bayi sakit.

Hasil uji kai kuadrat sebelum dan sesudah periode intervensi diperoleh (p=1.000 dan p=1.000). Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel usia ≤ 23 dan variabel usia > 23 dengan kejadian postpartum *blues* pada responden sebelum dan sesudah periode intervensi.

Tabel 5.7 Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan dan Kejadian Postpartum *Blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Tingkat Pendidikan	sebelum periode intervensi				Total	p Value	OR 95 % CI
	<i>Blues</i>		Normal		n		
	n	%	n	%			
SD & SMP	9	81,8	2	18,2	11	0,268	3,00 0,5-16,9
SLTA/DI	15	60	10	40	25		
Total	24	66,7	12	33,3	36		
Sesudah periode intervensi							
SD & SMP	9	81,8	2	18,2	3	0,067	5,7 1,0-32,1
SLTA/DI	11	44	14	56	1		
Total	20	55,6	16	44,4	36		

Dari tabel 5.7 diatas untuk variabel pendidikan responden menggambarkan ada perbedaan proporsi postpartum *blues* pendidikan SD/SMP dan pendidikan SLTA/DI sebelum dan sesudah periode intervensi, proporsi postpartum *blues* sebelum periode intervensi untuk variabel SD/SMP lebih besar (81,8%) dibandingkan variabel SLTA/DI (60%). Dan sesudah periode intervensi ada penurunan proporsi postpartum *blues*, untuk variabel pendidikan SLTA/DI dan variabel pendidikan SD/SMP proporsi tetap.

Hasil uji kai kuadrat sebelum dan sesudah periode intervensi diperoleh $p = 0,268$ dan $p=0,067$ menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel tingkat pendidikan SD/SMP dan SLTA/DI dengan kejadian postpartum *blues* responden sebelum dan sesudah periode intervensi.

Tabel 5.8 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan dan Kejadian Postpartum *Blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Pekerjaan	Sebelum periode Intervensi				Total	p Value	OR 95% CI
	<i>Blues</i>		Normal		n		
	n	%	n	%			
Tidak bekerja	7	70	3	30	10	1.000	1,2 0,3-5,9
Bekerja	17	66,7	9	34,6	26		
Total	24	66,7	12	36,3	36		
	Sesudah periode intervensi					0,722	0,7 0,2-3,2
Tidak bekerja	5	50	5	50	6		
Bekerja	15	57,7	11	42,3	26		
Total	20	55,6	16	44,4	36		

Dari tabel 5.8 diatas untuk variabel pekerjaan responden menggambarkan ada perbedaan proporsi postpartum *blues* variabel bekerja dan tidak bekerja sebelum dan sesudah periode intervensi. Proporsi postpartum *blues* sebelum periode intervensi, variabel tidak bekerja lebih besar (70%) dibandingkan variabel bekerja (66,7%). Dan sesudah periode intervensi terjadi penurunan proporsi postpartum *blues*, penurunan proporsi variabel tidak bekerja lebih besar dibanding variabel bekerja.

Hasil uji kai kuadrat sebelum dan sesudah periode intervensi diperoleh $p = 1.000$ dan $p=0,722$. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel bekerja dan tidak bekerja dengan kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi.

Tabel 5.9 Distribusi Responden Menurut Suku dan Kejadian Postpartum *Blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo
Jakarta, Mei 2008

Suku	Sebelum periode Intervensi				Total N	p Value	OR 95% CI
	<i>Blues</i>		Normal				
	n	%	N	%			
Betawi	8	72,7	3	27,3	11	0,715	0,2-3,2
Non Betawi	16	64,0	9	36,0	25		
Total	24	66,7	12	36,3	36		
	Sesudah periode intervensi						0,4
Betawi	8	72,7	3	27,3	11	0,277	0,1-1,6
Non betawi	12	48,0	13	52,0	25		
Total	20	55,6	16	44,4	36		

Dari tabel 5.9 diatas untuk variabel suku responden, menggambarkan bahwa proporsi kelompok responden suku Betawi yang mengalami postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi lebih besar dibanding responden yang non Betawi (Batak, Jawa, Sunda, Padang, Madura dan Campuran).

Hasil uji kai kuadrat sebelum dan sesudah periode intervensi diperoleh nilai $p > 0,05$. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna terhadap kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi antara variabel suku Betawi dan non Betawi (Batak, Jawa, Sunda, Padang, Madura dan Campuran).

Tabel 5.10 Distribusi Responden Menurut Riwayat Komplikasi Sepanjang Periode *Childbearing* dan Kejadian Postpartum *Blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Riwayat komplikasi	Sebelum periode intervensi				Total	p Value	OR 95% CI
	<i>Blues</i>		Normal		n		
	n	%	n	%			
Mengalami komplikasi	19	67,9	9	32,1	28	1,000	0,3 0,3-6,5
Tidak mengalami komplikasi	5	62,5	3	37,5	8		
Total	24	66,7	12	33,3	36		
Sesudah periode intervensi							
Mengalami komplikasi	17	60,7	11	39,3	28	0,422	2,6 0,5-13,0
Tidak mengalami komplikasi	3	37,5	5	62,5	8		
Total	20	55,6	16	44,4	36		

Dari tabel 5.10 diatas penyajian variabel riwayat obstetri menggambarkan ada perbedaan proporsi postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi. Proporsi postpartum *blues* sebelum periode intervensi untuk variabel yang mengalami komplikasi obstetri lebih besar (67,9%) dibanding variabel yang tidak mengalami komplikasi obstetri (62,5%). Dan sesudah periode intervensi variabel yang mengalami komplikasi obstetri proporsi postpartum *blues* meningkat sedang variabel yang tidak mengalami komplikasi obstetri, terjadi penurunan proporsi postpartum *blues*.

Hasil uji kai kuadrat sebelum dan sesudah periode intervensi diperoleh nilai $p=1.000$ dan $p= 0,422$. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara riwayat komplikasi yakni yang mengalami dan tidak mengalami terhadap kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi.

Tabel 5.11 Distribusi Responden Menurut Bantuan Dalam Merawat Bayi dan Kejadian Postpartum *Blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Bantuan merawat bayi	Sebelum periode intervensi				Total n	p Value	OR 95% CI
	<i>Blues</i>		Normal				
	n	%	n	%			
Tidak ada bantuan	16	64	9	36	25	0,715	0,7 0,1-3,2
Ada bantuan	8	72,7	3	27,3	11		
Total	24	66,7	12	33,3	36		
Sesudah periode intervensi							
Tidak ada bantuan	14	56	11	44	25	1.000	1,061 0,3-4,4
Ada bantuan	6	54,5	5	45,5	11		
Total	20	55,6	16	44,6	36		

Tabel 5.11 diatas penyajian variabel bantuan merawat bayi menggambarkan ada perbedaan proporsi postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi. Proporsi sebelum periode intervensi untuk variabel tidak ada bantuan lebih kecil (64%) dibanding variabel yang mendapatkan bantuan (72,7%). Dan sesudah periode intervensi terjadi penurunan proporsi postpartum *blues*, penurunan proporsi untuk variabel tidak ada bantuan merawat bayi lebih besar dibanding yang mendapat bantuan merawat bayi.

Hasil uji kai kuadrat sebelum dan sesudah periode intervensi diperoleh nilai $p=0,715$ dan $p= 1,000$. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna terhadap kejadian postpartum *blues* antara responden yang mendapat

bantuan dan yang tidak mendapat bantuan dalam merawat bayi sebelum dan sesudah periode intervensi .

Tabel 5.12 Distribusi Responden Menurut Kejadian Postpartum *Blues* Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Kelompok	Sebelum periode intervensi		p Value	OR 95% CI	Sesudah periode intervensi		P value	OR 95% CI
	<i>Blues</i>	Normal			<i>Blues</i>	Normal		
Kontrol	n 13	5	0,725	1,70 0,4-6,7	n 14	4	0,018	7,00 1,6-30,8
	% 72,2	27,8			% 77,8	22,2		
Intervensi	n 11	7			n 6	12		
	% 61,1	38,9			% 33,3	66,7		
Total	n 24	12			n 20	16		
	% 66,7	33,3			% 55,6	44,4		

Dari tabel 5.12 diatas menunjukkan ada perbedaan kejadian postpartum *blues* yang bermakna sesudah periode intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi ($p=0,018$). Nilai perbedaan sesudah periode intervensi dapat dilihat dari OR yang besarnya 7.0 (95%CI 1,6-30,8). Perbedaan yang diperoleh menunjukkan kelompok kontrol mempunyai resiko untuk mengalami postpartum *blues* sebesar 7 kali dibanding kelompok intervensi.

2. Analisis Multivariat Regresi Logistik

Dari hasil analisis bivariat data katagorik menunjukkan ada pengaruh terapi musik pada kelompok intervensi (p value = 0,018) terhadap penurunan proporsi kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi. Hasil uji statistik tersebut belum dapat memastikan bahwa penurunan proporsi kejadian postpartum *blues* tersebut pada kelompok intervensi adalah karena pengaruh

terapi musik. Hal ini dilihat dari adanya perbedaan proporsi kejadian postpartum *blues* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum periode intervensi. Untuk memastikan dan mendapatkan variabel yang lebih berpengaruh terhadap penurunan kejadian postpartum *blues* maka dilakukan uji analisis multivariat. Berikut hasil analisis uji regresi logistik:

Tabel 5.13 Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Antara Kejadian Postpartum *Blues* Sebelum Periode Intervensi, Kelompok dan Pendidikan Dengan Kejadian Postpartum *Blues* Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008.

No	Variabel	B	P wald	OR	95%CI
1	Pp <i>blues</i> pretest (1)	-22,13	0,998	0,00	0,00
2	Kelompok (1)	20,4	0,998	7,4E+08	0,00
3	Pendidikan (1)	-1,39	0,531	4,02	0,216-75,257

-2LL= 19, G= 30,259 p value= 0,00

Dari hasil analisis diatas terlihat bahwa signifikansi log-likelihood < 0,05 (p value 0,00). Namun secara signifikan p wald semua variabel p value >0,05 dengan demikian perlu dilakukan pengeluaran variabel dari model secara bertahap dimulai dari variabel yang p valuenya terbesar.

Tabel 5.14 Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik antara Kelompok dan Pendidikan Dengan Kejadian Postpartum *Blues* Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008.

No	Variabel	B	P wald	OR	95%CI
1	Kelompok (1)	-1,71	0,03	5,6	1,198-25,974
2	Pendidikan (1)	-1,39	0,14	4,0	0,638-25,518

-2LL= 39,56 G= 9,9 p value= 0,007

Dari tabel 5.14 diatas menunjukkan bahwa responden kelompok kontrol berpeluang untuk mengalami postpartum *blues* sebesar 5,6 kali (95%CI: 1,19-25,97) dibandingkan dengan kelompok intervensi setelah dikontrol oleh variabel pendidikan. Responden yang berpendidikan SD/SMP berpeluang mengalami postpartum *blues* sebesar 4 kali (95% CI: 0,638-25,518) dibandingkan responden yang berpendidikan SLTA/D1. Sehingga dapat disimpulkan diantara kedua variabel tersebut, variabel kelompok intervensi yang paling dominan berpengaruh terhadap kejadian postpartum *blues*.

C. Analisis Bivariat dan Multivariat Data Numerik

1. Analisi Bivariat

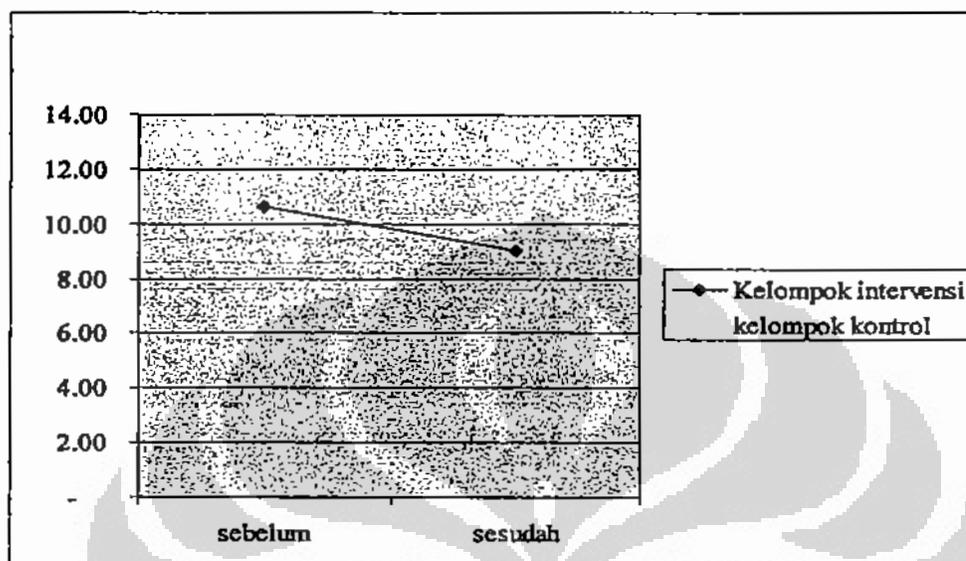
a. Analisis beda dua mean dependen (*paired samples t test*)

Analisis ini digunakan untuk menguji perbedaan mean antara dua kelompok data yang dependen sebelum dan sesudah periode intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Tabel 5.15 Distribusi Rata-Rata Nilai Kejadian Postpartum *Blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Kelompok	n	Mean	SD	Min	Max	p value
Kontrol						
Sebelum	18	12.7	5.1	6	23	0,946
Sesudah	18	12.6	3.7	6	21	
Intervensi						
Sebelum	18	10.7	3.6	3	18	0,071
Sesudah	18	9.1	1.7	5	12	

Grafik 5.1 Distribusi Nilai Rata-Rata Kejadian Postpartum *Blues* Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008



Tabel 5.15 di atas menjelaskan perbedaan rata-rata nilai kejadian postpartum *blues* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah periode intervensi, yang dianalisis berdasarkan Uji *t* dependen. Hasil analisis menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata nilai kejadian postpartum *blues* pada kelompok kontrol ($p=0,9$) sebelum dan sesudah periode intervensi, demikian pada kelompok intervensi ($p=0,07$). Kelompok intervensi mempunyai nilai rata-rata lebih kecil dibanding kelompok kontrol sebelum dan sesudah periode intervensi.

b. Analisis uji beda mean independent (*Independent samples t test*)

Analisis ini digunakan untuk mengetahui perbedaan mean variabel *independen* dan *confounding* terhadap kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi. Berdasarkan hasil analisis katagorik, uji statistik

menunjukkan tidak ada pengaruh variabel karakteristik terhadap kejadian postpartum blues (p value $> 0,05$). Oleh karena itu dilakukan uji *t test independent* pada 36 responden. Berikut penyajian hasil analisis:

Tabel 5.16 Distribusi Rata-Rata Nilai Variabel *Confounding* dengan Kejadian postpartum blues Sebelum dan Sesudah Periode Intervensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Variabel	Sebelum periode intervensi				Sesudah periode intervensi		
	n	Mean	SD	p value	Mean	SD	p value
Periode PP:							
<i>Immediate</i>	25	10,8	3,6	0,095	9,9	2,8	0,009
<i>Early</i>	11	13,6	5,8		13,0	3,7	
Kondisi BBL:							
Sehat	19	10,9	4,5	0,280	10,5	3,8	0,508
Sakit	17	12,5	4,4		11,2	2,9	
Usia ibu:							
≤ 23 tahun	20	11,4	4,8	0,050	11,4	3,8	0,051
> 23 tahun	16	12,0	4,2		10,2	2,7	
Pendidikan:							
SD/SMP	11	12,6	5,4	0,396	13,1	3,9	0,006
SLTA/DI	25	11,2	4,1		9,8	2,6	
Pekerjaan:							
Tidak bekerja	10	12,8	4,1	0,353	9,6	3,1	0,179
Bekerja	26	11,2	4,6		11,3	3,4	
Ada komplikasi obsteri	28	11,9	4,7	0,519	11,1	3,4	0,312
Tidak ada komplikasi obstetri	8	10,8	3,7		9,8	3,3	
Tidak mendapat bantuan merawat bayi	25	11,1	4,2	0,241	10,4	2,9	0,211
Ada bantuan	11	13,0	5,0		11,9	4,2	

Dari tabel 5.16 diatas menggambarkan perbedaan rata-rata variabel *independen* dan variabel *confounding*. Didapatkan hasil analisis data uji statistik beda mean independen pada variabel periode postpartum $p=0,009$ dan variabel pendidikan $p=0,006$. Hal ini menunjukkan ada perbedaan bermakna rata-rata skor kejadian postpartum *blues* sesudah periode intervensi dibandingkan dengan sebelum periode intervensi pada kedua variabel tersebut. Rata-rata nilai perbedaan kejadian postpartum *blues* untuk variabel periode postpartum fase *immediate* mengalami penurunan yang bermakna dibanding fase *early* sesudah periode intervensi. Variabel pendidikan rata-rata nilai perbedaan kejadian postpartum *blues*, pendidikan SLTA/DI mengalami penurunan yang bermakna dibanding pendidikan SD/SMP sesudah periode intervensi.

C. Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda

Berdasarkan hasil analisis didapatkan variabel *confounding* yakni pendidikan dan periode postpartum, variabel skor kejadian postpartum *blues* sebelum periode intervensi (variabel dependen) dan variabel kelompok (variabel independen) memenuhi kriteria kandidat model multivariat dengan nilai p value $\leq 0,25$ berdasarkan hasil analisis bivariat uji t test independent, uji t dependent. Tahap selanjutnya adalah melakukan pemodelan pada keempat variabel tersebut sehingga terbentuk sebuah model yang paling sesuai menjelaskan variabel skor kejadian postpartum *blues* sesudah periode intervensi. Dengan demikian dapat diprediksi skor kejadian postpartu *blues* sesudah periode intervensi dengan mempergunakan informasi dari keempat variabel tersebut, serta dapat mengetahui variabel mana

dominan mempengaruhi skor kejadian postpartum *blues* sesudah periode intervensi yang dilihat dari nilai beta.

Tabel 5.17 Analisis Korelasi dan Regresi Variabel Kelompok, Pendidikan, Periode Postpartum dan Skor PP *blues* Sebelum Periode Intervensi Dengan Skor Kejadian Postpartum *blues* Sesudah Periode Intevensi di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta, Mei 2008

Variabel	B	Beta	t	Sig
Constan	7.772		5.457	0.000
Kelompok	-1.803	-0.270	-2.265	0.031
Pendidikan	-2.029	-0.280	-2.492	0.018
Skor PP <i>blues</i> pretest	0,350	0.463	4.170	0.000
Periode postpartum	0.049	0.222	1.944	0.061

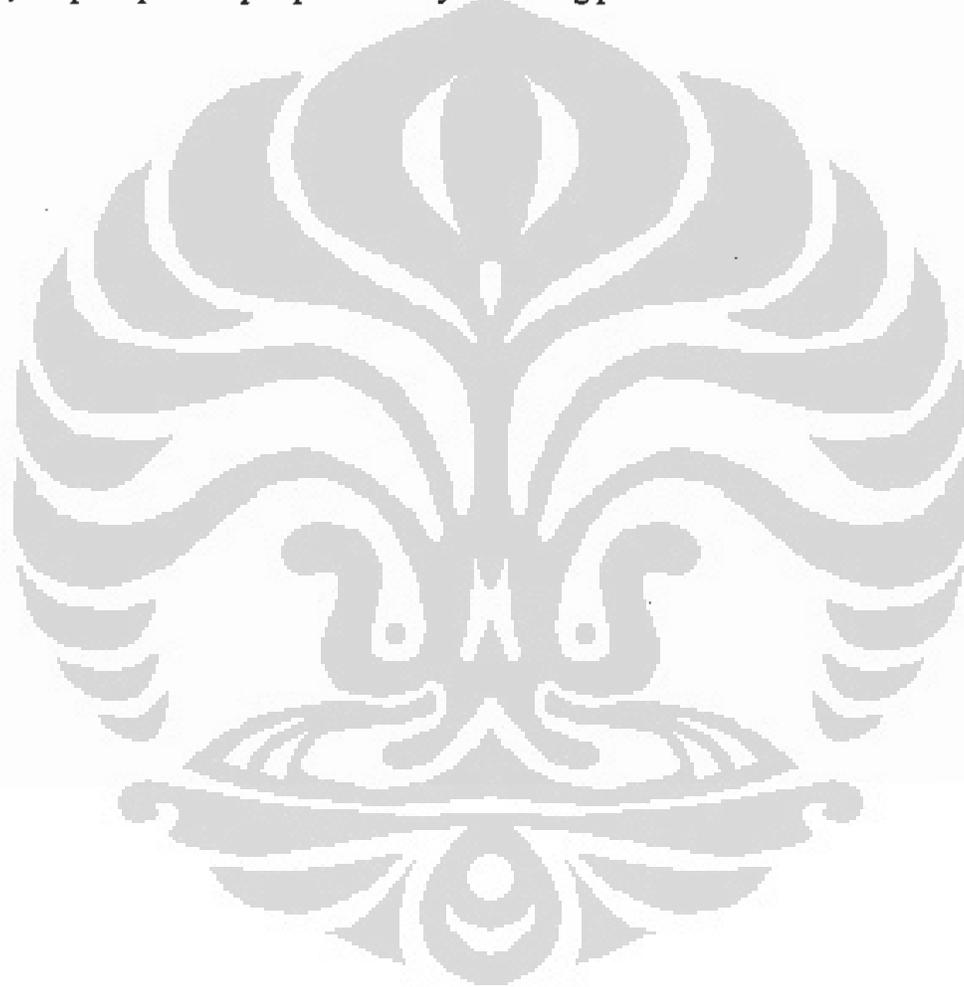
R=0,804 R²= 0,647

Persamaan garis linier dari ke empat variabel tersebut:

Skor kejadian pp *blues* posttest = 7,772 – 1,803*klp – 2,029*pendidikan + 0,350*skor pp *blues* pretest + 0,049*periode pp.

Hasil analisis hubungan keempat variabel kelompok, pendidikan dan skor kejadian postpartum *blues* sebelum periode intervensi dan periode postpartum dengan skor kejadian postpartum *blues* sesudah periode intervensi menunjukkan rentang hubungan yang erat (R= 0,8).

Skor postpartum *blues* sesudah periode intervensi: 1) menurun sebesar 1,8 bila responden mendapatkan terapi musik; 2) lebih rendah sebesar 2 pada responden yang berpendidikan menengah (SLTA / D1) dibanding pendidikan SD / SMP; 3) meningkat sebesar 0,35 setiap peningkatan 1 unit skor postpartum *blues* sebelum periode intervensi; 4) lebih tinggi sebesar 0,049 pada periode postpartum *early* dibanding periode *immediate*.



BAB VI

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dianalisis, tahap selanjutnya akan dibahas interpretasi dan diskusi hasil, keterbatasan penelitian terkait dengan metodologi penelitian yang digunakan, serta implikasi hasil penelitian terhadap praktek asuhan keperawatan maternitas, institusi pendidikan dan penelitian selanjutnya.

A. Interpretasi Dan Diskusi Hasil Penelitian

1. Kejadian postpartum *blues* di RSUP Cipto Mangunkusumo

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 36 responden ibu postpartum primipara di RSUP Cipto Mangunkusumo, didapatkan proporsi ibu postpartum yang mengalami postpartum *blues* sebesar 24 (66,7%) orang. Besarnya proporsi ini kemungkinan disebabkan oleh karakteristik rumah sakit tersebut adalah sebagai rumah sakit rujukan nasional yang banyak merawat ibu postpartum yang mengalami masalah obstetri atau penyakit yang menyertai selama periode *childbearing*.

Sebagaimana yang dinyatakan oleh O'Hara dan Swain (1996) bahwa komplikasi selama persalinan dan kelahiran memiliki hubungan sedang terhadap kejadian postpartum *blues* dan depresi. Dengan demikian di rumah sakit RSUP Cipto Mangunkusumo setiap hari akan ada ibu postpartum yang mengalami *blues*,

sehingga perlu ada upaya untuk mencegah dan mengatasi kejadian postpartum *blues* tersebut.

2. Pengaruh Intervensi Terapi Musik Terhadap Pencegahan Kejadian Postpartum *Blues*.

Hasil penelitian dapat membuktikan bahwa ada pengaruh terapi musik yang bermakna dalam mencegah dan mengatasi kejadian postpartum *blues* pada responden postpartum primipara sesudah tiga hari mendapatkan terapi musik ($p=0,031$). Hasil analisis multivariat menunjukkan variabel kelompok, pendidikan, skor postpartum *blues* sebelum periode intervensi menunjukkan hubungan yang erat ($R=0,8$) terhadap perubahan skor kejadian postpartum *blues* sesudah periode intervensi. Perubahan tersebut disebabkan oleh pengaruh intervensi sebesar 1,8.

Selain itu hasil analisis menunjukkan kelompok ibu yang tidak diintervensi berpeluang mengalami postpartum *blues* sebesar 5,6 kali dibanding ibu yang diintervensi setelah dikontrol oleh pendidikan..

Sebagaimana yang dinyatakan oleh Procelli (2005) bahwa ibu postpartum menyusui mengalami penurunan kecemasan dan perubahan perilaku terhadap bayinya selama menyusui secara bermakna dibandingkan dengan ibu postpartum menyusui yang tidak diterapi musik. Kondisi ini ada kaitannya dengan pengaruh musik sebagaimana yang dinyatakan oleh Rosch dan Koeditz (1998) bahwa

musik mempengaruhi sistim limbik di otak yang menekan fungsi poros hipotalamus, hipofisis dan kelenjar adrenal sehingga menghambat pengeluaran hormon stress (epinefrin, norepinefrin, dopa, kortikosteroid).

Dengan demikian terapi musik adalah terapi relaksasi bagi ibu postpartum selain terapi alternatif lainnya seperti pemberian *psikoedukasional*, terapi *biofeedback*, meditasi, istirahat tidur yang cukup, memenuhi nutrisi, *exercise* serta dukungan fisik dan emosional. Terapi musik juga telah direkomendasikan sebagai terapi relaksasi selama fase *childbearing* yang ditujukan untuk mengatasi berbagai faktor yang mempengaruhi *stress* pada ibu (Wilfrid, 2006, stress management, music therapy in childbirth and neonatal care, ¶ 1, <http://www.mtbc.com>, diperoleh tanggal 14 Januari 2007).

Pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit, puskesmas dan klinik bersalin dapat melaksanakan pemberian terapi musik dengan memutar musik instrumental misalnya musik klasik secara kontiniu dan terjadwal guna membantu ibu postpartum menjadi lebih rileks.

2. Pengaruh faktor-faktor *confounding*/karakteristik ibu terhadap kejadian postpartum *blues*.

Hasil penelitian multivariat membuktikan bahwa variabel *confounding* yakni variabel pendidikan mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap kejadian postpartum *blues* ($p=0,018$). Analisis hubungan variabel pendidikan

menunjukkan hubungan yang erat ($R=0,8$). Hal ini dinyatakan bahwa skor postpartum *blues* sesudah periode intervensi akan lebih rendah sebesar 2 (dua) pada ibu yang berpendidikan SLTA/D1 dibanding pendidikan SD/SMP, selain itu ibu yang berpendidikan SD/SMP berpeluang mengalami postpartum *blues* sebesar 4 kali dibanding ibu yang berpendidikan SLTA/DI.

Karakteristik lainnya seperti periode postpartum, kondisi bayi baru lahir, usia, pekerjaan, riwayat masalah/komplikasi obstetri, bantuan dalam merawat bayi serta suku tidak mempunyai pengaruh yang bermakna ($p > 0,05$) terhadap perubahan kejadian postpartum sesudah periode intervensi, namun ada perbedaan proporsi kejadian postpartum *blues* sebelum dan sesudah periode intervensi pada masing-masing kelompok ibu postpartum primipara. Beberapa faktor yang mungkin mempengaruhi variabel tersebut tidak mempunyai pengaruh terhadap perubahan kejadian postpartum *blues* sesudah periode intervensi kemungkinan karena jumlah sampel yang minimal.

Peneliti lain yaitu Setyowati dan Uke (2006) menemukan bahwa variabel kualitas dan kondisi bayi baru lahir, pengalaman yang tidak menyenangkan pada periode kehamilan dan persalinan dan dukungan sosial adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian postpartum *blues*. Kejadian postpartum *blues* ditemukan lebih dari 50% segera setelah melahirkan dan sampai 48 jam.

Faktor *confounding* lain yaitu suku budaya pada penelitian ini diidentifikasi bahwa hampir semua suku ada mengalami postpartum *blues* dengan proporsi yang bervariasi. Menurut Campbell (1992, dalam Wong, Perry & Hockenberry, 2002) postpartum *blues* dapat dialami semua ras dan semua etnik.

B. Keterbatasan Penelitian

Mengingat banyak faktor yang mempengaruhi validitas internal, berikut ini akan diuraikan beberapa faktor-faktor yang merupakan sebagai ancaman dan menjadi keterbatasan dalam penelitian ini.

1. Metoda pengambilan sampel

Adanya keterbatasan penelitian dalam pengambilan sampel. Ruang yang ditetapkan untuk kedua kelompok yang diintervensi dan yang tidak diintervensi belum sebanding (karakteristik ruangan tersebut berbeda), ruangan IGD memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan dengan kondisi ruangan di lantai I dan II gedung A *public wing*. Hal ini kemungkinan membuat ada perbedaan kejadian postpartum *blues* antara kedua kelompok tersebut.

2. Karakteristik responden

Dalam penelitian ini menetapkan karakteristik yang menjadi faktor-faktor *confounding* belum mencakup faktor-faktor psikologis lainnya seperti kondisi finansial dan dukungan sosial dari rumah sakit seperti waktu berkunjung anggota keluarga lainnya, sehingga saat interpretasi data masalah tersebut muncul hanya sebatas observasi yang seharusnya dimasukkan dalam karakteristik penelitian.

3. Sampel Penelitian

Jumlah sampel yang kecil, walaupun perhitungannya sudah mengacu pada penelitian sebelumnya ternyata belum mampu menjawab hipotesis pengaruh faktor-faktor *confounding* terhadap kejadian postpartum *blues*.

C. Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Praktek Asuhan Keperawatan Maternitas, Pendidikan Keperawatan dan Penelitian Selanjutnya.

Sebagaimana yang telah diuraikan pada bab satu tentang manfaat penelitian untuk praktek asuhan keperawatan maternitas, pendidikan keperawatan dan penelitian selanjutnya. Oleh karena itu manfaat dari penelitian ini secara teori dan praktisi dapat diimplikasikan pada masing-masing praktek asuhan keperawatan maternitas, pendidikan dan penelitian selanjutnya, seperti pemaparan berikut ini:

1. Implikasi terhadap praktek asuhan keperawatan maternitas

Terkait dengan penelitian ini, dimana intervensi yang telah dilakukan adalah memberikan terapi musik klasik dalam upaya mencegah kejadian postpartum *blues*, menunjukkan bahwa terapi musik bermakna terhadap pencegahan dan mengatasi kejadian postpartum *blues*. Berikut ini akan diuraikan mengenai implikasi hasil penelitian terhadap praktek asuhan keperawatan:

- a. Meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan dalam upaya kegiatan promotif dan preventif.

Pemberian terapi musik pada ibu postpartum dalam penelitian ini merupakan salah satu bentuk intervensi keperawatan maternitas dalam upaya promotif

dan preventif. Dimana intervensi terapi musik merupakan salah satu bentuk implikasi yang dapat dilaksanakan sebagai tindak lanjut dalam realisasi paradigma sehat 2010 yakni mengutamakan kegiatan promotif dan preventif yang mendukung upaya kuratif dan rehabilitatif.

Kegiatan promotif dan preventif pada hakikatnya adalah untuk mencapai derajat kesehatan ibu selama periode *childbearing*. Untuk merealisasikan kegiatan promotif dan preventif tersebut, perawat maternitas dapat menjalankan perannya dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang bersifat mandiri. Bentuk intervensi mandiri misalnya memberikan penyuluhan, memenuhi kebutuhan dasar pasien dan memberikan beberapa terapi alternatif relaksasi yang telah diakui dari hasil penelitian sebelumnya misalnya terapi musik.

Dengan harapan upaya-upaya yang dilakukan oleh perawat maternitas dapat membantu program pemerintah di Indonesia yakni meningkatkan dan memperbaiki kesehatan ibu khususnya dalam periode postpartum.

b. Sebagai salah satu model praktek asuhan keperawatan maternitas

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya bahwa terapi musik adalah terapi alternatif yang *evidence base* (berdasarkan bukti) yang telah direkomendasikan sebagai terapi relaksasi. Beberapa manfaatnya dalam lingkup keperawatan maternitas telah dipaparkan oleh peneliti sebelumnya.

Oleh karena itu terapi musik dapat ditetapkan sebagai model terapi relaksasi dalam melaksanakan praktek asuhan keperawatan pada ibu postpartum untuk mencegah masalah postpartum *blues*.

2. Implikasi terhadap pendidikan keperawatan

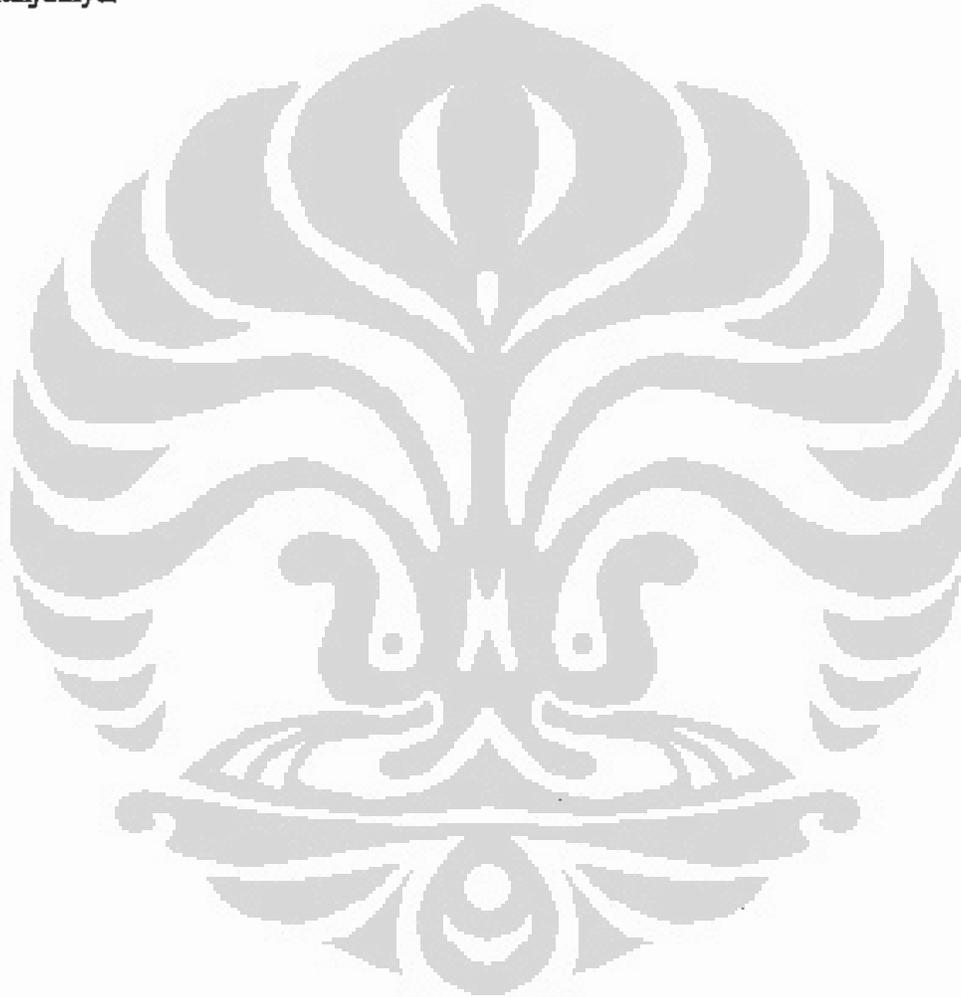
Berdasarkan hasil penelitian yakni adanya pengaruh terapi musik yang bermakna terhadap pencegahan postpartum *blues*, maka berikut ini akan diuraikan implikasi hasil penelitian tersebut dalam pendidikan keperawatan.

a. Sebagai muatan lokal di kurikulum pendidikan keperawatan

Sesuai dengan tuntutan kurikulum di pendidikan keperawatan khususnya DIII keperawatan bahwa mahasiswa dituntut untuk memiliki kompetensi antara lain kompetensi kognitif, psikomotor dan afektif sesuai dengan perkembangan trend dan isu di keperawatan. Terapi musik adalah suatu *trend issue* yang ada saat ini di Indonesia. Beberapa rumah sakit telah menerapkan hasil penelitian tentang terapi musik di ruang perawatan anak, medikal bedah dan bahkan di ruang perawatan ibu hamil. Oleh karena itu pendidikan keperawatan perlu mempersiapkan SDM yang dapat menerapkan terapi musik tersebut sebagai bentuk intervensi khususnya di ruang perawatan ibu postpartum. Beberapa upaya yang perlu dilakukan oleh institusi pendidikan keperawatan dengan menetapkan terapi musik sebagai muatan lokal dalam materi pembelajaran *trend issue* keperawatan maternitas.

3. Implikasi terhadap penelitian selanjutnya

Adanya intervensi pemberian terapi musik dalam mengatasi pencegahan postpartum *blues* dalam penelitian ini beserta hasilnya telah diuraikan pada bagian sebelumnya. Diharapkan dapat memberikan gambaran yang nyata tentang pelaksanaan terapi musik yang dapat menjadi inspirasi bagi penelitian selanjutnya.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai pembahasan hasil penelitian, dapat ditarik beberapa kesimpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan seperti penjelasan berikut ini.

A. Kesimpulan

1. Proporsi kejadian postpartum *blues* di RSUP Cipto Mangunkusumo cukup besar dan pasien yang dirawat di ruang kebidanan berpeluang untuk mengalami postpartum *blues*.
2. Ada pengaruh terapi musik terhadap penurunan kejadian postpartum *blues* yang sangat bermakna sesudah 3 (tiga) hari diberikan terapi musik.
3. Variabel *confounding* yang mempengaruhi kejadian postpartum *blues* sesudah periode intervensi adalah pendidikan ($p=0,018$). Ibu yang berpendidikan SLTA/DI menunjukkan skor postpartum *blues* lebih rendah dibandingkan dengan yang pendidikan SD/SMP.

B. Saran

Terkait dengan kesimpulan hasil penelitian diatas, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian ini terhadap upaya pencegahan kejadian postpartum *blues* pada ibu postpartum primipara:

a. Bagi praktek asuhan keperawatan maternitas

Upaya menerapkan hasil penelitian terapi musik dalam praktek asuhan keperawatan maternitas perlu adanya kerjasama dengan wahana praktek asuhan keperawatan guna mencegah kejadian postpartum *blues* yang sering tidak terdeteksi sedini mungkin, sehingga dapat berkembang menjadi depresi postpartum. Dengan demikian peneliti menyarankan wahana praktek asuhan keperawatan maternitas sebaiknya:

- 1) Membuat jadwal periode untuk memutar musik terapi relaksasi misalnya musik klasik secara kontiniu guna membantu ibu postpartum dan pasien lainnya menjadi lebih rileks secara sentral.
- 2) Mendukung perawat dalam memberikan terapi musik dengan melengkapi fasilitas yang dibutuhkan misalnya alat *earphone* dan alat musik lainnya.
- 3) Memberikan pelatihan bagi perawat atau bidan sebagai *therapist* musik.
- 4) Memperhatikan waktu berkunjung bagi anggota keluarga lainnya, dimana keluarga adalah merupakan salah satu bentuk dukungan sosial yang dapat mengatasi ibu mengalami postpartum *blues*.

b. Bagi pendidikan keperawatan

- 1) Mengajarkan tehnik relaksasi yaitu terapi musik sebagai terapi alternatif bagi mahasiswa di mata ajar keperawatan maternitas.
- 2) Memfasilitasi ruangan laboratorium maternitas dengan alat-alat yang dapat mendukung staf dosen mengajarkan materi tehnik relaksasi terapi musik.

c. Bagi penelitian selanjutnya

Penelitian tentang terapi musik dapat dilakukan untuk penyempurnaan pelaksanaan terapi musik sebagai terapi relaksasi, berikut hal yang disarankan:

- 1) Jumlah sampel sebaiknya harus lebih banyak, sehingga pengaruh karakteristik terhadap kejadian postpartum *blues* hasilnya akan lebih bermakna.
- 2) Perlu diteliti lebih lanjut tentang *confounding* lain misalnya faktor ekonomi, dukungan sosial, yang dapat mempengaruhi terapi musik terhadap kejadian postpartum *blues*.
- 3) Perlu diperhatikan kriteria ruangan untuk pengambilan sampel antara kelompok yang dintervensi dan kelompok yang tidak dintervensi sebaiknya sebanding untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- American Music Therapy Association. (1998). *Special education: Music therapy research and evidence based practice support*. Diambil pada 6 November 2007 dari <http://ijm.sagepub.com/cgl/content/abstract/os-31/1/1>.
- Anonim. (2003). *Efek mozart*. <http://www.tempo.co.id>, diperoleh tanggal 2 Desember 2007.
- Adiningsih,U.N. (2005).*Waspada! depresi pasca melahirkan di pengungsian*. Diambil pada 14 Januari 2008 dari http://pikas.bkkbn.go.id/article_detail.php?aid=263.
- Azwar, A., & Prihartono, J. (2003). *Metodologi penelitian: Kedokteran dan masyarakat*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Anonim. (2007). *Music therapy*. Diambil pada tanggal 31 Januari 2008 dari http://www.holisticonline.com/stress/stress_music-therapy.htm.
- Bobak, M.I., Lowdermilk, L.D., & Jensen, M.C. (2005). *Buku ajar keperawatan maternitas*. (1th ed). (Wijayanti, Penerjemah). Jakarta: EGC. (Sumber asli diterbitkan tahun 1995).
- Blumenthal, J. (1998). *Music therapy for healthy children and families*. Diambil pada 2 Desember 2007 dari <http://www.healthychild.com/musik-therapy.htm>.
- Benjamin, W., & Voorhees.V. (2007). *ADAM health illustrated encyclopedia*. Diambil pada 30 Januari 2007 dari <http://www.healthline.com/adamcontent/depression/>.
- Barber, L.N., & Barber, J.L. (2006). *Music therapy to enhance*. Diambil pada 16 Januari 2008 dari <http://umassd.edu/catls/resources/jazzarticle/.pdf>.
- Bruce, B.C. (2001). *Hospital based obstetrical music therapy : A pilot program*. Diambil pada 14 Januari 2007 dari <http://www.musictherapy.Co/docs/confproc/2006/bruce>.
- Cartiedge, S. (2007). *Post-partum depression*. Diambil pada 31 Januari 2008 dari http://postpartum-health.suete101.com/article.cfm/peer_support_helps_depressed_moms.
- Campbell, D. (2001). *Efek mozart: Manfaatkan kekuatan musik untuk mempertajam pikiran, meningkatkan kreativitas dan menyehatkan tubuh*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

- Cornies, S. (1999). Music therapy for special children. *International Journal Of Music Education*, 31 (1), 1-13.
- Community Crisis Service. (2006). *Postpartum depression is treatable*. Diambil pada 30 Januari 2008 dari <http://www.communitycrisis.org/ppd.html>.
- Celeste, R.P.(1996). *Family centered maternity and newborn care: Basic text*. United States Of Amerika: Mosby
- Devilly, G.J. (2006). *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42) Lovibond & Lovibond (1995)*. Diambil pada 30 Januari 2008 dari <http://www.swin.ed.au/victims/resources/assessment/affect/dass42.html>.
- Depkes RI., & WHO. (2005). *Rencana strategis nasional making pregnancy safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI., WHO. (2003). *Profil kesehatan Reproduksi Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (1998). *Upaya akselerasi dan penurunan angka kematian ibu*. Jakarta: Depkes RI.
- Fadlan. (2006). *Apa yang dimaksud dengan depresi ?*. Diambil pada 30 Januari 2008 dari http://Fadlan.multiply.com/journal/item/56/43_Depresi_Pasca_Melahirkan_bukan_suatu_kutukan.
- Freud, J., & Schwartz, M.D. (1997). *Music and perinatal stress reduction*. Diambil pada 30 Januari 2007 dari <http://www.drmusic@mindspring.com>.
- Gayle, K., & Zieman, M. (2005). *Postpartum depression*. Diambil pada 30 Januari 2008 dari http://www.med.umich.edu/1_libr/wha/wha_postpart_bha.htm.
- Gorrie, T.M., Mickenney, E.S., & Murray, S.S. (1998). *Foundation of maternal-newborn nursing*. (2nd ed). USA: WB.Saunders Company.
- Gerassimowitsch, G., Sidorenko, W., & Scheleg, S. (2006). *Reduction of the stress hormone cortisol gynecological surgery*. Diambil pada 24 Januari 2008 dari http://www.scientificmusictherapy.com.01/06_research/0601/0633_pregnancy.
- _____ (2006). *Normalization of too high blood pressure in pregnant women with a mild form of the OPH-Syndrome*. Diambil pada tanggal 24 Januari 2008 dari http://www.scientificmusictherapy.com.01/06_research/0601/0633_preg.
- Ganong, F.W. (1998). *Buku ajar fisiologi kedokteran*. (Widjajahkumamah, D.M, Penerjemah). Jakarta: EGC. (Sumber asli diterbitkan, 1995).

- Huebner, P. (1998). *How is the medical resonance therapy music used?*. Diambil pada 30 Januari 2008 dari http://www.scientificmusictherapy.com./01/30_Peter_Huebner_MRT_Music/09_LP_Pregnancy_Birth_01.php.
- Hastono, P.M. (2007). *Analisa data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Judarwanto, W., Razak, Y.Y., & Partiw, I. (2007). *Neonatal intensive care unit rumah sakit bunda Jakarta*. Diambil pada 30 Desember 2007 dari <http://209.85.175.104/search?q=cache:mEoMF9d7ijQJ:www.bunda.co.id/dokumen/neonatal.pdf+penelitian+terapi+musik+di+Indonesia&hl=en&ct=clnk&cd=29&gl=id>.
- Jack, A., Prithchard, M.D., Paul, C., & MacDonald, M.D. (1991). *Williams obstetrics*. (Hariadi, R., Prabowo, R.P., & Soedarto, Penerjemah). Surabaya: Universitas Airlangga. (Sumber asli diterbitkan, 1984).
- Karena, L. (2006). *What is music therapy?*. Diambil pada tanggal 14 Januari 2007 dari <http://www.apmt.org/musictherapy/tabid/69/default.aspx>.
- Longo, D.C., & Williams, R.A. (1986). *Clinical practice in psychosocial nursing: Assessment and intervention*. (2 th ed). Connecticut: Appleton Century Crafts.
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F., (1995). *Depresi Anxiety and Stress Scales*. Diambil pada 30 Januari 2008 dari http://www.adqp.com.au/client_images/7050.doc.
- Lameshow, S., Hosmer, W.D., Lwanga, K.S., & Klar, J. (1997). *Adequacy of sample size in health studies*. (Pramono, D, Penerjemah). Yogyakarta: Universitas Gajah Mada. (Sumber asli diterbitkan, 1990).
- May, K.A., & Mahlmeister, L.R. (1990). *Comprehensive maternity nursing*. (2th ed). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Miller, L.R., Pallant, Julie, F., & Negri, L.M. (2005). *Anxiety and stress in the postpartum is there more to postnatal distress than depression?*. Diambil pada 30 Januari 2008 dari <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/12>.
- Maryland. (2003). *Postpartum depression is treatable*. Diambil pada 31 Januari 2008 dari <http://www.communitycrisis.org/ppd.html>.
- Midwifery Today E-News. (1999), *Postpartum blues/depression*. Diambil pada 30 Januari 2008 dari <http://www.Midwiferytoday.com/enews0113.asp>.
- Marshall, H., Klaus, M.M., John, H., Kennell, M.D., & Phyllis. (1997), *Psychosocial factors in PPD*. Diambil pada 30 Januari 2008 <http://www.midwiferytoday.com/enews0113.asp>.

- Nichols, H.F., & Humenick, S.S. (2000). *Childbirth education: Practice, research and theory*. (2 th ed). Philadelphia London New York: W.B. Saunders Company.
- Notoatmodjo, S (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nazara, Y. (2006). Efektif intervensi psikoedukasi terhadap pencegahan depresi postpartum di kabupaten Nias. Thesis master tidak diterbitkan FIK-UI, Jakarta, Indonesia.
- Ohsu. (1990). *Postpartum depression information and resources*. Diambil pada 30 Januari 2008 dari <http://www.ohsu.edu/son/nmw/ppdoverview.htm>.
- Procelli, D.E. (2005). *The effects of music therapy and relaxation prior to breastfeeding on the anxiety of new mothers and the behaviour state of their infants during feeding*. Diambil pada 30 Januari 2008 dari <http://etd.lib.fsu.edu/theses/available/etd-06202005-18355>.
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. (4 th ed). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollock, A.M., Amankwaa, L., & Amankwaa, A. (2005). First time fathers and stressors in the postpartum period. *Journal Perinatal Education*. 4(2), 19-25.
- Praptohardjo, U. (2007). *Angka kematian ibu tinggi belum ditangani serius*. Diambil pada 14 Januari 2008 dari http://pikas.bkkbn.go.id/article_detail.php?aid=939.
- Paw. (2006). *Musik terapi*. Diambil pada 6 November 2007 dari http://my.opera.com/paw_rs2/blog/index.dml/tag/music%20Terapi.
- Pagano, M., & Gauvreau, K. (1992). *Principles of biostatistics*. California: An Imprint of Wadsworth Publishing Company.
- Page, L.A., Percival, P., Kitzinger, S. (2000). *The new midwifery science and sensitivity in practice*. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Roshch, P., & Koeditz, H. (2007). *Part I. Music and brain medical perspective*. Diambil pada 16 Februari 2008 dari http://www.digipharm.com/01/07_articles_09_Music-and_brain/010701_mb_medical_perspective.php.
- Ridwan. (2002). *Skala pengukuran variable-variabel penelitian*. Bandung: Alfabeta Bandung.
- Sabri, L., & Hastanto, S.P. (1999). *Modul (MA 2600) biostatistik: Statistik kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Indonesia Universitas Indonesia.

- Setyowaty, & Riska, U. (2006). *Studi faktor kejadian postpartum blues pada ibu pasca salin: penelitian deskriptif di ruang bersalin I RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Diambil pada tanggal 3 februari 2008 dari <http://adln.lib.Unair.Ac/go/php?id=jiptunair-gdl-s1-006-setyowatiu3147&node=468&start=31&PHPSESSID>.
- Schwartz, J. (199). *Music perinatal stress reduction*. Diambil pada 30 Januari 2008 dari <http://www.drmusic.com/mindspring.edu>.
- Scott, N. (2008). Perinatal depression: Current concepts. Diambil pada 11 April 2008 dari http://www.hfs.illinois.gov/mch/scott/scottpresentation_files/frame.htm.
- Tori, R. (2007). Pengaruh terapi musik terhadap status hemodinamik pada pasien koma di ruang ICU RS dr Abdul Moeloek Propinsi Lampung. Thesis master tidak diterbitkan FIK-UI, Jakarta, Indonesia.
- Wong, D.L., Perry, E.S., & Hockenberry, M. (2002). *Maternal child nursing care*. (2 th ed). Philadelphia USA: Mosby.
- Wisner, K.L., Parry, B.L., & Piontek, C.M. (2002). Postpartum scale EPDS. *N Engl J Med*,347(3), 194-199.
- Wilfrid, & Laurier. (2006). *Stress Management, music therapy in childbirth and neonatal care*. Diambil pada 14 Januari 2007 dari <http://www.mtabc.com/examples/childbirth.htm> minted with permission fromCAMT.wilfridLaurier University.
- White, C. (2006). *Network postpartum support international: How you can build your own social support network*. Diambil pada 2 april 2007 dari <http://www.postpartum.net/donate.html>.

LEMBAR PERSETUJUAN

Perihal : Permohonan Menjadi Responden dan Pengisian Kuesioner

Lampiran : Satu berkas

Judul Tesis : Efektifitas terapi musik terhadap pencegahan *postpartum blues* pada ibu primipara di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat

Kepada yth : Ibu-ibu postpartum primipara di ruang perawatan kebidanan RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat.

Dengan Hormat,

Saya yang bernama : Suryani Manurung

NPM : 0606027386

Mahasiswa : Program Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Maternitas
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam rangka menyelesaikan Studi Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Maternitas Universitas Indonesia, penelitian ini merupakan satu syarat yang harus diselesaikan oleh mahasiswa, maka saya memohon kesediaan ibu untuk menjadi responden dan mengisi kuesioner dengan jujur apa adanya. Seluruh jawaban yang ibu berikan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

Partisipasi ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga ibu bebas untuk mengundurkan diri setiap saat tanpa ada sanksi. Atas kesediaan ibu, saya mohon ibu menandatangani lembar persetujuan ini.

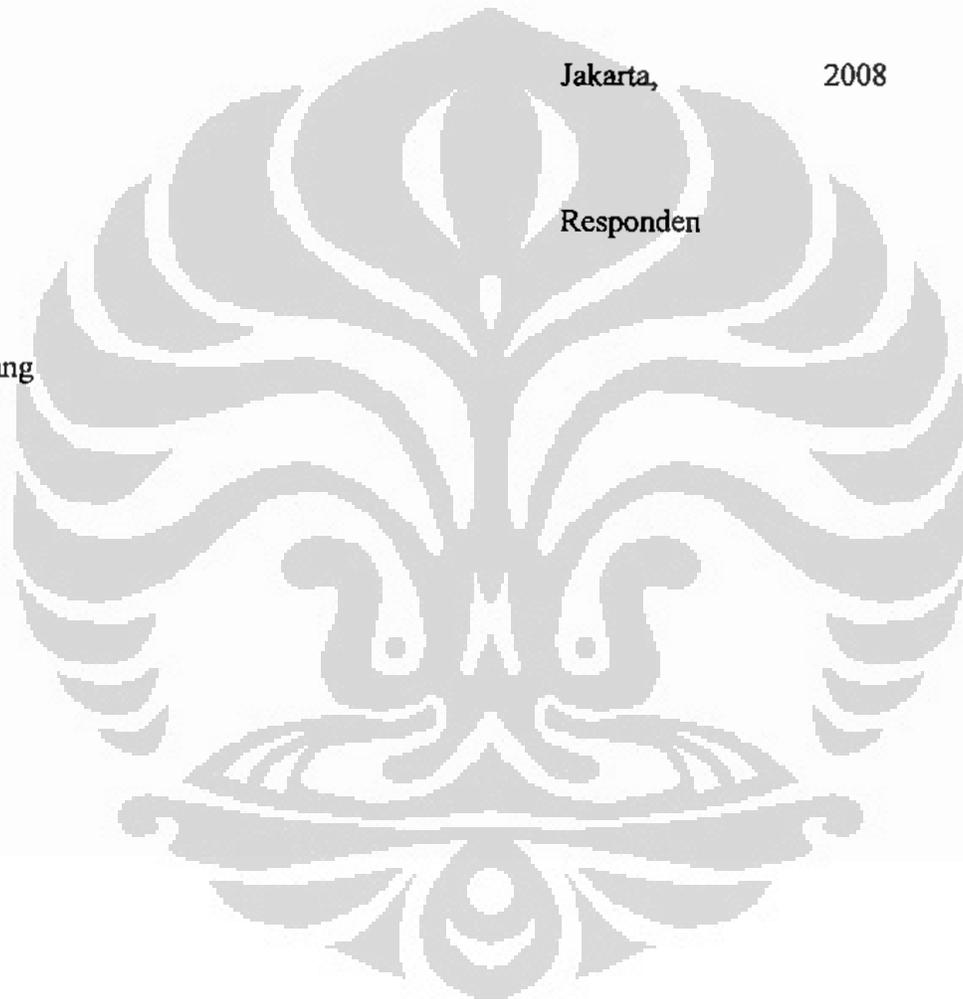
Saya mengucapkan terima kasih atas partisipasi dan perhatian yang ibu berikan.

Jakarta, 2008

Peneliti

Responden

Suryani Manurung



KUESIONER PENELITIAN

(diisi oleh peneliti)

Kuesioner penelitian ini terdiri dari 2 (dua) bagian:

Bagian A : Mengenai karakteristik responden

Bagian B : Mengenai pengukuran postpartum *blues*

Petunjuk Pengisian :

- a. Bacalah pernyataan dengan baik sebelum menjawab
- b. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan cara menuliskan jawaban yang sesuai dengan kondisi saudara.

1. Bagian A: Karakteristik responden:

1. Umur :
2. Pendidikan :
3. Pekerjaan :
4. Suku :
5. Sudah berapa jam ibu telah melahirkan :
 kurang atau 24 Jam lebih dari 24 jam

6. Kondisi anak ibu saat lahir dan saat ini:

Berat bayi: kg

Apgar Score:.....

Usia kehamilan ibu saat melahirkan.....

Cacat bawaan

Ya Tidak

Sakit kuning

Ya Tidak

Demam

Ya Tidak

7. Pernahkah ibu mengalami masalah atau penyakit sebelum maupun setelah: hamil,
melahirkan:

Mual muntah yang berlebihan	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Tekanan darah tinggi	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Kejang	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Perdarahan dari kemaluan	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Penyakit Jantung	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Infeksi daerah kemaluan	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Penyakit tiroid	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Penyakit gula	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Kurang darah	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Stress	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Persalinan yang lama	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Kehamilan yang tidak diinginkan	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>
Kehamilan diluar nikah	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>

8. Selama ibu dirawat di rumah sakit adakah yang membantu ibu merawat bayi sejak
lahir ?

Menggantikan popok bayi saat kencing	Ya	<input type="checkbox"/>	tidak	<input type="checkbox"/>
Membersihkan kotoran bayi saat BAB	Ya	<input type="checkbox"/>	tidak	<input type="checkbox"/>
Memandikan Bayi	Ya	<input type="checkbox"/>	tidak	<input type="checkbox"/>
Menggendong bayi saat menangis	Ya	<input type="checkbox"/>	tidak	<input type="checkbox"/>

2. Bagian B: Pengukuran Postpartum blues

Petunjuk kuesioner

1. Bacalah setiap pernyataan dengan seksama dan jawab sesuai dengan kondisi anda saat ini.
 2. Jumlah pernyataan dalam EPDS ada 10 item.
 3. Ada empat alternatif pilihan jawaban yang akan diisi.
-

1. Saya bisa tertawa pada saat melihat kejadian yang lucu.
 Ya, hampir setiap saat
 Ya, sering.
 Kadang-kadang.
 Tidak pernah sama sekali.
2. Saya dapat memandang kehidupan dimasa depan dengan penuh harapan.
 Ya, hampir setiap saat
 Ya, sering.
 Kadang-kadang.
 Tidak pernah sama sekali.
3. Saya merasa tidak berguna karena sesuatu kesalahan dimasa lalu.*
 Ya, hampir setiap saat.
 Ya, sering.
 Kadang-kadang.
 Tidak pernah sama sekali.

4. Saya tertarik dan tidak cemas terhadap sesuatu, untuk alasan yang tepat.
- Ya, hampir setiap saat
 - Ya, sering.
 - Kadang-kadang.
 - Tidak pernah sama sekali
5. Saya merasa gugup dan takut serta panik karena sesuatu alasan yang tidak baik*
- Ya, hampir setiap saat.
 - Ya, sering.
 - Kadang-kadang.
 - Tidak pernah sama sekali.
6. Saya sering merasa yang paling benar, karena sesuatu hal.*
- Ya, hampir setiap saat.
 - Ya, sering.
 - Kadang-kadang.
 - Tidak pernah sama sekali
7. Saya merasa tidak bahagia, yang membuat saya sulit untuk tidur*
- Ya, hampir setiap saat.
 - Ya, sering.
 - Kadang-kadang.
 - Tidak pernah sama sekali.
8. Saya merasa sedih *
- Ya, hampir setiap saat.
 - Ya, sering.
 - Kadang-kadang.
 - Tidak pernah sama sekali.

9. Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga membuat saya menangis*

- Ya, hampir setiap saat.
- Ya, sering.
- Kadang-kadang.
- Tidak pernah sama sekali.

10. Saya merasakan suatu kegagalan atau kerugian.*

- Ya, hampir setiap saat.
- Ya, sering.
- Kadang-kadang.
- Tidak pernah sama sekali.



PROTOKOL PENELITIAN

A. Tujuan Terapi Musik

1. Mengendalikan dan memperbaiki sistem tubuh seperti jantung, pernafasan, muskuloskeletal, syaraf.
2. Memperbaiki kondisi psikologis.

B. Manfaat Terapi Musik

1. Menurunkan tekanan darah pada kondisi hipertensi dalam kasus maternitas maupun medikal bedah.
2. Memperbaiki sirkulasi darah.
3. Merubah persepsi nyeri pada kondisi melahirkan atau postoperasi maupun penyakit kronis seperti kanker.
4. Menurunkan tingkat kecemasan.
5. Meningkatkan *sucking rates* pada bayi prematur.
6. Meningkatkan berat badan bayi baru lahir.
7. Menurunkan perilaku menangis pada bayi.
8. Sebagai alat untuk mendidik, berbicara dan bahasa.
9. Merubah perilaku remaja kearah yang positif yakni merubah kepribadian diri dan meningkatkan kreatifitas.
10. Membina hubungan dengan orang lain.

C. Waktu dan Lamanya Pemberian Terapi Musik

1. Terapi musik dilakukan setiap hari, selama 3 hari
2. Lamanya mendengarkan terapi musik 15-20 menit sekali terapi
3. Waktu pemberian terapi musik dua sesi yakni jam 8.00 pagi setelah sarapan dan jam 14.00 setelah makan siang.

4. Jenis lagu yang diperdengarkan adalah musik klasik tipe Mozart: Eine Kleine Nahtmusik dengan iringan musik instrumentalia.

D. Sasaran Terapi Musik Pada Penelitian

1. Ibu-ibu postpartum primipara.

E. Tehnik Pemberian Terapi Musik

1. Persiapan alat dan lingkungan.

- a. Persiapan alat

- 1). Siapkan tape, headphone dan kaset musik yang telah dipilih.
- 2). Atur frekuensi musik sebelum diperdengarkan kepada klien (frekuensi 20-40 cps hertz yakni volume suara seperti berbisik).

- b. Persiapan lingkungan

- 1) Buat lingkungan bebas dari kebisingan (pintu dan jendela ditutup).
- 2) Atur pencahayaan di ruangan (10-100 luminensi: cahaya yang nyaman untuk membaca, adekuat untuk pekerjaan visual yang halus) (Ganong, 1998).
- 3) Atur suhu lingkungan 25°-28°C.

- c. Persiapan klien

- 1) Beritahu tujuan dan manfaat terapi musik.
- 2) Atur posisi klien dengan posisi tidur telentang dengan posisi kepala sedikit ditinggikan 15-30°.
- 3) Anjurkan klien saat mulai mendengarkan terapi musik, mengatur pernafasan dan meresapi musiknya seolah-olah musik tersebut mengalir keseluruh tubuhnya dan difokuskan kejiwanya.

2. Prosedur pelaksanaan

- a. Posisi klien tidur telentang dengan kepala sedikit ditinggikan 15-30°.
- b. Letakkan *headpone* keteliga klien.

- c. Bunyikan tape selama 15 – 20 menit.
- d. Observasi reaksi klien selama mendengarkan musik terhadap perilaku (gelisah atau tenang). Kalau klien gelisah kaji penyebabnya, segera intervensi.
- e. Beritahu klien, waktu mendengarkan musik telah habis.
- f. Anjurkan klien tidak segera bangun setelah selesai mendengarkan musik dalam waktu 2-3 menit setelah itu lalu bangun perlahan dan duduk.

Jakarta, 2008

Suryani Manurung

