



UNIVERSITAS INDONESIA

**EFEKTIVITAS INTERVENSI EDUKASI PADA DEPRESI
POSTPARTUM**

TESIS

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas

Oleh:
ESTHER T. HUTAGAOL
NPM 080 6446 246

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
DEPOK
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**EFEKTIVITAS INTERVENSI EDUKASI PADA DEPRESI
POSTPARTUM**

TESIS

Oleh:
ESTHER T. HUTAGAOL
NPM 080 6446 246

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
DEPOK
JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Esther Tiarma Hutagaol

NPM : 0806446246

Tanda Tangan :

Tanggal : 16 Juli 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Esther Tiarna Hutagaol

NPM : 0806446246

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Maternitas

Judul Tesis : Efektivitas Intervensi Edukasi Pada Depresi Postpartum

Tesis berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Maternitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia .

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Yati Afiyanti, SKp., M.N.

()

Pembimbing : Kuntarti, SKp, M. Biomed.

()

Penguji : Imami Nur Rachmawati SKp, M.Sc.

()

Penguji : Yulianingsih, SKM, Mkep, Sp. Mat.

()

Ditandatangani di : Depok

Tanggal : Juli, 2010

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan kasih-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Efektivitas Intervensi Pendidikan Kesehatan pada Depresi Postpartum”. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam menyelesaikan tesis ini, penulis mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Yati Afiyanti, S.Kp., MN, selaku pembimbing I yang telah membimbing penulis dengan sabar dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
2. Kuntarti, SKp, M. Biomed, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan arahan yang sangat bermakna selama penyusunan tesis ini.
3. Imami, S.Kp., M.Sc, selaku penguji yang telah memberi banyak masukan untuk perbaikan tesis ini.
4. Seluruh ibu responden yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.
5. Dewi Irawaty, S.Kp., M.App.Sc., DN.Sc., RN., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Seluruh staf pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membekali ilmu, sehingga penulis mampu menyusun tesis ini.
8. Ibu Direktur RSUP Prof.Dr. R.D. Kandou Manado, yang telah memberikan ijin dan dana pendidikan kepada penulis selama menempuh pendidikan di program magister keperawatan ini.

9. Ayahanda yang selalu memberi motivasi untuk terus berjuang dalam menempuh studi, ibunda yang senantiasa penuh kasih terhadap anak-anaknya, dan adik-adikku semua yang selalu memberikan dukungan dan doa.
10. Suamiku terkasih yang penuh pengertian, kehadiranmu menghidupkan semangat pantang menyerah bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
11. Teman-temanku seperjuangan angkatan 2008 Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan dukungan dalam penyelesaian tesis ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah berkontribusi dalam penyelesaian tesis ini.

Akhirnya penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Tesis ini semoga dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan maternitas. Saran dan kritik yang bersifat membangun penulis harapkan guna perbaikan.

Depok, Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Esther Tiarma Hutagaol
NPM : 0806446246
Program Studi : Pascasarjana
Departemen : Keperawatan Maternitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Efektivitas Intervensi Edukasi Pada Depresi Postpartum

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 5 Juli 2010

Yang menyatakan

(Esther Tiarma Hutagaol)

ABSTRAK

Nama : Esther Tiarma Hutagaol
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Maternitas
Judul : Efektivitas Intervensi Edukasi Pada Depresi Postpartum

Depresi postpartum merupakan salah satu gangguan adaptasi psikologis pada ibu postpartum yang dapat menyebabkan ibu tidak mampu merawat diri dan bayinya. Penelitian *quasy experimental* dengan pendekatan *pre-post test with control group* ini ditujukan untuk menilai efektifitas intervensi edukasi dalam mengatasi depresi postpartum. Hasil penelitian menunjukkan penurunan proporsi depresi secara bermakna pada kelompok intervensi ($p=0,000$), namun tidak berbeda bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p=1,000$). Intervensi pendidikan kesehatan direkomendasikan untuk dikembangkan sebagai bagian dari *discharge planning* untuk meningkatkan kesehatan psikologis ibu postpartum.

Kata kunci : depresi postpartum, intervensi pendidikan kesehatan

ABSTRACT

Name : Esther Tiarma Hutagaol
Study Program : Master program in maternity nursing science
Title : Effectiveness of education intervention to postpartum depression

Postpartum depression is one of the psychological adaptation disorder to postpartum mother that cause she doesn't have ability to take care her self and her baby. This quasi-experimental research using pre-post test with control group aims to assess the effectivity of education intervention in overcoming postpartum depression. The results of research showed that significant decrease of postpartum depression in treated group ($p=0,000$), but doesn't differ a significant compared to control group ($p=1,000$). The education intervention of Health is recommended to be developed as part of discharge planning to increase psychological health of postpartum mother.

Keyword : postpartum depression, intervention of health education

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK/ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR DIAGRAM.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Postpartum.....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Periode Postpartum.....	8
2.1.3 Adaptasi Fisiologi Postpartum.....	8
2.1.4 Adaptasi Psikologis Orangtua.....	10
2.1.4.1 Adaptasi Parental.....	11
2.1.4.2 Adaptasi Psikologis pada Maternal.....	11
2.2 Depresi pada Perinatal.....	12
2.2.1 Batasan Depresi.....	12
2.2.2 Pembagian Jenis Gangguan Depresi pada Postpartum.....	14
2.2.2.1 <i>Postpartum Blues</i>	14
2.2.2.2 <i>Postpartum Depression</i>	14
2.2.2.3 <i>Postpartum Psychosis</i>	15
2.2.3 Tanda dan Gejala.....	15
2.2.4 Faktor Risiko dan Penyebab.....	18
2.2.5 Dampak.....	19
2.2.6 Skrining Depresi.....	21
2.2.7 Peran Perawat dan Intervensi Keperawatan.....	23
2.3 Pendidikan Kesehatan.....	25

2.4 Kerangka Teori Penelitian.....	32
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS & DEFINISI OPERASIONAL...	33
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	33
3.2 Hipotesis Penelitian.....	34
3.3 Definisi Operasional.....	35
4. METODOLOGI PENELITIAN.....	37
4.1 Desain Penelitian.....	37
4.2 Populasi dan sampel.....	38
4.2.1 Populasi.....	38
4.2.2 Sampel.....	38
4.3 Teknik Sampling.....	40
4.4 Tempat dan Waktu Penelitian.....	40
4.5 Etika Penelitian.....	41
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	42
4.7 Pelaksanaan Penelitian dan Pengumpulan Data.....	43
4.8 Analisis Data.....	47
5. HASIL PENELITIAN.....	50
5.1 Karakteristik Responden.....	51
5.2 Analisis Bivariat.....	52
5.2.1 Uji Kesetaraan.....	52
5.2.2 Hubungan karakteristik ibu dengan kejadian depresi Postpartum pada Kelompok Intervensi Sebelum Intervensi.....	54
5.2.3 Hubungan karakteristik ibu postpartum dengan Kejadian Depresi Postpartum pada Kelompok Intervensi Setelah Intervensi pendidikan kesehatan.....	55
5.2.4 Analisis Hubungan Karakteristik Ibu postpartum dengan Kejadian Depresi Postpartum pada Kelompok Kontrol Sebelum Intervensi.....	56
5.2.5 Analisis Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kejadian Depresi Postpartum pada Kelompok Kontrol (Posttest EPDS).....	57
5.3 Perbedaan Kejadian Depresi Berdasarkan Intervensi Edukasi.....	59
6. PEMBAHASAN.....	61
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian.....	61
6.1.1 Karakteristik Responden.....	61
6.1.1.1 Usia.....	64
6.1.1.2 Paritas.....	64
6.1.1.3 Pendidikan.....	65
6.1.1.4 Pekerjaan.....	66
6.1.1.5 Dukungan Sosial.....	67
6.1.2 Perbedaan Kejadian Depresi Sebelum dan Sesudah Intervensi.....	68

6.1.3 Perbedaan Proporsi Kejadian Depresi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Setelah Pemberian Intervensi Edukasi.....	73
6.2 Keterbatasan penelitian.....	74
6.2.1 Besar Sampel.....	74
6.2.2 Pelaksanaan Pengumpulan Data.....	75
6.3 Implikasi Keperawatan.....	75
7. KESIMPULAN DAN SARAN.....	77
7.1 Simpulan.....	77
7.2 Saran.....	77

DAFTAR PUSTAKA

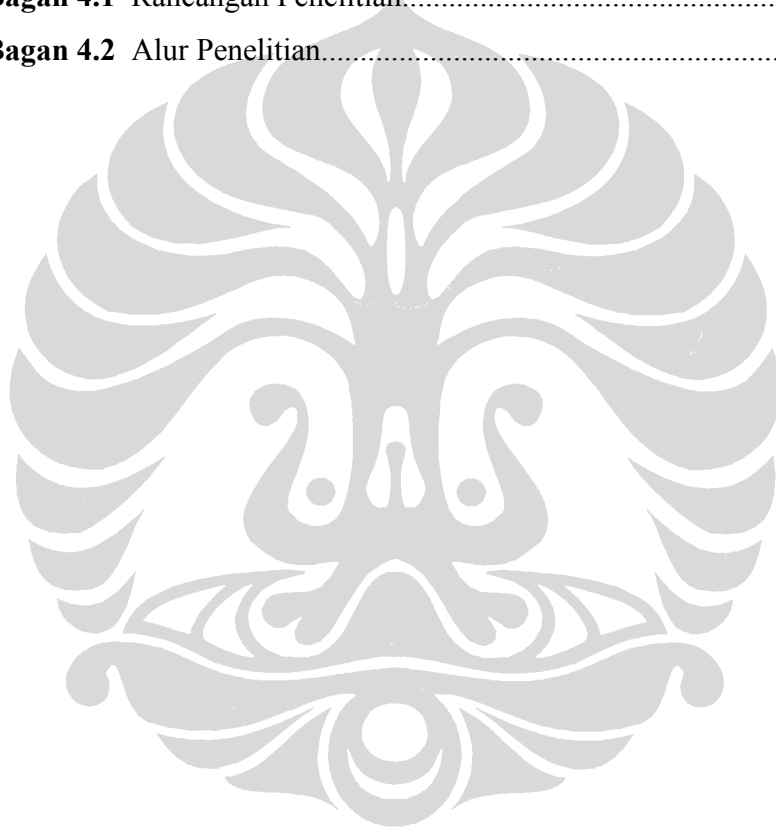


DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Perbandingan Jenis Gangguan Depresi Postpartum berdasarkan Tanda dan gejala, Onset dan Durasi.....	16
Tabel 2.2 Perbandingan Simptom Depresi Postpartum berdasarkan Gejala Fisik, Emosional dan Perilaku.....	17
Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	35
Tabel 4.1 Uji Statistik Penelitian.....	49
Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan karakteristik usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, pengalaman dan dukungan sosial di Jakarta Bulan Mei – Juni 2010.....	51
Tabel 5.2 Hasil uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Jakarta Bulan Mei – Juni 2010.....	53
Tabel 5.3 Hubungan karakteristik ibu dengan kejadian depresi postpartum pada kelompok intervensi sebelum intervensi pendidikan kesehatan.....	54
Tabel 5.4 Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kejadian Depresi Postpartum Pada Kelompok Intervensi Setelah intervensi pendidikan Kesehatan.....	55
Tabel 5.5 Hubungan karakteristik ibu dengan kejadian depresi postpartum pada kelompok kontrol (<i>Pretest</i> EPDS).....	57
Tabel 5.6 Hubungan karakteristik ibu dengan kejadian depresi postpartum pada kelompok kontrol (<i>Postest</i> EPDS).....	58
Tabel 5.7 Perbedaan Kejadian Depresi Sebelum dan Setelah intervensi edukasi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi di Jakarta Tahun 2010.....	59
Tabel 5.8 Perbedaan kejadian depresi setelah intervensi edukasi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi di Jakarta Tahun 2010.....	60

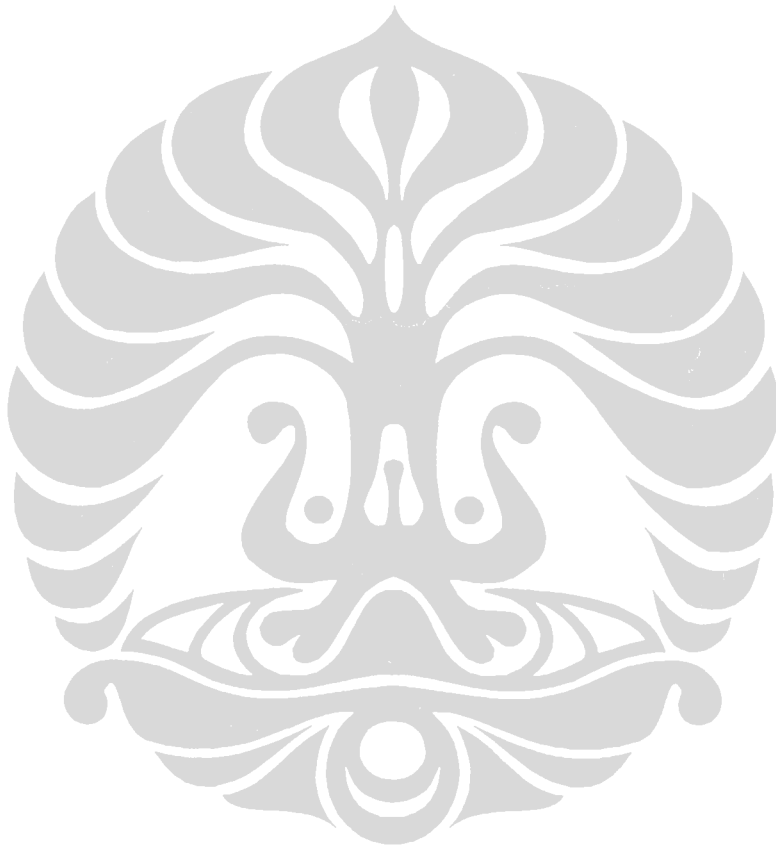
DAFTAR BAGAN

	Hal
Bagan 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	32
Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	34
Bagan 4.1 Rancangan Penelitian.....	37
Bagan 4.2 Alur Penelitian.....	47



DAFTAR DIAGRAM

	Hal
Diagram 5.1 Gambaran perolehan responden berdasarkan tempat di Jakarta Bulan Mei – Juni 2010.....	50



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat permohonan menjadi responden
- Lampiran 2 Lembar pernyataan bersedia mMenjadi responden
- Lampiran 3 Protokol intervensi edukasi
- Lampiran 4 Booklet Paket Bahagia Ibu Bayi
- Lampiran 5 Kuesioner karakteristik sosiodemografi ibu postpartum
- Lampiran 6 Kuesioner terjemahan *Edinburgh Postpartum Depression Scale*
- Lampiran 7 Keterangan lolos kaji etik
- Lampiran 8 Surat permohonan ijin penelitian kepada Kepala Dinas Kesehatan
- Lampiran 9 Surat permohonan ijin penelitian kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi DKI Jakarta
- Lampiran 10 Surat keterangan rekomendasi penelitian dari Gubernur DKI Jakarta
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Masa postpartum merupakan masa ketika terjadi berbagai perubahan pada wanita pascasalin, baik perubahan fisiologis, psikologis, maupun sosiokultural dan spiritual. Perubahan fisik dan emosional yang kompleks memerlukan adaptasi untuk menyesuaikan diri dengan pola hidup setelah proses persalinan dan peran baru wanita menjadi ibu. Hal ini juga merupakan pencetus berbagai reaksi psikologis, mulai dari reaksi emosional ringan hingga ke tingkat gangguan jiwa yang berat. Menurut Townsend (2005), gangguan jiwa merupakan respon maladaptif terhadap stressor dari dalam atau luar lingkungan, yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang tidak sejalan dengan budaya/ kebiasaan/ norma setempat dan mempengaruhi interaksi sosial individu, kegiatan dan atau fungsi tubuh.

Prevalensi gangguan depresi pada populasi dunia adalah 3-8 % dengan 50% kasus terjadi pada usia produktif yaitu 20-50 tahun. *World Health Organization* (2008) menyatakan bahwa gangguan depresi berada pada urutan keempat penyakit di dunia. Gangguan depresi mengenai sekitar 20% wanita dan 12% laki-laki pada suatu waktu dalam kehidupan. Perempuan mempunyai kecenderungan dua kali lebih besar mengalami gangguan depresi daripada laki-laki.

Tunis & Golbus (1991, dalam Jayalangkara, 2005) mengemukakan bahwa kehamilan di samping memberi kebahagiaan yang luar biasa, juga sangat menekan jiwa sebagian wanita. Peran menjadi seorang ibu pada sebagian wanita saat melahirkan bayinya membuat ia merasa telah berfungsi utuh dalam menjalankan kehidupannya dan menambah rasa percaya diri di samping menjalani beberapa peran lainnya baik di dalam keluarga maupun di lingkungan sosial. Perasaan menjadi seorang ibu pada umumnya akan membuatnya merasa takjub melihat bayinya, tidak pernah merasakan lelah

dan bersemangat merawat bayinya. Namun sebagian perempuan justru merasakan sebaliknya yaitu merasa sedih, marah, kesal, lelah, tidak berarti, dan putus asa dalam menjalani hari setelah melahirkan. Perasaan tersebut akan diikuti oleh rasa enggan mengurus bayi, bahkan ingin membunuh bayinya. Adanya berbagai potensi stres dalam rentang waktu kehamilan hingga proses melahirkan memungkinkan munculnya masalah psikologis. Kondisi seperti ini dikenal dengan depresi postpartum (PPD) (Elvira dalam Lubis, 2009; Simpson, Rholes, Campbell, Tran & Wilson 2003).

Gangguan depresi yang terjadi pada masa postpartum merupakan salah satu komplikasi psikososial pada persalinan. Gangguan ini terjadi pada minggu ke-2 sampai minggu ke-6 setelah melahirkan (Gilbert & Harmon, 2003). Pada kebanyakan penelitian epidemiologi didapatkan angka kejadian depresi postpartum adalah 10–13% (Epperson, 2007). Sedangkan menurut Hayes and others (2001 dalam Gilbert and Harmon, 2003) prevalensi depresi postpartum 10-15 %. Beberapa penelitian yang telah dilakukan di Indonesia antara tahun 1998-2001 di Jakarta, Yogyakarta dan Surabaya menunjukkan angka kejadian postpartum depresi (PPD) adalah 11-30 % (Elvira, 2006 dalam Lubis 2009). Hasil penelitian *pilot study* yang dilakukan oleh Elvira dkk di Jakarta terdapat 48,40% ibu mengalami berdasarkan penilaian EPDS (Elvira, Ismail, Kusumadewi & Wibisono, 1998).

Hasil penelitian pada 580 wanita postpartum yang dilakukan di Rumah Sakit Persahabatan Jakarta pada tanggal 1 November 1999 sampai dengan 15 Agustus 2001, didapatkan kejadian depresi postpartum (PPD) yang terjadi dua minggu setelah melahirkan 16%, empat minggu setelah melahirkan 1.9%, dan enam minggu setelah melahirkan 0,42%. Proporsi didahului *blues* 37%, depresi prenatal (DP) 28%, DP dan *blues* 59% (Ismail, 2002). Insiden gangguan jiwa pada kehamilan lebih rendah dibanding postpartum dan di luar kehamilan, yaitu postpartum 10-15% dan diluar kehamilan 2-7%. Akan tetapi Ohara melaporkan bahwa 10% wanita hamil berisiko mengalami depresi (Jayalangkara, 2005).

Baby Blues Syndrome (BBS) adalah depresi ringan yang dialami ibu setelah melahirkan. BBS dipengaruhi oleh ketidaksiapan ibu untuk melahirkan, termasuk kesulitan menyusui, ketidakmampuan memandikan bayi, dan kekurangan pengetahuan tentang cara-cara menangani bayi (Lubis, 2009). BBS biasanya dialami oleh ibu selama 3 – 4 hari setelah melahirkan, namun menghilang setelah beberapa minggu (Lubis, 2009, *National Mental Health Association*, 2009). BBS disebut juga *maternity blues* atau *postpartum blues* (PPB). Gejalanya berupa gangguan emosi seperti sering menangis, murung, panik, mudah marah dan disertai gejala depresi seperti *mood swings*, gangguan tidur dan selera makan, serta gangguan konsentrasi yang terjadi akibat perubahan hormonal (Atmadibrata, 2005; *National Mental Health Association*, 2009). Gejala PPB yang berlangsung lebih dari dua minggu dan menetap pada ibu post partum dapat berkembang ke arah PPD.

Hasil penelitian Ismail dari bagian psikiatri UI melaporkan bahwa 25% dari 580 pasiennya (ibu melahirkan) mengalami PPB. Ia juga menyatakan gejala PPB dialami oleh sekitar 50-75% ibu yang melahirkan pertama kali, atau dua pertiga dari jumlah ibu melahirkan di seluruh dunia (Atmadibrata, 2005). Bahkan *The National Mental Health Association* (2009) menyatakan bahwa sekitar 80% ibu yang melahirkan bayi untuk pertama kalinya mengalami gejala tersebut.

PPD merupakan gangguan yang lebih serius daripada PPB, jika setelah masa 2 minggu PPB tidak hilang maka kemungkinan ibu mengalami dan bisa berlangsung selama dua tahun (Atmadibrata, 2005). Atmosfer kesedihan penderita lebih intens daripada PPB, dan gejala yang muncul dapat menimbulkan efek yang merugikan bagi ibu, bayi dan anggota keluarganya.

Dampak pada ibu antara lain ibu mengalami gangguan aktivitas, gangguan berhubungan dengan orang lain (keluarga dan teman) dan ibu mungkin tidak dapat merawat dirinya sendiri dan bayinya. Dampak pada bayi yaitu bayi cenderung sering menangis, mengalami masalah tidur dan gangguan makan. Dampak pada anak yaitu anak mengalami gangguan perkembangan emosi

dan sulit berpartisipasi dalam aktivitas sosial. Gejala dapat berdampak pada ibu berupa keinginan bunuh diri atau bahkan ingin membunuh bayinya (Elvira, 2006 dalam Lubis 2009). juga menimbulkan dampak buruk bagi seluruh anggota keluarga karena ibu cenderung menarik diri dan menolak merawat bayi, sehingga bayi mengalami kekurangan kasih sayang (Atmadibrata, 2005).

Kondisi dapat menimbulkan masalah dalam hubungan ibu dan bayi, gangguan psikopatologis pada bayi dan keterlambatan perkembangan bayi (Clark, Tluczek & Wenzel, 2003; *National Mental Health Association*, 2009). Ibu cenderung diliputi perasaan sedih sehingga kurang peka untuk memberikan afek positif pada bayinya. Akibatnya, bayi juga tidak belajar mengembangkan afek positif dan menimbulkan rasa kurang aman pada diri bayi dalam proses perkembangan mereka kelak. Bayi cenderung mengalami gangguan orientasi, afek depresi, gangguan tidur (*irregular sleep*), dan beberapa jenis gangguan fisik lain di samping hambatan perkembangan verbal, gangguan perilaku dan keterlambatan perkembangan skolastik (Clark, Tluczek & Wenzel, 2003).

Ibu yang mengalami biasanya memiliki persepsi negatif terhadap diri mereka sendiri. Mereka merasa tidak dicintai sehingga mereka merasa cemas tidak memperoleh dukungan dari lingkungannya dalam membesarkan dan mengasuh bayi mereka (Simpson, Rholes, Campbell, Tran & Wilson 2003). Beberapa kondisi dapat mempengaruhi munculnya PPD, mencakup perubahan pola hidup, masalah kesehatan ibu dan bayi, dan kurangnya rasa percaya diri ibu yang banyak dipengaruhi oleh keterbatasan dukungan dari lingkungan (*National Mental Health Association*, 2009).

Penelitian tentang intervensi pencegahan PPD terhadap ibu selama masa antenatal telah dilakukan baik di luar negeri dan di Indonesia, namun belum banyak yang meneliti intervensi khusus pada ibu postpartum. Hasil penelitian yang dilakukan Hyum Ju Cho (2008) di Korea menunjukkan intervensi *Cognitive behaviour therapy* (CBT) efektif dalam mengurangi gejala depresi

pada wanita hamil dan angka kejadian postpartum depresi lebih rendah dibandingkan wanita yang tidak dilakukan CBT. CBT adalah suatu pendekatan yang dilakukan untuk mengubah pikiran dan perilaku negatif/maladaptif menjadi positif/ adaptif. Hasil penelitian Nazara (2006) di Kabupaten Nias menunjukkan intervensi psikoedukasi efektif secara signifikan mencegah PPD ($p=0,001$).

Hasil pengkajian awal yang telah dilakukan peneliti pada bulan Maret 2010 di Puskesmas Matraman dan Jatinegara Jakarta, didapatkan data jumlah ibu bersalin rata-rata 25 ibu perbulan dan ruang bersalin tersebut tidak menyediakan pelayanan khusus yang menangani masalah psikologis ibu. Selama ini masih banyak tempat pelayanan kesehatan khususnya ruang bersalin hanya berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik ibu dan tidak memberikan pendidikan kesehatan untuk mengurangi masalah psikologis ibu, contohnya PPB atau PPD. Depresi postpartum yang tidak ditangani dapat menimbulkan efek buruk jangka panjang yang dapat merugikan ibu, serta seluruh anggota keluarganya sehingga perlu dilakukan tindakan pencegahan dini kejadian PPD. Oleh sebab itu, ibu dan keluarga perlu memiliki pengetahuan mengenai cara pencegahan dan penanganan PPD sehingga ibu dapat merawat diri dan bayinya secara optimal.

Berdasarkan data di atas, peneliti akan mengevaluasi efektivitas intervensi pendidikan kesehatan pada PPD. Intervensi pendidikan kesehatan pada penelitian ini berisi informasi tentang cara perawatan psikologis ibu postpartum agar terhindar dari depresi, yang dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan studi literatur.

1.2 Perumusan Masalah

Masa postpartum merupakan masa ketika terjadi berbagai perubahan pada wanita melahirkan, baik perubahan fisiologis, psikologis, maupun sosiokultural dan spiritual. Perubahan fisik dan emosional yang kompleks memerlukan adaptasi untuk menyesuaikan diri dan pola hidup setelah proses persalinan yang terjadi dan peran baru wanita menjadi ibu. Adanya berbagai

potensi stres dalam rentang waktu kehamilan hingga proses melahirkan memungkinkan munculnya depresi postpartum pada ibu. Berdasarkan latar belakang di atas ditemukan dampak dapat menyebabkan ibu tidak mampu merawat diri dan merawat bayinya, bahkan dapat mempengaruhi keutuhan keluarga terutama dalam masalah hubungan perkawinan dengan suami dan perkembangan anak menjadi tidak optimal. Sampai saat ini di Indonesia belum banyak ditemukan pendidikan kesehatan yang terstruktur untuk mencegah terjadinya depresi postpartum. Oleh karena itu penelitian ini dilakukan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi pendidikan kesehatan pada depresi postpartum.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum :

Mengetahui efektivitas intervensi pendidikan kesehatan pada depresi postpartum.

1.3.2 Tujuan Khusus :

- a. Mengidentifikasi karakteristik (usia, paritas, tingkat pendidikan, pekerjaan, peristiwa melahirkan, dukungan sosial, dan kejadian depresi) pada ibu postpartum yang mendapat intervensi pendidikan kesehatan dan tidak mendapat intervensi pendidikan kesehatan.
- b. Mengidentifikasi hubungan antara karakteristik ibu postpartum dengan kejadian depresi postpartum.
- c. Mengidentifikasi perbedaan kejadian depresi postpartum pada kelompok kontrol pada minggu pertama dan ketiga postpartum.
- d. Mengidentifikasi perbedaan kejadian depresi postpartum pada kelompok intervensi sebelum dan setelah intervensi pendidikan kesehatan.
- e. Mengidentifikasi perbedaan kejadian depresi postpartum pada kelompok intervensi setelah intervensi pendidikan kesehatan dibandingkan dengan kelompok kontrol.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak, yaitu:

- 1.4.1 Bagi institusi pelayanan keperawatan, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk mengembangkan protokol intervensi keperawatan dalam mencegah dan menurunkan depresi postpartum. Jika hasil penelitian ini efektif, maka intervensi pendidikan kesehatan dapat dijadikan komponen dari *discharge planning* postpartum.
- 1.4.2 Bagi pendidikan keperawatan, hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pembelajaran dalam proses belajar-mengajar terutama area keperawatan maternitas.
- 1.4.3 Bagi peneliti, penelitian ini dapat memberikan pengalaman baru dalam menerapkan pengetahuan yang dimiliki, serta dapat mengetahui hubungan setiap variabel dalam penelitian yang dapat dijadikan bahan penelitian lebih lanjut dalam pengembangan khasanah keilmuan keperawatan.
- 1.4.4 Bagi masyarakat, khususnya ibu postpartum, intervensi pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan ibu untuk mencegah dan mengatasi terjadinya depresi postpartum.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan tentang teori dan konsep yang berkaitan dengan aspek yang akan diteliti sebagai landasan dalam melakukan penelitian. Teori dan konsep yang berkaitan antara lain konsep postpartum, depresi pada perinatal, pendidikan kesehatan, peran perawat maternitas dan kerangka teori penelitian.

2.1 Postpartum

2.1.1 Definisi

Masa postpartum sering disebut juga sebagai masa *puerperium* didefinisikan sebagai masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa postpartum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Pilliteri, 2003). Pemulihan organ tubuh ibu seperti pada kondisi sebelum kehamilan membutuhkan waktu 3 bulan (Sherwen, 2002).

2.1.2 Periode Postpartum

Postpartum dibagi dalam tiga periode (Wong, Perry dan Hockenberry, 2002): (1). Periode *Immediate postpartum*: terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, (2). Periode *Early postpartum*: terjadi setelah 24 jam postpartum sampai akhir minggu pertama sesudah melahirkan, saat risiko komplikasi sering terjadi pada ibu postpartum, (3). Periode *late postpartum*: terjadi mulai minggu kedua sampai minggu keenam sesudah melahirkan, dan terjadi perubahan secara bertahap.

2.1.3 Adaptasi Fisiologi Postpartum

Perubahan fisiologi yang terjadi pada masa postpartum meliputi perubahan adaptasi fisik juga dapat mempengaruhi keadaan psikologis ibu yaitu (Old,

London, Patricia & Ladewig, 2001; Pilliteri, 2003; Wong, Perry dan Hockenberry, 2002) :

a) Payudara

Setelah plasenta lepas dan berkurangnya fungsi korpus luteum, maka estrogen dan progesterone berkurang, prolaktin akan meningkat dalam darah yang merangsang sel-sel acini untuk memproduksi air susu ibu (ASI). Sekresi dan ekskresi kolostrum menetap selama beberapa hari pertama setelah melahirkan. Pada hari kedua atau ketiga ditemukan adanya nyeri seiring dimulainya produksi air susu. Pada hari ketiga dan keempat bisa terjadi pembengkakan payudara (engorgement), keras dan nyeri bila ditekan serta hangat jika diraba.

b) Uterus

Segera setelah plasenta lahir, uterus mengalami kontraksi dan retraksi ototnya akan menjadi keras sehingga dapat menutup/ menjepit pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Tonus uterus meningkat sehingga fundus tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik sering dialami multipara dan bisa menimbulkan nyeri yang bertahan sepanjang awal puerperium yang disebut *afterpains*. Proses menyusui dan pemberian oksitosin tambahan akan merangsang kontraksi uterus sehingga meningkatkan nyeri.

c) Vagina, Vulva, dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Selama awal postpartum jaringan sekitar perineum mengalami edema dan laserasi. Jika ada episiotomy atau laserasi akan menimbulkan rasa takut untuk berkemih dan buang air besar. Pada postpartum hari ke-5, perineum

sudah mulai kembali seperti keadaan semula namun kekuatan tonusnya tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.

d) Sistem Perkemihan

Pada masa kehamilan, pembesaran janin akan menekan kandung kemih dan menyebabkan penurunan sirkulasi dan dapat terjadi edema serta iritasi pada kandung kemih sehingga terjadi kelemahan pada otot kandung kemih. Kelemahan otot kandung kemih dan otot-otot dasar panggul yang lain akan diperberat saat mengalami persalinan pervaginam dan akan mempengaruhi pola berkemih pada ibu postpartum. Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama akibat terdapat spasme spingter dan edema leher kandung kemih sesudah mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan (Wong, Perry dan Hockenberry, 2002).

Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu postpartum seperti adanya pembengkakan payudara, edema dan laserasi perineum, pengeluaran *lochea*, spasme spinkter kandung kemih, perubahan bentuk tubuh dan lain lain yang menyebabkan perasaan tidak nyaman bagi ibu setelah melahirkan dapat menjadi sumber stressor pencetus depresi sehingga ibu perlu beradaptasi terhadap perubahan tersebut.

2.1.4 Adaptasi Psikologis Orangtua

Menjelang persalinan klien mengalami kegembiraan dan kecemasan menanti kelahiran bayi. Perasaan emosi yang tinggi menurun dengan cepat setelah kelahiran bayi, terjadi perubahan psikologis yang cukup kompleks. Kondisi psikologis ibu dipengaruhi oleh respon anggota keluarga terhadap kelahiran bayi, sehingga seluruh keluarga, perlu mempersiapkan diri secara psikologis dalam menerima kehadiran anggota keluarga baru. Berikut ini adalah beberapa adaptasi psikologis:

2.1.4.1 Adaptasi Parental

Proses menjadi orangtua terjadi sejak masa konsepsi. Selama periode *prenatal*, ibu merupakan bagian pertama yang memberikan lingkungan untuk berkembang dan tumbuh sebelum anak lahir. Proses menjadi orangtua tidak mudah dan sering menimbulkan konflik dan krisis komunikasi karena ketergantungan penuh bayi pada orangtua. Untuk menjadi orangtua diperlukan beberapa komponen:

- 1) Kemampuan kognitif dan motorik, merupakan komponen pertama dari respon menjadi orangtua dalam perawatan bayi.
- 2) Kemampuan kognitif dan afektif merupakan komponen psikologis dalam perawatan bayi, saat tumbuh perasaan keibuan, kepatutan, dan pengalaman awal menjadi orangtua (Lowdermilk, Perry & Bobak, 1999).

2.1.4.2 Adaptasi Psikologis pada Maternal

Menurut Rubin (1977 dalam Pillitteri, 2003) ada tiga fase yang terjadi pada ibu postpartum yang disebut "*Rubin Maternal Phases*" yaitu :

- 1). *Taking-in* (fase ketergantungan) dimulai segera setelah persalinan, pada fase ini ibu masih berfokus dengan dirinya sendiri, bersikap pasif dan masih sangat tergantung pada orang lain disekitarnya.
- 2). *Taking-hold* (fase transisi antara ketergantungan dan kemandirian) terjadi antara hari kedua dan ketiga postpartum, ibu mulai menunjukkan perhatian pada bayinya dan berminat untuk belajar memenuhi kebutuhan bayinya. Dalam fase ini tenaga ibu pulih kembali secara bertahap, ibu merasa lebih nyaman, fokus perhatian mulai beralih pada bayi, ibu sangat antusias dalam merawat bayinya, ibu mulai mandiri dalam perawatan diri dan terbuka pada pengajaran perawatan. Saat ini merupakan saat yang tepat untuk memberi informasi tentang perawatan bayi dan diri sendiri. Pada fase ini juga terdapat kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.
- 3). *Letting-go* (fase mandiri). Fase ini berlangsung antara dua sampai empat minggu setelah persalinan ketika ibu mulai menerima peran barunya. Ibu

melepas bayangan persalinan dengan harapan yang tidak terpenuhi serta mampu menerima kenyataan (Rosenthal, 2003; Lowdermilk, Perry & Bobak, 1999). Pada fase ini tidak semua ibu postpartum mampu beradaptasi secara psikologis sehingga muncul gangguan *mood* yang berkepanjangan ditandai dengan adanya perasaan sedih, murung, cemas, panik, mudah marah, kelelahan, disertai gejala depresi seperti gangguan tidur dan selera makan, sulit berkonsentrasi, perasaan tidak berharga, menyalahkan diri dan tidak mempunyai harapan untuk masa depan. Hal ini juga merupakan pencetus berbagai reaksi psikologis, mulai dari reaksi emosional ringan hingga ke tingkat gangguan jiwa yang berat. Menurut Townsend (2005), gangguan jiwa merupakan respon maladaptif terhadap stressor dari dalam atau luar lingkungan, yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang tidak sejalan dengan budaya/ kebiasaan/ norma setempat dan mempengaruhi interaksi sosial individu, kegiatan dan atau fungsi tubuh.

2.2 Depresi pada Perinatal

2.2.1 Batasan Depresi

Depresi adalah suatu perasaan sendu atau sedih yang biasanya disertai dengan diperlambatnya gerak dan fungsi tubuh. Mulai dari perasaan murung sedikit sampai pada keadaan tidak berdaya. Individu tidak melakukan apa pun untuk mengubahnya dan merasa bahwa respon apa pun yang dilakukan tidak akan berpengaruh pada hasil yang muncul (Hadi, 2004).

Depresi postpartum adalah salah satu bentuk depresi yang dialami ibu setelah melahirkan bayi pertama dan berlangsung pada tahun pertama setelah kelahiran bayi. Hal ini disebabkan karena periode tersebut merupakan periode transisi kehidupan baru yang cukup membuat stres, di mana ibu harus beradaptasi dengan perubahan fisik, psikologis dan sosial yang dialaminya karena melahirkan dan mulai merawat bayi. Namun tidak

semua ibu mampu melakukan adaptasi dan mengatasi stressor tersebut sehingga timbul keluhan-keluhan antara lain berupa stres, cemas dan depresi.

Kondisi transisi pascasalin bagi ibu dapat menurunkan kepuasan pernikahan dan meningkatkan masalah depresi pada beberapa bulan masa kelahiran bayi hingga satu tahun (Simpson, Rholes, Campbell, Tran & Wilson 2003; *The Cleveland Clinic*, 2009). Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV*, terdapat 3 bentuk depresi yang berkaitan dengan stres pascasalin, yaitu :

- 1). *Postpartum blues* yang merupakan gangguan mood yang bersifat sementara.
- 2). Depresi postpartum tanpa gambaran *psychosis* lebih berat dari *postpartum blues*.
- 3). Depresi postpartum dengan gambaran psikosis, yaitu ibu mengalami depresi berat berupa gangguan proses pikir yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayinya sehingga memerlukan bantuan psikiater (Olds, London, Ladewig, 2000).

Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Rosenthal (2000), ada 3 golongan gangguan psikis pascasalin yaitu *postpartum blues* atau sering disebut juga sebagai *maternity blues* yaitu kesedihan pascasalin yang bersifat sementara. *Postpartum depression* yaitu depresi pasca persalinan yang berlangsung sampai berminggu-minggu atau bulan dan kadang mereka tidak menyadari bahwa yang sedang dialaminya merupakan penyakit. *Postpartum psychosis*, dalam kondisi ini terjadi tekanan jiwa yang sangat berat karena bisa menetap dan bisa kambuh gangguan kejiwaannya setiap pascasalin.

2.2.2 Pembagian Jenis Gangguan Depresi pada Postpartum

2.2.2.1 *Postpartum Blues* (PPB)

PPB adalah gangguan suasana hati seorang ibu yang baru melahirkan dan bersifat sementara, berlangsung 1-10 hari atau berlangsung selama 2 minggu atau kurang dan apabila menetap dapat berlanjut menjadi postpartum depresi (Spinelli, 2004). PPB sudah dikenal sejak lama, Savage pada tahun 1875 telah menulis referensi di literature kedokteran mengenai suatu keadaan disforia ringan pascasalin yang disebut sebagai '*milk fever*' karena gejala disforia tersebut muncul bersamaan dengan laktasi (Iskandar, 2007).

Dewasa ini, PPB atau sering juga disebut *maternity blues* atau *baby blues* dimengerti sebagai suatu sindroma gangguan afek ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan, dan ditandai dengan gejala-gejala seperti : reaksi depresi/ sedih/ disforia, menangis, mudah tersinggung (iritabilitas), cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, perasaan lelah, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan (Lubis, 2009; Atmadibrata, 2005; *National Mental Health Association*, 2009; Kaplan & Sadock, 1998). Gejala PPB biasanya akan berangsur hilang setelah beberapa hari dan masih merupakan kondisi adaptasi psikologis yang normal pada ibu pascasalin.

PPB merupakan sindrom gangguan *mood* ringan yang sering tidak dipedulikan oleh ibu postpartum, keluarganya atau petugas kesehatan. Akhirnya PPB mungkin berkembang menjadi depresi bahkan psikosis, yang dapat berdampak buruk yaitu ibu mengalami masalah hubungan perkawinan dengan suami dan perkembangan anaknya (Kaplan & Sadock, 1998; Olds, London & Ladewig, 2000).

2.2.2.2 *Postpartum Depression* (PPD)

PPD adalah gangguan depresi mayor pada periode postpartum, terjadi pada minggu ke-2 sampai minggu ke-6 setelah melahirkan (Gilbert and Harmon, 2003; Simpson, Rholes, Campbell, Tran & Wilson 2003; Depkes RI, 2007).

PPD tanpa gambaran psikosis lebih berat daripada PPB dengan gejala kesedihan, mudah menangis tanpa sebab yang jelas, mudah tersinggung, mudah marah, selalu dalam keadaan cemas, sulit berkonsentrasi, dan sakit kepala yang hebat (Beck, 1998).

PPD merupakan kondisi yang lebih serius daripada PPB yaitu ibu mengalami perasaan sedih dan emosi yang meningkat atau merasa tertekan, menjadi lebih sensitif, merasa bersalah, merasa lelah, cemas dan merasa tidak mampu untuk merawat diri dan merawat bayi. Gejala meliputi rentang gejala depresi ringan hingga berat yang muncul secara mendadak atau bertahap, sejak beberapa hari, atau beberapa bulan bahkan bertahan sampai setahun pascasalin.

2.2.2.3 *Postpartum Psychosis*

Postpartum Psychosis adalah bentuk yang paling berat dari gangguan jiwa pada ibu postpartum. Berbeda dengan postpartum blues atau depresi, psikosis puerperalis lebih jarang terjadi dan angka kejadiannya berkisar 1-2 per 1000 wanita pasca salin (Bick, Mac Arthur, Knowles dan Winter, 2003; Kaplan & Sadock, 1998). Depresi postpartum dengan gambaran psikosis mengalami depresi berat seperti gangguan proses pikir (delusi, halusinasi, dan asosiasi inkoheren) yang dapat mengancam dan membahayakan bayinya sehingga sangat memerlukan pertolongan psikiater (Olds, London & Ladewig, 2000).

2.2.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala bervariasi dari ringan sampai berat dibedakan berdasarkan *simptom* fisik, emosional dan perilaku ataupun *onset*, durasi dan *action* secara ringkas dapat dilihat pada tabel 2.1 dan tabel 2.2.

Tabel 2.1
Perbandingan Jenis Gangguan Depresi Postpartum berdasarkan
Tanda dan gejala, Onset dan Durasi

Frekuensi	PPB	PPD	Psikosis Puerperal
	50 – 80 %	10 – 15 %	1 dari 500
Tanda dan gejala	Sedih, mudah tersinggung, mood labil, kadang-kadang sakit kepala	Letargi, sangat sedih, lebih sensitif, putus asa, hilang harapan, cemas, khawatir yang berlebihan, rasa takut tanpa sebab, gangguan pola tidur	Kasar bicara, waham, bingung, agitasi, takut, insomnia, depresi berat, ingin bunuh diri/ membunuh bayi
Onset	Beberapa hari setelah melahirkan, antara 3-10 hari	Dapat berlangsung pada bulan pertama atau dua bulan setelah melahirkan	Umumnya terjadi pada minggu ke-4 pertama setelah melahirkan
Durasi	Beberapa hari atau kurang	Dapat lebih atau kurang dari 3 bulan	Bervariasi
Action	Kondisi transisi tidak ada tindakan yang sangat diperlukan, tergantung kebutuhan	Jika ada dugaan, perlu konsultasi atau pemeriksaan EPDS, rujuk ke GP, anjurkan ke tenaga ahli	Hubungi GP untuk kunjungan rumah segera, jelaskan pada keluarga agar klien tidak dibiarkan sendiri

Dikutip dari : Bick, Mac Arthur, Knowles dan Winter (2003)

Tabel 2.2
Perbandingan Simptom Depresi Postpartum berdasarkan
Gejala Fisik, Emosional dan Perilaku

Simptom	PPB	PPD	<i>Postpartum Psychosis</i>
Fisik	Kurang tidur Hilang tenaga Hilang nafsu makan atau nafsu makan berlebih Merasa lelah setelah bangun tidur	Cepat lelah Gangguan tidur Selera makan menurun Sakit kepala Sakit dada Jantung berdebar-debar Sesak napas Mual dan muntah	Menolak makan Tidak mampu menghentikan aktivitas Kebingungan akan kelebihan energi
Emosi-onal	Cemas dan khawatir berlebih Bingung Mencemaskan kondisi fisik secara berlebihan Tidak percaya diri Sedih Perasaan diabaikan	Mudah tersinggung Perasaan sedih Hilang harapan Merasa tidak berdaya Mood swings Perasaan tidak adekuat sebagai ibu Hilang minat Pemikiran bunuh diri Ingin menyakiti orang lain (termasuk bayi, diri sendiri, dan suami) Perasaan bersalah	Sangat bingung Hilang ingatan Tidak koheren Halusinasi
Perilaku	Sering menangis Hiperaktif atau senang berlebihan Terlalu sensitif Perasaan mudah tersinggung Tidak peduli terhadap bayi	Panik Kurang mampu merawat diri sendiri Enggan melakukan aktivitas menyenangkan Motivasi menurun Enggan bersosialisasi Tidak peduli pada bayi Terlalu peduli terhadap perkembangan bayi Sulit mengendalikan perasaan Sulit mengambil keputusan	Curiga Tidak rasional Preokupasi terhadap hal-hal kecil

Sumber :

Symptoms of Postpartum Illness from Cleveland Clinic (2009) and *National Mental Health Association* (2010)

2.2.4 Faktor Risiko dan Penyebab

Faktor risiko dalam periode antenatal mencakup pengalaman depresi sebelumnya; tekanan hidup seperti kejadian perceraian, perubahan pekerjaan, atau kematian orang yang dikasihi, kurang dukungan pasangan, sistem suport sosial yang tidak adekuat, pernah keguguran, kematian janin, sebelumnya hamil dengan komplikasi atau kehamilan yang tidak direncanakan, saat ini mengalami komplikasi kehamilan (Cleveland Clinic, 2009; Buckley, 1993; Gilbert & Harmon, 2003). Depresi pada ibu hamil cenderung meningkat pada saat ibu melahirkan. Proses terjadinya depresi dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor biologis (hormonal dan fisik), psikologis (emosional) dan sosial.

Banyak faktor diduga berperan pada kejadian PPB dan PPD (Nurchasanah, 2009; Iskandar, 2007; Rosenberg, Greening & Windell, 2003; Rosenthal, 2003) antara lain : 1) faktor hormonal, berupa penurunan kadar estrogen, progesteron dan peningkatan kortisol, laktogen dan prolaktin. Wanita-wanita yang lebih sensitif terhadap ketidakseimbangan hormon ini akan mengalami PPD. 2) faktor demografi yaitu umur dan paritas. 3) pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan. 4) latar belakang psikososial wanita yang bersangkutan, seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat gangguan jiwa sebelumnya, sosial ekonomi serta keadepkuatan dukungan lingkungan sosialnya (suami, keluarga dan teman).

Karakteristik ibu postpartum sebagai faktor perancu yang digunakan dalam penelitian ini adalah :1. usia, pada ibu usia terlalu muda atau terlalu tua cenderung mengalami depresi karena akan mengalami persalinan risiko tinggi, 2. paritas, ibu multipara sudah pengalaman dalam melahirkan dan merawat bayi dibandingkan primipara, sehingga ibu primipara cenderung mengalami depresi, 3. tingkat pendidikan, ibu dengan pendidikan tinggi lebih realistis dalam memecahkan masalah dibandingkan ibu dengan tingkat pendidikan rendah sehingga ibu berpendidikan rendah cenderung

mengalami depresi, 4. Pekerjaan, ibu yang tidak bekerja cenderung mengalami depresi dibandingkan ibu yang bekerja dan memiliki penghasilan tetap.

Perubahan secara emosional dan secara fisik setelah melahirkan, seperti: kesakitan fisik, kekhawatiran terhadap perubahan bentuk tubuh yang membuat tubuhnya mungkin tidak seindah ketika sebelum hamil, rasa tidak menarik secara fisik dan seksual dimata pasangan, penyesuaian gaya hidup terutama sekali pada ibu-ibu pertama kali melahirkan dapat menyebabkan PPD (Nurchasanah, 2009; Gilbert & Harmon, 2003; Buckley, 1993).

Hal lain yang dapat memicu terjadinya adalah nyeri setelah persalinan, termasuk kelelahan, kurang tidur, asupan nutrisi yang menurun, kecemasan dan rasa takut akan kemampuan mengurus bayi, konflik marital, gangguan peran sebagai orang-tua (ibu), dan masalah perilaku bayi; dukungan keluarga terutama suami dan anggota keluarga dekat lainnya, komplikasi kehamilan dan persalinan, keadaan lingkungan, gangguan jiwa sebelum hamil dan latar belakang budaya (Rosenthal, 2003; Wolman, 1993 dalam Alfiben dkk 2000).

Penelitian Wratsangka, dkk (1996) melaporkan bahwa kurangnya dukungan suami merupakan salah satu faktor risiko yang paling berpengaruh dengan kejadian PPB. Penelitian Alfiben, dkk (2000) menemukan kejadian lebih rendah pada kelompok perlakuan yang didampingi suami yaitu hanya 1,3 % (1 dari 26 responden) dibandingkan kelompok yang tidak didampingi suami selama persalinan yaitu sebesar 23,5 % (12 dari 51 responden).

2.2.5 Dampak

mempunyai pengaruh yang penting pada interaksi bayi dan ibu selama tahun pertama, karena bayi tidak mendapatkan rangsangan cukup (Smith & Jaffe, 2007). Pada ibu dengan , minat dan ketertarikan terhadap bayinya

berkurang sehingga tidak berespon positif terhadap bayinya. Ibu tidak mampu merawat bayinya secara optimal mengakibatkan kondisi kesehatan dan kebersihan bayinya tidak optimal, ibu tidak bersemangat menyusui bayinya sehingga pertumbuhan dan perkembangan bayinya tidak seperti bayi-bayi dengan ibu yang sehat (Lubis, 2009).

mengakibatkan pengaruh negatif pada ibu, bayi dan anak (Buckley & Kulb, 1993; Depkes RI, 2007; Smith & Jaffe, 2007; WHO, 2008) diuraikan sebagai berikut:

- a) Pengaruh Depresi Postpartum pada ibu yaitu: (1). Mengalami gangguan aktivitas sehari-hari; (2). Mengalami gangguan dalam berhubungan dengan orang lain (keluarga dan teman); (3). Resiko menggunakan zat-zat berbahaya seperti: rokok, alkohol, obat-obatan/ narkotika; (4). Kemungkinan terjadi peningkatan ke arah *postpartum psychotic depression*/ gangguan psikotik yang lebih berat; (5). Kemungkinan melakukan *suicide/infanticide*.
- b) Pengaruh Depresi Postpartum pada bayi adalah: (1). Bayi sering menangis dalam jangka waktu lama; (2). Mengalami masalah tidur dan gangguan makan; (3). Kemungkinan mengalami *infanticide*.
- c) Pengaruh Depresi Postpartum pada anak: (1). Gangguan tingkah laku: masalah tidur, marah, agresif, dan hiperaktivitas; (2). Perkembangan kognitif lambat: keterlambatan dalam berjalan dan berbicara dibandingkan dengan anak-anak yang lain, mengalami berbagai kesulitan dalam belajar, permasalahan dengan sekolah; (3). Permasalahan sosial: susah untuk bersosialisasi di sekolah, menarik diri atau sering bersikap *destructive*; (4). Permasalahan secara emosional: *self esteem* yang rendah, sering cemas, penakut, lebih pasif, dan ketergantungan tinggi terhadap orang lain/ tidak mandiri; (5). Depresi: resiko munculnya depresi pada usia muda.

2.2.6 Skrining Depresi

Beberapa instrumen yang digunakan untuk menilai adanya depresi adalah sebagai berikut (Eperson & Ballew, 2007; Glascoe, 2005; Saryono, 2010) :

a) *The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

Suatu instrumen yang terdiri dari 10 item yang dipakai untuk menilai adanya kemungkinan dari depresi pascapartum (PPD) dalam skala tertentu: skala 0 – 3 untuk tiap pertanyaan. Instrumen ini mudah digunakan dan score: lebih dari 10 sudah bisa digunakan untuk menandai adanya kemungkinan dari depresi postpartum (PPD).

b) *The Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)*

Instrumen yang dikhususkan untuk menilai gejala-gejala pada ibu yang baru melahirkan dan memiliki kepekaan yang sempurna untuk mendeteksi . PDSS mempunyai 35 item yang dibandingkan dengan 10 pertanyaan di dalam EPDS, score PDSS dari 35-59 menandai (adanya) penyesuaian normal setelah persalinan, score dari 60-79 menandai adanya depresi "minor" (mungkin memerlukan evaluasi dari psikiatris) dan sejumlah 80-175 menandai positif , dimana pasien harus dirujuk untuk evaluasi kesehatan jiwa lebih lanjut secepat mungkin.

c) *The Primary Care Evaluation of Mental Disorders patient health questionnaire (PRIME-MD; Pfizer Inc.,New York)*

Instrumen ini digunakan untuk menilai gangguan mental psikiatris.

d) *Beck's Depression Inventory (BDI)*

Instrumen ini berisi 21 pertanyaan yang menggambarkan berbagai gejala dan sikap yang berhubungan dengan berat ringannya depresi. Score BDI dari 1-10 berarti normal, score 11-16 menandai depresi ringan, score >17 menandai depresi klinis, terbagi atas score : 17-20 (batasan depresi), 21-30 (depresi sedang), 31-40 (depresi berat) dan >40 (depresi ekstrim).

e) *The Burns Depression Check List*

Instrumen ini berisi 25 pertanyaan dengan penilaian tingkat depresi yaitu tidak depresi (0-5), normal tetapi tidak bahagia (6-10), depresi ringan (11-25), moderate (26-50), berat (51-75), dan ekstrim (76-100).

f) *The Zung Self Rating Depression Scale*

Suatu skala depresi yang terdiri dari 20 kalimat dan penilaian derajat depresi dilakukan oleh pasien sendiri.

g) *Hamilton Depression Rating Scale (HDR-S)*

Instrumen ini berisi 17 item pertanyaan dengan penilaian tingkat depresi ringan (10-13), ringan menuju sedang (13-17), dan sedang menuju berat (>17). Total score HDR-S merupakan indikasi tentang tingkat depresi pasien dari waktu ke waktu.

Instrumen skrining depresi pada perinatal yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Alasan memilih EPDS karena alat ini memiliki kepekaan yang sempurna untuk mendeteksi depresi postpartum (Buckley, 1993; Gilbert & Harmon, 2003). Pada penelitian lain mengatakan bahwa *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* merupakan instrumen yang valid dan dapat dipercaya, efektif dan sederhana, serta dapat digunakan secara rutin untuk menskrining kejadian depresi sebagai *antenatal primary care* di rumah sakit/ klinik (Bronwyn & Milgrom, 2007).

EPDS tidak membutuhkan tenaga kesehatan yang ahli pengetahuan psikiatri dan skala ini telah memiliki validitas memuaskan dan reliabilitas yang baik serta sensitif terhadap perubahan derajat depresi dalam waktu lama. Keuntungan lain skala ini adalah keringkasannya karena dapat dikerjakan dengan lengkap kurang dari 5 menit dan dinilai secara cepat. Skala ini dapat dikirim melalui pos dan ditindaklanjuti melalui telepon bila subjek tidak dapat datang ke klinik (Cox, 1994 dalam Elvira, dkk, 1999).

EPDS terutama bermanfaat dalam prevensi sekunder dengan mengenal onset awal gejala depresif dan dapat dilaksanakan di klinik kesehatan ibu pascasalin. Skala ini bermanfaat untuk pertanyaan skrining tingkat pertama dan alat yang bersahabat, serta memiliki sifat psikometrik yang adekuat, bila dilaksanakan pada 6 minggu setelah melahirkan (Murray & Carothers, 1990 dalam Cox 1994 dalam Elvira, dkk 1999).

Hasil uji coba terjemahan instrumen EPDS oleh peneliti sebelumnya didapatkan nilai sensitivitas 62,5%, spesifisitas 80,1%, dan reliabilitas koefisien alfa 0,87 (tinggi) berarti dapat dipercaya sehingga keabsahan dan realibilitas instrumen tersebut tidak diragukan lagi (Ismail, 2001). Dengan demikian uji instrumen tidak perlu dilakukan.

Peneliti lain membuktikan EPDS sebagai alat skrining depresi postpartum yang memiliki konsistensi internal sekitar 0.73 – 0.87 dan reliabilitas 0.53 – 0.74 (waktu pengukuran antara dua minggu sampai 12 minggu) dengan *cut-of point* 9/10 (Hanusa, Scholle, Haskett, Spadaro & Wisner, 2008). Dalam penelitian ini, batasan gejala depresi yang digunakan adalah nilai 10.

2.2.7 Peran Perawat dan Intervensi Keperawatan

Perawat maternitas dapat berperan sebagai *educator*, *conselor*, *caregiver/provider*, *researcher* dan *advocate* (Bobak, 2003). Berkaitan dengan berbagai perannya tersebut perawat harus memiliki pengetahuan tentang perawatan psikologis ibu postpartum, sehingga mampu melakukan pencegahan PPD. Perawat memiliki peranan untuk memberikan intervensi, salah satunya melalui pendidikan kesehatan untuk membantu ibu memahami tentang dampak dan pencegahan serta penanganan jika terjadi PPD pada ibu postpartum.

Peran perawat sebagai peneliti dapat mengidentifikasi masalah-masalah psikologis pada ibu postpartum dengan menggunakan skrining depresi dan memberikan intervensi keperawatan untuk meningkatkan derajat kesehatan

ibu postpartum secara fisik dan mental sehingga ibu siap menjalankan perannya dalam keluarga.

Intervensi keperawatan pada ibu postpartum dengan depresi (Buckley, 1993; Gilbert & Harmon, 2003; Epperson 2007) antara lain : 1). gunakan skrining *tools* pada ibu postpartum untuk menilai tingkat depresi. 2). sediakan materi pendidikan tentang tanda dan gejala depresi, biarkan ibu tahu bahwa perawat memperhatikan emosional mereka seperti halnya kesehatan fisik. 3). kaji keinginan bunuh diri, atau rencana membahayakan diri sendiri dan orang lain; rujuk pada spesialis khusus menangani depresi. 4). turunkan kecemasan ibu dan fasilitasi coping yaitu: a). sediakan waktu bagi ibu dan keluarga untuk ekspresi perasaan; b). Motivasi ibu untuk melepaskan kecemasan, ketidakpastian, marah dan khawatir dengan konflik yang dialami; c). bantu ibu mengidentifikasi, menganalisa, dan mengerti penyebab kejadian tersebut; d). ajarkan bentuk coping yang efektif; e). jelaskan kondisi ibu dengan risiko tinggi dan cara perawatan ibu; f). bantu keluarga memperoleh suport sosial; g). rujuk pada perawat spesialis klinik perinatal, konselor, pekerja sosial, atau pelayanan spiritual; 5) tingkatkan harga diri ibu.

Langkah-langkah pencegahan dasar untuk setiap wanita (Palmer & Baugh, 2009; Gilbert & Harmon, 2003): 1). meminimalkan dampak perubahan hormonal postpartum dan stres dengan menjaga kesehatan tubuh dan berpikir positif atas semua hal yang telah terjadi. 2). meminta bantuan dari orang lain, sehingga ibu postpartum dapat memperoleh tidur cukup, makanan sehat, olahraga. 3). menghindari alkohol, kafein dan obat-obatan kecuali yang direkomendasikan oleh dokter. 4). memeriksakan diri ke layanan kesehatan 3-4 minggu postpartum lebih baik daripada 6 minggu jika khawatir tentang pengembangan. 5). mengikuti program bimbingan orang tua dengan kelas pijat bayi, untuk memperkuat hubungan ibu-bayi/*mother-baby attachment*.

Perawatan yang perlu dilakukan oleh ibu postpartum jika muncul gejala PPD (Gilbert & Harmon, 2003; Nurchasanah, 2009; Kassel, 2010): 1). PPD adalah suatu gangguan psikologis, ibu harus jujur dengan diri sendiri dan orang-orang yang peduli disekitarnya tentang perasaan ibu setelah melahirkan. Lakukan komunikasi dengan suami, keluarga atau teman dan tenaga kesehatan tentang kemungkinan terjadinya serta cara menanganinya jika terjadi. 2). Jika ibu memiliki sedikit nafsu makan, makan makanan bergizi sedikit tapi sering; suplemen gizi berguna untuk menjaga energi ibu. 3). Lakukan latihan rutin harian, seperti berjalan-jalan menggendong bayi di luar ruangan; latihan membantu memperbaiki mood. 4). Lakukan komunikasi dengan suami tentang pembagian tugas rumah tangga dan pengasuhan bayi. 5). Cari orang yang bisa membantu menyelesaikan pekerjaan rumah tangga jika memungkinkan. 6). Jangan bekerja berlebihan, beristirahat secukupnya dan cobalah untuk tidur ketika bayi tidur siang; Kelelahan dapat meningkatkan depresi. 7). Dapatkan sebanyak mungkin sinar matahari pagi, berjalan-jalan keluar dan bertemu dengan tetangga/ teman. 8). Hindari kafein, penggunaan alkohol atau zat lainnya untuk merasa lebih baik (*self-medicating*). 9). Lakukan pertemuan dengan kelompok ibu untuk saling bertukar pengalaman dan tips dalam merawat bayi. 10). Luangkan waktu untuk relaksasi dan lakukan aktivitas yang menyenangkan seperti ke salon untuk perawatan diri, berendam air hangat, membaca buku, menonton TV, mendengarkan musik, berkebun dan lain-lain.

2.3 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan Kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Pendidikan kesehatan juga merupakan suatu usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga dan kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan/perilakunya untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2007; Sumijatun, Suliswati, Payapo, Maruhawa & Sumartini, 2006).

Pendidikan Kesehatan yang dikenal sebagai promosi kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kontrol atau taraf kesehatan mereka. Promosi kesehatan merupakan konsep positif yang menekankan pada suatu proses yang dilakukan terhadap kapasitas individu, sosial, politik, spiritual ataupun kapasitas fisik (Ottawa Charter for Health Promotion, WHO 2008).

Ruang lingkup pendidikan/ promosi kesehatan dikelompokkan dalam dua bagian (Notoatmojo, 2007) yaitu:

- a) Promosi kesehatan pada aspek promotif, dengan sasaran kelompok orang sehat. Derajat kesehatan adalah dinamis, sehingga orang yang sehat tetap perlu ditingkatkan dan dibina kesehatannya.
- b) Promosi kesehatan pada aspek pencegahan dan penyembuhan, ada tiga upaya :
 - 1). Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*), dengan sasaran kelompok masyarakat risiko tinggi (contohnya : ibu hamil dan ibu postpartum/ menyusui) agar tidak jatuh sakit.
 - 2). Pencegahan tingkat ke-dua (*secondery prevention*) dengan sasaran penderita penyakit kronis. Tujuannya agar pasien mampu mencegah penyakit bertambah parah.
 - 3). Pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*) dengan sasaran pasien yang baru sembuh (*recovery*). Tujuannya agar segera pulih kembali kesehatannya atau meminimalkan cacat (rehabilitasi).

Pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan, mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan, serta harus ke mana mencari pengobatan bila sakit (Notoatmodjo, 2007). Hasil penelitian Sustini, dkk (2003) di Kabupaten Sidoarjo dan Lamongan Jawa Timur menunjukkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan

kepada ibu dan keluarganya sangat bermanfaat bagi kesadaran mereka untuk melakukan perawatan kesehatan ibu.

Hasil penelitian yang dilakukan Runiari (2005) terhadap ibu postpartum di RS Fatmawati Jakarta menunjukkan metode edukasi postpartum yang paling efektif menurut persepsi perawat, ibu postpartum dan keluarga adalah penyuluhan perorangan. Singkatnya waktu perawatan ibu setelah melahirkan di RS menyebabkan tidak semua materi edukasi postpartum dapat diberikan sehingga perlu dilakukan kunjungan rumah untuk tindak lanjut pembelajaran, guna memandirikan ibu postpartum dan keluarga dalam merawat ibu dan bayi.

Hasil penelitian Aden (2008) di Jakarta menunjukkan ibu hamil risiko tinggi persalinan prematur yang mendapat intervensi pendidikan kesehatan “paket aman” mengalami kehamilan matur sebesar 88,9% dibandingkan kelompok kontrol 39%, sehingga pendidikan kesehatan efektif dalam mencegah ancaman kelahiran sebelum waktunya.

Hasil penelitian Nazara (2006) di Kabupaten Nias menunjukkan ibu postpartum yang mendapat intervensi *psikoedukasi* mengalami depresi lebih kecil sebesar 12,5% dibandingkan kelompok kontrol 51,1% sehingga intervensi psikoedukasi pada ibu postpartum efektif mencegah . Pendidikan kesehatan perlu diberikan kepada ibu postpartum agar ibu memiliki pengetahuan tentang pencegahan depresi postpartum sehingga ibu dapat merawat diri dan bayinya secara optimal.

Promosi kesehatan merupakan tindakan mandiri perawat maternitas untuk mengatasi masalah kurangnya pengetahuan, kecemasan, dan ketidakmampuan ibu postpartum terhadap masalah kesehatan yang dialaminya sehingga pengetahuan ibu meningkat serta terjadi perubahan perilaku hidup sehat pada ibu dalam merawat diri dan bayinya. Dengan demikian promosi kesehatan merupakan esensial dalam asuhan keperawatan dan diarahkan pada kegiatan peningkatan, mempertahankan dan memulihkan

status kesehatan, mencegah penyakit dan membantu individu mengatasi efek sisa penyakit.

Berbagai respon psikologis yang menimbulkan stress dan perilaku selama masa postpartum dapat berawal dari ketidaktahuan dan keterlambatan mendapatkan informasi. Pengelolaan aspek kognitif untuk meningkatkan pengetahuan dengan pemberian pendidikan kesehatan merupakan hal penting untuk menunjang keberhasilan program pencegahan PPD. Keberhasilan pendidikan ini dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain faktor metode, isi materi, petugas/pendidik yang melakukannya, dan alat peraga yang dipakai harus disesuaikan dengan sasaran. Dengan demikian, setiap pendidik harus memperhatikan metode pengajaran untuk mencapai perubahan pengetahuan k (kognitif), sikap (afektif) dan perilaku yang diinginkan (psikomotor) (Syah, 2004).

Metode pendidikan yang digunakan untuk mencapai tujuan pendidikan kesehatan antara lain adalah metode pendidikan individual, metode pendidikan kelompok dan metode pendidikan masyarakat (Sumijatun, 2005). Metode pendidikan (pengajaran) juga dapat dibedakan menjadi (Syah, 2005; Djamarah & Zain, 2002):

1) Ceramah (*lecturer*)

Menurut Nichols dan Humenick (2000), ceramah adalah metode yang paling sering digunakan untuk pembelajaran kognitif. Materi dapat dijelaskan dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh peserta, dan juga dapat dibahas lebih luas dan mendalam sehingga proses belajar menjadi lebih efektif dan terstruktur, daripada ketika peserta hanya membaca buku saja. Metode ceramah tepat digunakan apabila: 1). Tujuan utamanya adalah menyampaikan informasi, 2). Materinya tidak tersedia dimanapun, 3). Materinya harus diorganisasikan dalam cara tertentu dan untuk kelompok tertentu, 4). Meningkatkan minat terhadap materi yang diberikan, 5). Materi yang diberikan harus

diingat dalam waktu singkat, dan 6). Digunakan sebagai pengantar metode pengajaran yang lain.

2) Diskusi

Tujuan metode diskusi adalah memotivasi serta memberikan stimulasi kepada peserta belajar agar belajar menyelesaikan masalah (*problem solving*). Metode diskusi sering diaplikasikan untuk: 1).mendorong peserta belajar berfikir kritis, 2). Mendorong peserta mengekspresikan pendapatnya secara bebas, 3). Mendorong peserta menyumbangkan hasil pemikirannya untuk memecahkan masalah bersama, dan 4). Mengambil beberapa alternatif jawaban untuk memecahkan masalah berdasarkan pertimbangan yang matang (Syah, 2005).

3) Demonstrasi

Demonstrasi adalah metode yang digunakan untuk pembelajaran psikomotor yaitu cara memperagakan suatu kegiatan, baik secara langsung ataupun melalui penggunaan media yang relevan (Nichols & Humenick dalam Syah, 2005). Tujuan penggunaan metode demonstrasi adalah untuk memperjelas pengertian konsep dan memperlihatkan cara melakukan sesuatu. Manfaat pelaksanaan demonstrasi antara lain: 1). Sebagai sarana pembelajaran yang tidak membahayakan, 2). Memberikan umpan balik kepada klien, 3). Dapat merespon apa yang telah dilakukan klien, 4). Sebagai “jembatan antara” dalam memberikan informasi, 5). Pengalaman belajar lebih melekat dalam diri peserta belajar (Djamarah & Zain, 2002).

4) Metode Campuran

Metode campuran antara lain: 1) metode ceramah dan diskusi, 2). Metode ceramah dan demonstrasi, serta 3). Gabungan metode ceramah, diskusi dan demonstrasi.

Keberhasilan pendidikan kesehatan dapat dilihat dari adanya perubahan pengetahuan, sikap dan ketrampilan individu yang berasal dari pengalaman belajar. Menurut Syah (2004), belajar adalah tahapan perubahan seluruh tingkah laku individu yang relatif menetap sebagai hasil dari pengalaman dan interaksi dengan lingkungan yang melibatkan proses kognitif. Proses pembelajaran dipengaruhi oleh faktor *attention* (perhatian), *retention* (memory), pengulangan perilaku dan motivasi (Nichols dan Humenick, 2000).

Menurut Bandura (1977 dalam Syah, 2005), setiap proses belajar terjadi dalam urutan peristiwa yang meliputi: 1) tahap perhatian (*attention*), yaitu peserta belajar tertarik pada perilaku model, 2) menyimpan (*retention*), yaitu peserta belajar akan menyimpan informasi dan perilaku yang dicontohkan pendidik dalam memori, 3) reproduksi (*motor reproduction*), yaitu pendidik mengidentifikasi penguasaan peserta belajar dengan melakukan pengulangan perilaku yang sudah diajarkan, dan 4) motivasi (*vicarious-reinforcement and motivational*), yaitu perilaku yang sesuai mendapat *reinforcement* positif dapat memperkuat dan mendorong terjadinya perilaku tersebut. Berdasarkan teori belajar, intervensi pendidikan kesehatan perlu dilakukan secara berulang-ulang agar tercapai perubahan perilaku (*afektif*) dari peserta belajar.

Pendidikan kesehatan dapat diberikan dengan metode ceramah dan tanya jawab, tukar pengalaman, diskusi dan demonstrasi, dengan menggunakan berbagai media/ alat bantu. Alat bantu yang digunakan dalam pemberian pendidikan kesehatan sebaiknya sederhana, efektif, tidak rumit, dan murah (Schot & Priest, 2008). *Booklet* adalah merupakan salah satu alat bentuk media cetak untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar yang dapat digunakan untuk pendidikan kesehatan.

Dalam penelitian ini, peneliti akan menyusun intervensi pendidikan kesehatan yang berfokus pada perawatan aspek psikologis ibu postpartum dengan tujuan

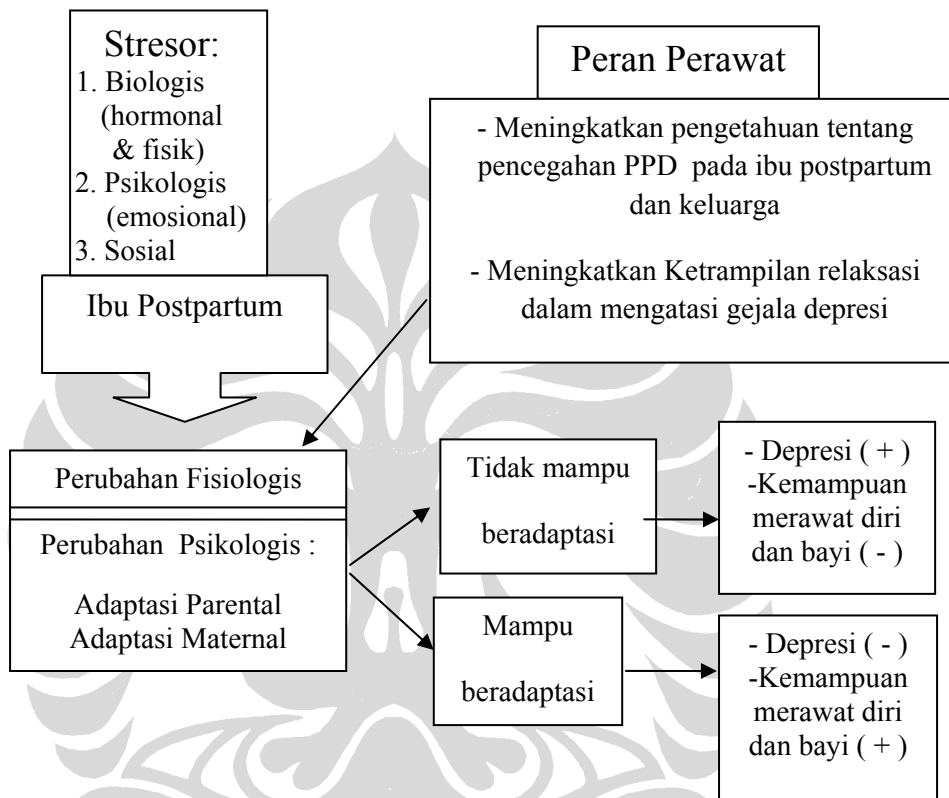
untuk mencegah dan mengatasi terjadinya depresi postpartum. Secara umum intervensi pendidikan kesehatan dalam bentuk *booklet* berisi tentang :

1. Pengertian
2. Pembagian Depresi
3. Faktor risiko
4. Penyebab
5. Dampak
6. Cara Mencegah
7. Kapan ibu menderita Depresi Postpartum
8. Tips Mengatasi Gejala Depresi
9. Kiat Sehat dan Cantik Setelah Melahirkan
10. Manajemen stres, cemas dan depresi.

Tujuan intervensi pendidikan kesehatan bagi ibu postpartum adalah meningkatkan pengetahuan ibu, sehingga dengan pengetahuannya tersebut ibu mampu mengambil keputusan untuk perawatan yang akan dijalannya serta memungkinkan ibu terlibat aktif dalam perawatan dirinya sehari-hari sehingga meningkatkan kemandiriannya. Selain meningkatkan pengetahuan, ibu postpartum diajarkan teknik relaksasi untuk digunakan saat ia mengalami keadaan stres, cemas dan depresi. Dengan intervensi pendidikan kesehatan diharapkan ibu postpartum mampu merawat dirinya dengan baik secara fisik maupun psikologis, sehingga mampu beradaptasi dengan peran barunya sebagai ibu bayi dan terhindar dari depresi postpartum.

2.4 Kerangka Teori Penelitian

Bagan 2.1.
Kerangka Teori Penelitian



Sumber : Rosenthal (2003); Gilbert & Harmon (2003); Bobak, (2003), Pilliteri (2003); Potter & Perry (2003); Wong (2003).

Kerangka teori penelitian ini menjelaskan bahwa pada periode postpartum terjadi perubahan yang memerlukan adaptasi fisik dan psikologis dari ibu postpartum. Perawat maternitas dalam menjalankan perannya perlu menyediakan layanan yang tepat untuk mengatasi depresi pada ibu postpartum dan meningkatkan kemandirian ibu dalam merawat diri dan bayinya, salah satunya dengan menyediakan intervensi edukasi untuk ibu dan keluarga agar dapat mengatasi masalah psikososial yang dialami ibu.

BAB 3

KERANGKA KONSEP PENELITIAN, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

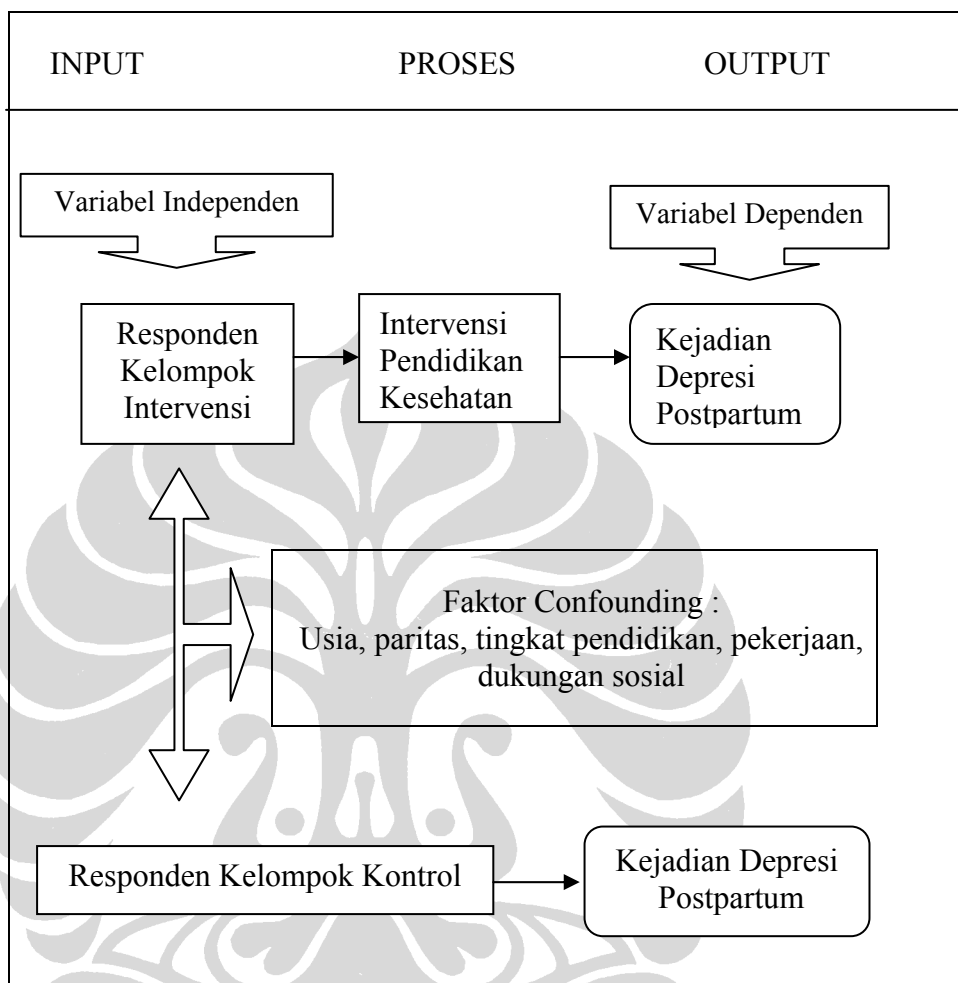
Kerangka penelitian yang dikembangkan dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen adalah ibu postpartum kelompok intervensi dan kontrol sedangkan variabel dependen adalah kejadian depresi.

Intervensi pendidikan kesehatan adalah suatu *booklet* yang berisi penjelasan tentang dan latihan teknik pernafasan serta teknik relaksasi yang diberikan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan ibu postpartum dalam menghadapi stres atau gangguan psikologi agar dapat menjaga dan merawat diri dan bayinya secara optimal.

Pendekatan yang digunakan berbentuk pendidikan dan latihan agar ibu memiliki pengetahuan tentang pencegahan PPD dan keterampilan melakukan relaksasi pada saat mengalami gejala depresi. Media yang digunakan berbentuk *booklet* dan metode pengajaran dengan menggunakan metode komunikasi secara personal pada ibu postpartum dengan cara diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi.

Faktor *confounding* yang dapat mempengaruhi variabel dependen ibu postpartum adalah faktor hormonal (sebagai variabel yang tidak diteliti sebab pada ibu tidak dilakukan pemeriksaan hormonal), usia, paritas, tingkat pendidikan, pekerjaan, peristiwa persalinan, status perkawinan dan dukungan sosial (sebagai variabel yang diteliti). Kerangka konsep penelitian digambarkan dalam Skema 3.1.

Bagan 3.1
Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis Penelitian

Rumusan Hipotesis berdasarkan kerangka konsep adalah sebagai berikut:

1. Hipotesa Mayor

Ada pengaruh pemberian intervensi pendidikan kesehatan terhadap kejadian PPD.

2. Hipotesa Minor

2.1. Ada hubungan karakteristik ibu postpartum (usia, paritas, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengalaman persalinan, dukungan sosial) terhadap kejadian depresi.

2.2. Ada perbedaan kejadian depresi pada ibu postpartum kelompok intervensi sebelum dan setelah diberikan intervensi edukasi.

2.3. Ada perbedaan kejadian depresi pada ibu postpartum kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah kelompok intervensi diberikan intervensi edukasi.

3.3 Definisi Operasional :

Tabel 3.1.
Definisi Operasional Variabel Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat & Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Intervensi Edukasi pada postpartum	Kumpulan materi yang dirancang untuk proses pembelajaran tentang pencegahan & penanganan PPD	Pembagian kelompok	0= Tidak ada pemberian paket SIB 1= Ada pemberian paket SIB	Nominal
2.	Usia ibu	Jumlah tahun sejak ibu lahir hingga ulang tahun terakhir	Kuesioner A1 : Usia <20 thn atau ≥35 thn =Usia risiko tinggi Usia 20 sampai < 35 tahun= Usia bukan risiko tinggi	0=Usia risiko tinggi 1=Usia bukan risiko tinggi	Ordinal
3.	Paritas	Jumlah persalinan ibu yang janinnya telah mencapai viabilitas, tidak termasuk keguguran	Kuesioner A2 : Jumlah Persalinan dikategorikan: Primipara (paritas 1), Multipara (paritas ≥ 1)	0 = Primipara 1 = Multipara	Ordinal
4.	Tingkat Pendidikan Ibu	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh ibu sampai mendapatkan ijazah	Kuesioner A3 : Jawaban pertanyaan sesuai jawaban ibu, dikelompokkan dalam 2 kategori: Rendah(SD,SMP) Tinggi(SMU, PT)	0=Rendah 1=Tinggi	Ordinal

5.	Pekerjaan Ibu	Kegiatan atau profesi tetap yang menghasilkan uang untuk mencukupi kebutuhan ekonomi keluarga	Kuesioner A4: Sesuai jawaban responden yang dikelompokkan 2 kategori: Ibu Rumah Tangga dan bekerja.	0=Ibu RT 1=Bekerja	Ordinal
6.	Dukungan sosial	Kehadiran orang lain atau anggota keluarga yang serumah dengan klien yang memberi bantuan untuk meringankan pekerjaan rumah tangga dan memenuhi kebutuhan klien.	Kuesioner A7 : Sesuai dengan jawaban ibu Melalui 4 pilihan jawaban yang diberi scoring 1 untuk setiap jawaban: 1. suami 2. Keluarga 3. Teman 4. Orang lain Jumlah nilai: nilai 1 disebut kurang baik dan nilai ≥ 1 disebut baik, dikategorikan dalam 2 Kategori:	0 = Kurang Baik 1 = Baik	Ordinal
7.	Depresi Postpartum	Perubahan emosional dan suasana hati wanita yang dialami setelah melahirkan, ditandai dengan gangguan perasaan, kehilangan minat/kesenangan, perasaan tidak berguna, harga diri rendah, gangguan tidur dan nafsu makan, rendah energi, dan tidak dapat berkonsentrasi.	Kuesioner terjemahan EPDS : 10 pertanyaan dengan scoring 0-3 untuk setiap pertanyaan. Penilaian dilakukan pada minggu ke-1 dan ke-3. Jumlah nilai EPDS : nilai <10 disebut tidak depresi dan nilai ≥ 10 mengalami depresi, dikategorikan dalam 2 Kategori:	0 = Depresi 1 = Tidak depresi	Ordinal

BAB 4

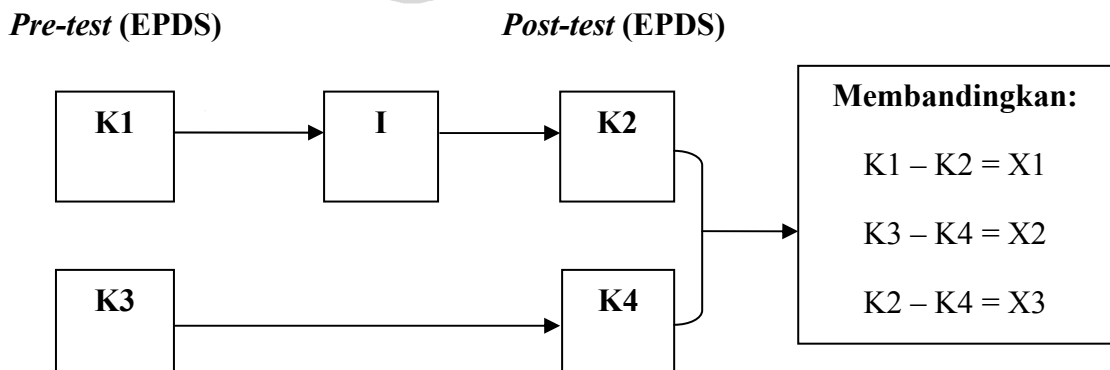
Metodologi Penelitian

Pada bab ini akan dibahas tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, alat pengumpulan data, etika penelitian, prosedur dan pengumpulan data, dan analisa data.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan *quasi experiment* dengan pendekatan *pre- and post-test with control group*. Peneliti menggunakan kelompok kontrol yang tidak diberikan perlakuan sebagai pembanding untuk mengetahui apakah perbedaan depresi postpartum pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol diakibatkan oleh perlakuan yang diberikan yaitu intervensi edukasi. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismael (2008) yang menyatakan bahwa pada penelitian eksperimen, peneliti melakukan alokasi subyek yang diberikan perlakuan, dan mengukur hasil (efek) intervensinya. Lebih jelasnya desain penelitian ini dapat dilihat dalam bagan 4.1.

Bagan 4.1.
Rancangan Penelitian



Keterangan :

K1 = Proporsi kelompok intervensi pada *pre test*

I = Paket SIB sebagai intervensi

K2 = Proporsi kelompok intervensi pada *post-test*

K3 = Proporsi kelompok kontrol pada *pre test*

K4 = Proporsi kelompok kontrol pada *post-test*

X1 = Perbedaan hasil proporsi antara kelompok intervensi pada *pre-post-test*

X2 = Perbedaan hasil proporsi antara kelompok kontrol pada *pre-post-test*

X3 = Perbedaan hasil proporsi antara kelompok intervensi dan kontrol pada *post-test*

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah seluruh subyek penelitian atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2007). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu postpartum yang melahirkan secara normal atau pervaginam tanpa tindakan khusus di Puskesmas Kecamatan Jatinegara, Setiabudi, Menteng dan Matraman Jakarta.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian adalah ibu postpartum yang sudah melahirkan normal atau pervaginam tanpa tindakan khusus di Puskesmas Matraman, Jatinegara dan Setiabudi Jakarta yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut : melahirkan aterm (37 – 42 minggu), kehamilan tunggal, presentasi kepala, kehamilan diinginkan ibu, ibu menetap di Jakarta dan bersedia menjadi responden penelitian.

Kriteria eksklusi sampel adalah ibu dan bayi dirawat di rumah sakit, ibu mengalami gangguan mental (tidak bisa berkomunikasi dengan baik), dan ibu tidak bersedia menjadi responden penelitian.

Jumlah sampel ditentukan berdasarkan hasil penelitian sebelumnya. Berdasarkan penelitian Nazara (2006) terkait dengan efektivitas psikoedukasi diketahui nilai P1 (kelompok intervensi) adalah 12,5% dan nilai P2 (kelompok kontrol) 51,1%. Peneliti ingin menguji hipotesis beda proporsi 2 kelompok tidak berpasangan dengan rumus sebagai berikut (Dahlan, 2008; Sastroasmoro & Ismael, 2008) :

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_\alpha \sqrt{2PQ} + Z_\beta \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

Z_α = Nilai Z pada derajat kemaknaan alpha (5%), uji dua sisi = 1,96

Z_β = Nilai Z pada kekuatan uji $1 - \beta = 0,842$

Diketahui besar proporsi P1 = 12,5% proporsi P2 = 51,1%

Berdasarkan rumus tersebut, maka jumlah sampel minimal sebesar 22. Untuk mengantisipasi adanya *drop out* dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismail, 2008):

$$n' = n / (1 - f)$$

Keterangan:

n' = Ukuran sampel setelah revisi n = Ukuran sampel asli

$1 - f$ = Perkiraan proporsi *drop out*, yang diperkirakan 10 % ($f = 0,1$)

Berdasarkan perhitungan diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 25 responden untuk setiap kelompok (25 kelompok intervensi dan 25 untuk kelompok kontrol), sehingga jumlah total sampel adalah 50 responden.

4.3 Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *Consecutive Sampling*. Pada *consecutive sampling*, semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan berdasarkan jangka waktu penelitian terpenuhi. *Consecutive Sampling* merupakan jenis *non-probability sampling* yang paling baik dan cara termudah (Sastroasmoro & Ismail, 2008). Teknik sampling dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Kelompok Kontrol

Yang dijadikan kelompok kontrol adalah semua ibu postpartum yang baru melahirkan di Puskesmas Jatinegara, Setiabudi dan Matraman terhitung pada tanggal pengambilan data dan memenuhi kriteria inklusi seluruhnya berjumlah 25 orang. Responden kontrol mengisi kuesioner data demografi serta *pre-test* EPDS, kemudian dilakukan kunjungan rumah satu kali pada minggu ketiga postpartum antara hari ke-15 sampai hari ke-18 untuk pengukuran *post-test* EPDS.

b. Kelompok Intervensi

Kelompok intervensi adalah semua ibu postpartum yang baru melahirkan di Puskesmas Matraman dan memenuhi kriteria inklusi sebanyak 25 orang. Pengukuran awal (*pre-test* EPDS) dilakukan di Puskesmas sebelum intervensi dilakukan dan pengukuran akhir (*post-test* EPDS) dilakukan setelah intervensi di rumah. Pengukuran tingkat depresi dilakukan pada minggu ketiga postpartum antara hari ke-15 sampai hari ke-18, dengan melakukan kunjungan rumah.

4.4 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilaksanakan adalah Puskesmas Matraman, Jatinegara dan Setiabudi Jakarta. Alasan pengambilan puskesmas tersebut karena merupakan puskesmas induk dengan wilayah kerja yang luas dan belum adanya

pemberian asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial di ruangan ini serta sikap terbuka dari lahan penelitian untuk menerima perubahan guna perbaikan kualitas pelayanan keperawatan. Penelitian ini dilaksanakan pada minggu ke empat bulan April sampai minggu ketiga bulan Juni 2010.

4.5 Etika Penelitian

Selama melakukan penelitian, peneliti memperhatikan serta menjunjung tinggi etika penelitian. Setiap subjek riset mempunyai hak untuk dihormati kebebasan pribadinya dan dilindungi integritas dirinya serta diupayakan meminimalisasi pengaruh riset atas integritas fisik, mental maupun kepribadiannya. Beberapa aspek yang menjadi pertimbangan dalam etika penelitian ini adalah kebebasan menentukan kesediaan dalam penelitian (*autonomy*), menghormati *privacy* dengan menjaga kerahasiaan baik identitas maupun data/informasi yang diberikan, tidak mencantumkan nama responden (*anonymity*) dan hanya menuliskan kode pada lembar pengukuran data, menjaga responden dari ketidaknyamanan fisik maupun psikologis (*freedom from harm*), melakukan prinsip keadilan (*the right to fair treatment*) dengan memberi perlakuan yang sama terhadap responden penelitian (Polit, Beck & Hungler, 2001). Sebelum melaksanakan penelitian, peneliti meminta persetujuan lolos uji etik dari Komite Etik penelitian keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden dalam bentuk surat keterangan lolos uji etik.

Penelitian ini dilaksanakan setelah mendapat izin dari pimpinan Puskesmas Kecamatan Jatinegara, Setiabudi, Menteng dan Matraman Jakarta. Prosedur permintaan izin kepada responden, baik kelompok kontrol maupun kelompok intervensi, diawali dengan penjelasan tentang tujuan, prosedur dan manfaat penelitian serta harapan peneliti. Kepada responden juga dijelaskan bahwa penelitian ini tidak menimbulkan dampak negatif terhadap responden dan dijamin kerahasiaan identitasnya, maupun informasi yang diberikan. Bila responden memahami dan bersedia terlibat dalam penelitian ini, maka

kesediaan tersebut didokumentasikan dengan menandatangani lembar persetujuan sebagai responden tetapi di samping itu responden diberi hak menolak terhadap keterlibatan selama penelitian ini berlangsung. Setiap subjek penelitian juga mempunyai hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil. Sehubungan dengan prinsip etik tersebut, maka kelompok kontrol tetap diberikan *booklet* pendidikan kesehatan, tetapi pada waktu yang berbeda yaitu setelah pengukuran depresi (*post-test*) saat dilakukan kunjungan rumah.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini terbagi dalam 2 bagian yaitu :

1. Kuesioner A

Kuesioner A merupakan instrument pertama yang diisi oleh kelompok kontrol dan kelompok intervensi berupa pertanyaan tentang karakteristik sosiodemografi ibu postpartum meliputi usia, paritas, tingkat pendidikan, pekerjaan, riwayat persalinan (lahir normal di puskesmas atau pernah di rujuk ke RS), dan dukungan sosial yang merupakan variabel *confounding*.

2. Kuesioner B

Instrumen ini berisikan 10 pertanyaan yang dapat mengukur adanya depresi yang dialami oleh responden, yang dirumuskan dalam *Edinburgh Depression Postpartum Scale* (EPDS). Scoring untuk jawaban pertanyaan nomor 1,2,4 di beri nilai 0-3; sebaliknya pertanyaan nomor 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 di beri nilai 3-0; Nilai maximum 30 dengan interval 0-9 artinya normal, ≥ 10 artinya depresi. Instrumen ini sudah diuji validitas dan reliabilitasnya, baik di luar negeri maupun di Indonesia. Hasil uji coba instrumen EPDS oleh Ismail (2001) didapatkan nilai sensitivitas 62,5%, spesifisitas 80,1%, dan reliabilitas koefisien alfa 0,87 (tinggi) berarti dapat dipercaya sehingga keabsahan dan realibilitas instrumen tidak diragukan lagi.

4.7 Pelaksanaan Penelitian dan Pengumpulan Data

Penelitian dimulai setelah memperoleh izin dari Kepala Dinas/ Suku Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta, Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik DKI Jakarta, Gubernur Provinsi DKI Jakarta dan Kepala Puskesmas Kecamatan Jatinegara, Setiabudi, Menteng dan Matraman Jakarta. Tempat penelitian ini pada awalnya akan dilaksanakan di Puskesmas Kecamatan Setiabudi dan Menteng untuk ibu nifas kelompok kontrol, sedangkan untuk ibu nifas kelompok intervensi akan dilaksanakan di Puskesmas Jatinegara dan Matraman Jakarta. Namun peneliti melakukan perubahan dalam pengambilan sampel kontrol dengan pertimbangan keterbatasan jumlah sampel di Puskesmas Setiabudi dan tidak terdapat ibu nifas di Puskesmas Menteng sehingga peneliti menambah jumlah sampel kontrol dari Puskesmas Matraman Jakarta.

Selanjutnya kegiatan penelitian baik kepada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi, dimulai dengan tahapan sebagai berikut :

1. Proses penelitian dan pengumpulan data awal:
 - a) Membuat kontrak waktu dengan 1 bidan/perawat yang bertugas di ruang bersalin puskesmas Jatinegara, Setiabudi, Menteng dan Matraman untuk menjadi kolektor pengambilan data awal dengan syarat minimal berpendidikan DIII.
 - b) Pelatihan hanya dilakukan terhadap kolektor data di Puskesmas Matraman selama kira-kira 20 menit dengan metode ceramah, tanya jawab dan demonstrasi menggunakan media kuesioner yang telah dibuat. Proses evaluasi dilakukan dengan tanya jawab dan demonstrasi terhadap 1 klien, pada saat kolektor data bekerja. Namun dalam pelaksanaan pengumpulan data, peneliti melakukan sendiri dengan alasan minimnya waktu yang dimiliki kolektor data akibat kesibukan di ruang bersalin.

Pengambilan data pada responden kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan prosedur sebagai berikut :

Kelompok kontrol :

- a) Ibu yang melahirkan di puskesmas Jatinegara, Setiabudi dan Matraman sejak bulan April 2010 dan sesuai dengan kriteria inklusi, dijadikan sebagai kelompok kontrol di Puskesmas sesuai dengan kriteria inklusi dan membuat jadwal kunjungan rumah ke alamat ibu postpartum pada hari ke-15 sampai 18 setelah melahirkan.
- b) Memberi penjelasan kepada calon responden tentang tujuan, proses dan harapan dari penelitian ini serta memberi kesempatan bertanya bila ada yang kurang jelas. Apabila calon responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini maka calon responden diminta menandatangani *lembar* persetujuan menjadi responden. Apabila tidak bersedia, maka keputusan responden tetap dihargai dan responden tetap mendapat perawatan dan pengobatan sesuai standar di puskesmas.
- c) Setelah ibu mendapat penjelasan dan setuju menjadi responden, maka ibu yang menjadi kelompok kontrol dipersilahkan mengisi kuesioner A dan B (*pre test*) pada hari pertama atau kedua postpartum (tergantung pada kesiapan ibu) sebelum ibu pulang. Agar data yang diberikan oleh responden dapat jujur, maka petugas menjelaskan dan memberi penekanan agar pengisian kuesioner sesuai dengan apa yang dialami atau dirasakan oleh responden sampai saat mengisi kuesioner. Setelah mengisi kuesioner, petugas membuat kontrak waktu kunjungan rumah untuk pengambilan data *post-test* EPDS serta pemberian *booklet* pencegahan dan penanganan PPD pada responden.

Kelompok intervensi :

- a) Ibu yang melahirkan di puskesmas Matraman sejak bulan April 2010 yang sesuai dengan kriteria inklusi, dijadikan sebagai kelompok intervensi SIB.

- b) Memberi penjelasan kepada calon responden tentang tujuan, proses dan harapan dari penelitian ini serta memberi kesempatan bertanya bila ada yang kurang jelas. Apabila calon responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini maka calon responden diminta menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Apabila tidak bersedia, maka keputusan responden tetap dihargai dan responden tetap mendapat perawatan dan pengobatan sesuai standar di puskesmas.
- c) Setelah ibu mendapat penjelasan dan setuju menjadi responden, maka ibu dipersilahkan mengisi kuesioner A dan B (*pre test*) pada hari pertama atau kedua postpartum (tergantung kesiapan ibu) sebelum ibu pulang.
- d) Selanjutnya alamat responden dicatat dan dibuat kontrak kunjungan rumah 2 kali yaitu kunjungan pertama minimal 2 x 24 jam setelah keluar dari puskesmas untuk pemberian intervensi edukasi saat kunjungan rumah pertama oleh peneliti, dilanjutkan kunjungan rumah terakhir pada minggu ketiga setelah intervensi (hari ke-15 sampai ke-18) untuk pengisian kuesioner B (*post-test*).

2. Intervensi Pendidikan Kesehatan

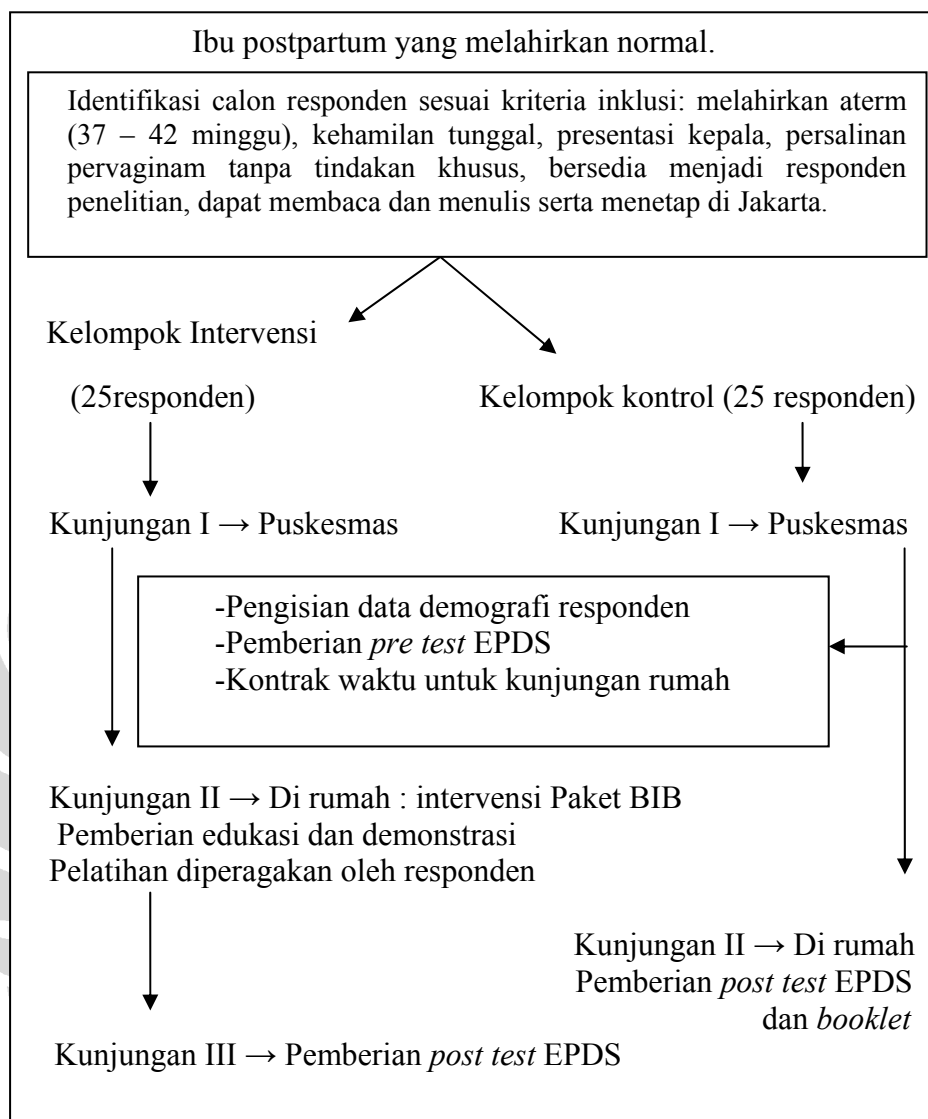
- a) *Booklet* berisi pengetahuan perawatan psikologi ibu postpartum dan cara pencegahan PPD depresi yang membahas tentang pengertian PPD, pembagian depresi, faktor resiko, penyebab, dampak, cara mencegah PPD, kapan ibu sebagai tersangka PPD, tips mengatasi gejala depresi, kiat sehat dan cantik setelah melahirkan, manajemen stres, cemas dan depresi.
- b) Sasaran intervensi pendidikan kesehatan adalah ibu postpartum.
- c) Waktu pelaksanaan intervensi disepakati bersama klien saat klien dalam kondisi siap menerima pembelajaran dan dihadiri oleh suami/ orangtua/ pendamping.

- d) Intervensi pendidikan kesehatan diberikan pada responden saat kunjungan pertama ke rumah klien. Petugas pemberi informasi adalah peneliti sendiri sehingga konsistensi intervensi dapat dipertahankan. Metode yang digunakan adalah ceramah, tanya jawab, diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi.

Prosedur intervensi pemberian intervensi pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Waktu yang dibutuhkan berkisar 30 menit yang dibagi menjadi pendahuluan selama 5 menit untuk pemberi materi mengucapkan salam pembuka dan memperkenalkan diri serta menjelaskan cakupan materi. Penjelasan selama 20 menit, peneliti memberikan penjelasan mengenai materi (paket SIB) yang ada dalam *booklet* dan memberikan kesempatan pada responden untuk bertanya bila belum jelas. Selanjutnya penutup selama 5 menit untuk menyimpulkan materi.
- 2). Mengajarkan teknik relaksasi terhadap ibu postpartum yang merupakan aplikasi tindakan dalam mengatasi stres, cemas dan depresi. Waktu yang dibutuhkan berkisar 20 menit. Demonstrasi dilakukan oleh pemberi materi dan responden diminta untuk redemonstrasi kembali, selama proses ini responden diberi kesempatan juga untuk bertukar pengalaman mengenai kondisi yang diderita. Setelah selesai pemberi materi mengucapkan salam penutup. Selanjutnya melakukan perjanjian dengan responden akan ada kunjungan rumah minimal 1 kali pada minggu ketiga setelah intervensi (hari ke-15 sampai ke-18) untuk mengukur kejadian depresi pada ibu postpartum. Secara ringkas pelaksanaan penelitian ini dibuat dalam bagan 4.2

Bagan 4.2. Alur Penelitian



4.8 Analisis Data

Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan bantuan program komputer yang dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

1. *Editing*, dilakukan untuk menilai kelengkapan data.
2. *Coding*, jawaban pada setiap kuesioner dan hasil observasi dikode dan diberi score untuk memudahkan dalam pengolahan data.

3. *Cleaning data*, suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data.

Untuk melakukan pengujian hipotesis, analisa data secara :

1. Analisis Univariat

Tujuan analisis ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti. Analisis ini dilakukan terhadap variabel *confounding* yaitu karakteristik responden terdiri dari usia, paritas, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengalaman melahirkan dan dukungan sosial ibu postpartum. Data disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase (proporsi).

2. Analisis Bivariat

Penelitian ini menggunakan kuasi eksperimen kelompok kontrol dan kelompok intervensi maka untuk mengujinya digunakan:

- a. Uji kesetaraan pada setiap variabel karakteristik responden dengan membandingkan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, yaitu usia, paritas, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengalaman melahirkan, dukungan sosial dan kejadian depresi berdasarkan nilai EPDS. Uji yang digunakan adalah uji *Chi Square*.
- b. Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen yaitu karakteristik ibu postpartum dengan variabel dependen yaitu kejadian depresi. Uji yang digunakan adalah uji *Chi Square*.
- c. Perbedaan kejadian depresi pada kelompok kontrol *Pre-test* dan *post-test* EPDS dianalisis dengan menggunakan uji *Mc Nemar*.
- d. Perbedaan kejadian depresi pada kelompok intervensi sebelum dan setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan dianalisis dengan menggunakan uji *Mc Nemar*.
- e. Untuk mengetahui efektivitas intervensi pendidikan kesehatan dengan membandingkan kejadian depresi antara kelompok control dan intervensi digunakan uji *Chi-Square*.

Aturan yang berlaku pada *Chi-Square* adalah (Hastono, 2007) :

- a. Bila pada tabel 2x2 terdapat nilai *Expected* (harapan) kurang dari 5, maka yang digunakan adalah *Fisher Exact Test*.
- b. Bila pada tabel 2x2 tidak ada nilai *Expected* (harapan) kurang dari 5, maka uji yang dipakai sebaiknya "*Continuity Correction (a)*".

Cara analisis untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel :

Tabel 4.1.
Uji Statistik Penelitian

Variabel 1	Variabel 2	Uji statistik
Karakteristik ibu postpartum	Kejadian PPD	Cara analisis deskriptif kategorik (frekuensi dan persentase)
Karakteristik ibu postpartum & kejadian PPD kelompok kontrol	Karakteristik ibu postpartum & kejadian PPD kelompok intervensi	Uji homogenitas <i>chi square</i>
Karakteristik ibu postpartum	Kejadian PPD	Cara analisis hubungan (<i>chi square</i>)
Kejadian PPD kelompok kontrol (<i>Pre-test EPDS</i>)	Kejadian PPD kelompok kontrol (<i>Post-test EPDS</i>)	<i>Mc Nemar</i>
Kejadian PPD kelompok intervensi (<i>Pre-test EPDS</i>)	Kejadian PPD kelompok intervensi (<i>Post-test EPDS</i>)	<i>Mc Nemar</i>
Kejadian PPD kelompok kontrol (<i>Post-test EPDS</i>)	Kejadian PPD kelompok intervensi (<i>Post-test EPDS</i>)	<i>chi square</i>

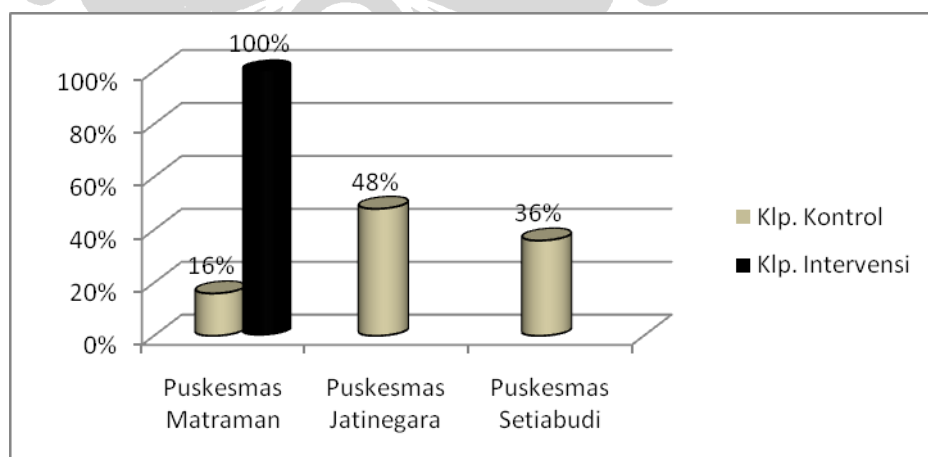
BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang efektivitas intervensi pendidikan kesehatan pada depresi postpartum. Penelitian dilakukan terhadap 50 responden terdiri dari 25 responden kelompok intervensi dan 25 responden kelompok kontrol yang melahirkan normal di Puskesmas Matraman, Puskesmas Jatinegara dan Puskesmas Setiabudi Jakarta. Pengumpulan data dilakukan sejak minggu keempat bulan April sampai minggu ketiga Juni 2010.

Responden dalam penelitian ini sebagian besar diperoleh dari Puskesmas Matraman dengan kelompok intervensi sebanyak 25 orang (100%) dan kelompok kontrol sebanyak 4 orang (16%). Responden selebihnya diperoleh dari Puskesmas Jatinegara dengan kelompok kontrol sebanyak 12 orang (48%) dan Puskesmas Setiabudi dengan kelompok kontrol sebanyak 9 orang (36%). Secara keseluruhan sebagian besar responden diperoleh di Puskesmas Matraman (58%). Tempat perolehan responden dapat dilihat pada Diagram 5.1.

Diagram 5.1
Gambaran perolehan responden berdasarkan tempat di Jakarta
Bulan Mei – Juni 2010 (n=50)



Hasil penelitian disajikan sebagai hasil analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat meliputi karakteristik ibu yang sekaligus menjadi *variable confounding* terdiri dari usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, dan dukungan sosial. Data kategorik disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase (proporsi). Analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah uji *chi square* untuk melihat hubungan antara variabel karakteristik responden dengan proporsi kejadian depresi dan uji *Mc Nemar* untuk melihat perbedaan proporsi kejadian depresi sebelum dan sesudah diberikan perlakuan pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi.

5.1. Karakteristik Responden

Hasil analisis karakteristik responden pada penelitian ini menggambarkan distribusi responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, dan dukungan sosial ibu nifas. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.1.

Distribusi responden berdasarkan karakteristik usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, dan dukungan sosial di Jakarta Bulan Mei – Juni 2010 (n=50)

No	Variabel	Kelompok Kontrol		Kelompok Intervensi		Total	%
		n = 25	%	n = 25	%		
1.	Usia						
	Risiko Tinggi (<20 atau >35 tahun)	2	8	6	24	8	16
	Bukan risiko tinggi (20 -35 tahun)	23	92	19	76	42	84
2.	Paritas						
	Primipara (Paritas 1)	11	44	7	28	18	36
	Multipara (Paritas ≥1)	14	56	18	72	32	64
3.	Pendidikan						
	Rendah (SD, SMP)	6	24	5	20	11	22
	Tinggi (SMU, PT)	19	76	20	80	39	78
4.	Pekerjaan						
	Ibu Rumah Tangga	22	88	19	76	41	82
	Bekerja	3	12	6	24	9	18
5.	Dukungan Sosial						
	Kurang	7	28	6	24	13	26
	Baik	18	72	19	76	37	74

Karakteristik responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini tampak pada tabel 5.2. Proporsi usia responden pada kedua kelompok mayoritas berusia 20-35 tahun (bukan risiko tinggi) yaitu pada kelompok kontrol sebesar 92% dan kelompok intervensi sebesar 72%, sedangkan sisanya berusia lebih dari 35 tahun. Berdasarkan paritas, responden mayoritas termasuk multipara (paritas ≥ 1) yaitu pada kelompok kontrol sebesar 56% dan kelompok intervensi sebesar 76%. Berdasarkan tingkat pendidikan, responden mayoritas berpendidikan tinggi (SMA dan PT), yaitu sebesar 76 % pada kelompok kontrol dan 80% pada kelompok intervensi. Responden lebih banyak yang tidak bekerja (ibu rumah tangga) yaitu sebesar 88% pada kelompok kontrol dan 76% pada kelompok intervensi. Dukungan sosial responden mayoritas baik (dibantu suami dan keluarga), yaitu sebesar 72% pada kelompok kontrol dan 76% pada kelompok intervensi, sedangkan sisanya memiliki dukungan sosial kurang baik (hanya dibantu suami).

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan 10 ibu menyatakan pernah mengalami kesulitan dalam melahirkan, antara lain lilitan tali pusat pada janin (3 ibu), hipertensi (3 ibu), dan partus lama (4 ibu) sehingga harus dirujuk ke rumah sakit. Responden umumnya menyatakan cemas saat menanti kelahiran bayi dan takut mengalami masalah dalam melahirkan seperti yang sebelumnya pernah dirasakan ibu. Setelah melahirkan, semua responden menyatakan lega karena bisa melahirkan secara normal di puskesmas. Responden umumnya mengatakan rajin kontrol ke puskesmas selama masa kehamilan agar tidak mengalami masalah lagi pada saat melahirkan dan tidak mengeluarkan banyak uang karena dirujuk ke rumah sakit.

5.2. Analisis Bivariat

5.2.1 Uji Kesetaraan

Validitas hasil penelitian quasi eksperimen ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan kata lain kedua kelompok sebanding atau sama. Uji

kesetaraan antara kelompok intervensi dan kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square*. Hasil uji dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.2.

Hasil uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Jakarta Bulan Mei – Juni 2010 (n=50)

No	Variabel	Kelompok Kontrol		Kelompok Intervensi		<i>p value</i>
		n = 25	%	n = 25	%	
1.	Usia					
	Risiko Tinggi (<20 atau >35 tahun)	2	8	6	24	0,430
	Bukan risiko tinggi (20 -35 tahun)	23	92	19	76	
2.	Paritas					
	Primipara	11	44	7	28	0,656
	Multipara	14	56	18	72	
3.	Tingkat Pendidikan					
	Rendah	6	24	5	20	1,000
	Tinggi	19	76	20	80	
4.	Pekerjaan					
	Ibu Rumah Tangga	22	88	19	76	0,554
	Bekerja	3	12	6	24	
5.	Dukungan Sosial					
	Kurang	7	28	6	24	1,000
	Baik	18	72	19	76	
6.	Kejadian Depresi (berdasarkan EPDS)					
	Ya	18	72	19	76	1,000
	Tidak	7	28	6	24	

Hasil uji kesetaraan/ homogenitas pada semua variabel antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum intervensi didapatkan hasil tidak ada perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok atau homogen ($p > 0,05$; $\alpha = 0,05$).

5.2.2 Hubungan karakteristik ibu dengan kejadian depresi Postpartum pada Kelompok Intervensi Sebelum Intervensi

Untuk mengetahui hubungan karakteristik responden dengan kejadian depresi pada kelompok intervensi sebelum pemberian intervensi edukasi digunakan uji *chi-square*.

Tabel 5.3.
Hubungan karakteristik ibu dengan kejadian depresi postpartum pada kelompok intervensi sebelum intervensi pendidikan kesehatan (n=25)

No	Karakteristik Ibu	Depresi Postpartum				OR (95 % CI)	p
		Ya		Tidak			
		n	%	n	%		
1.	Usia						
	Risiko Tinggi (<20 atau >35 tahun)	3	50	3	50	0,188 (0,025-1,414)	0,125
	Bukan risiko tinggi	16	84,2	3	15,8		
2.	Paritas						
	Primipara	6	85,7	1	14,3	2,308 (0,219-24,316)	0,637
	Multipara	13	72,2	5	27,8		
3.	Tingkat Pendidikan						
	Rendah	4	80	1	20	1,333 (0,119-14,901)	1,000
	Tinggi	15	75	5	25		
4.	Pekerjaan						
	Ibu Rumah Tangga	14	73,7	5	26,3	0,560 (0,052-6,036)	1,000
	Bekerja	5	83,3	1	16,7		
5.	Dukungan Sosial						
	Kurang	6	100	0	0	1,462 (1,077-1,984)	0,278
	Baik	13	0	6	100		

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Hasil analisis hubungan karakteristik responden pada kelompok intervensi dengan kejadian depresi sebelum pemberian intervensi edukasi menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik responden dengan kejadian depresi ($p > 0,05$; $\alpha = 0,05$).

5.2.3 Hubungan karakteristik ibu postpartum dengan Kejadian Depresi Postpartum pada Kelompok Intervensi Setelah Intervensi pendidikan kesehatan

Untuk mengetahui hubungan karakteristik responden pada kelompok intervensi dengan kejadian depresi setelah intervensi edukasi digunakan uji *chi-square*.

Tabel 5.4.
Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kejadian Depresi Postpartum Pada Kelompok Intervensi Setelah intervensi pendidikan kesehatan (n=25)

No.	Karakteristik Ibu	Depresi Postpartum				OR (95 % CI)	p
		Ya		Tidak			
		n	%	n	%		
1.	Usia						
	Risiko Tinggi (<20 atau >35 tahun)	1	16,7	5	83,3	1,700 (0,126-	1,000
	Bukan risiko tinggi	2	10,5	17	89,5	22,873)	
2.	Paritas						
	Primipara	1	14,3	6	85,7	1,333	1,000
	Multipara	2	11,1	16	88,9	(0,101- 17,549)	
3.	Tingkat Pendidikan						
	Rendah	1	20	4	80	2,250	0,504
	Tinggi	2	10	18	90	(0,162- 31,329)	
4.	Pekerjaan						
	Ibu Rumah Tangga	2	10,5	17	89,5	0,588	1,000
	Bekerja	1	16,7	5	83,3	(0,044- 7,194)	
5.	Dukungan Sosial						
	Kurang	3	50	3	50	0,500	0,009*
	Baik	0	0	19	100	(0,225- 1,113)	

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Hasil analisis hubungan karakteristik responden dengan kejadian depresi pada kelompok intervensi setelah pemberian intervensi edukasi menunjukkan bahwa hanya dukungan sosial yang berhubungan secara

bermakna dengan kejadian depresi postpartum ($p = 0,009$; $\alpha = 0,05$). Sementara variabel lain, yaitu usia, paritas, tingkat pendidikan, dan pekerjaan tidak berhubungan bermakna dengan kejadian depresi ($p > 0,05$; $\alpha = 0,05$).

Hasil analisis hubungan antara dukungan sosial dengan kejadian depresi menunjukkan bahwa proporsi responden yang mendapat dukungan sosial kurang baik mengalami depresi sebesar 50%, sedangkan responden yang mendapat dukungan sosial baik tidak mengalami depresi setelah pemberian intervensi edukasi. Hasil uji statistik pun didapatkan $p < 0,05$. Dari hasil ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan kejadian depresi postpartum. Dari hasil analisis lebih lanjut didapatkan bahwa responden yang mendapat dukungan sosial kurang baik berpeluang 0,5 kali mengalami depresi daripada responden yang mendapat dukungan sosial baik (OR = 0,500; 95% CI : 0,225-1,113).

5.2.4 Analisis Hubungan Karakteristik Ibu postpartum dengan Kejadian Depresi Postpartum pada Kelompok Kontrol Sebelum Intervensi

Untuk mengetahui hubungan karakteristik responden pada kelompok kontrol dengan kejadian depresi hasil pengukuran *pre-test* EPDS digunakan uji *chi-square*. Hasil uji dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.5.
Hubungan karakteristik ibu dengan kejadian depresi postpartum pada kelompok kontrol (*Pretest* EPDS) (n=25)

No.	Karakteristik Ibu	Depresi Postpartum				OR (95 % CI)	p
		Ya		Tidak			
		n	%	n	%		
1.	Usia						
	Risiko Tinggi (<20 atau >35tahun)	2	100	0	0	1,438 (1,097- 1,884)	1,000
	Bukan risiko tinggi (20-35 tahun)	16	69,6	7	30,4		
2.	Paritas						
	Primipara	7	63,6	4	36,4	0,477 (0,081- 2,807)	0,656
	Multipara	11	78,6	3	21,4		
3.	Pendidikan						
	Rendah	6	100	0	0	1,583 (1,123- 2,232)	0,137
	Tinggi	12	63,2	7	36,8		
4.	Pekerjaan						
	Ibu Rumah Tangga	16	72,7	6	27,3	1,333 (0,101- 17,549)	1,000
	Bekerja	2	66,7	1	33,3		
5.	Dukungan Sosial						
	Kurang	6	85,7	1	14,3	3,000 (0,291- 30,921)	0,626
	Baik	12	66,7	6	33,3		

Hasil analisis hubungan karakteristik responden kelompok kontrol dengan kejadian depresi pada minggu pertama (pengukuran *pre-test* EPDS) menunjukkan tidak ada hubungan antara karakteristik responden dengan kejadian depresi ($p > 0,05$; $\alpha = 0,05$).

5.2.5 Analisis hubungan karakteristik ibu dengan kejadian depresi postpartum pada kelompok kontrol (*Posttest* EPDS)

Untuk mengetahui hubungan karakteristik responden pada kelompok kontrol dengan kejadian depresi hasil pengukuran *post-test* EPDS digunakan uji *Chi-Square*.

Tabel 5.6.
Hubungan karakteristik ibu dengan kejadian depresi postpartum pada kelompok kontrol (*Posttest* EPDS) (n=25)

No.	Karakteristik Ibu	Depresi Postpartum				OR (95 % CI)	<i>p</i>
		Ya		Tidak			
		n	%	n	%		
1.	Usia						
	Risiko Tinggi (<20 atau >35 tahun)	0	0	2	100	1,769 (1,236- 2,532)	0,500
	Bukan risiko tinggi	10	43,5	13	56,5		
2.	Paritas						
	Primipara	8	72,7	3	27,3	16,000 (2,165- 118,270)	0,005*
	Multipara	2	14,3	12	85,7		
3.	Pendidikan						
	Rendah	2	33,3	4	66,7	0,688 (0,100- 4,719)	1,000
	Tinggi	8	42,1	11	57,9		
4.	Pekerjaan						
	Ibu Rumah Tangga	8	36,4	14	63,6	0,286 (0,022- 3,669)	0,543
	Bekerja	2	66,7	1	33,3		
5.	Dukungan Sosial						
	Kurang	3	42,9	4	57,1	1,179 (0,200- 6,931)	1,000
	Baik	7	38,9	11	61,1		

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Hasil analisis hubungan karakteristik responden dengan kejadian depresi pada kelompok kontrol di minggu ketiga (pengukuran *post-test* EPDS) menunjukkan bahwa variabel usia, pendidikan, pekerjaan, dan dukungan sosial tidak ada hubungan dengan kejadian depresi postpartum ($p > 0,05$), sedangkan variabel paritas memiliki hubungan bermakna ($p = 0,005$; $\alpha = 0,05$).

Hasil analisis hubungan antara paritas dengan kejadian depresi menunjukkan bahwa proporsi responden primipara mengalami depresi sebesar 72,7% dan multipara sebesar 14,3%. Hasil uji statistik pun menunjukkan bahwa ada perbedaan proporsi kejadian depresi antara

responden primipara dengan multipara. Dari hasil analisis lebih lanjut didapatkan bahwa responden primipara berpeluang 16,0 kali mengalami depresi daripada responden multipara (OR = 16,000 ; 95% CI : 2,165-118,270).

5.3. Perbedaan Kejadian Depresi Berdasarkan Intervensi Edukasi

Untuk mengetahui perbedaan kejadian depresi sebelum dan sesudah diberikan intervensi edukasi di setiap kelompok digunakan uji *Mc Nemar*. Hasil uji dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.7

Perbedaan Kejadian Depresi Sebelum dan Setelah intervensi edukasi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi di Jakarta Tahun 2010 (n=50)

Kelompok	Depresi	Pre-Intervensi		Post-Intervensi		<i>p</i>
		n	%	n	%	
Kontrol	Ya	18	72	10	40	0,057
	Tidak	7	28	15	60	
Intervensi	Ya	19	76	3	12	0,000*
	Tidak	6	24	22	28	

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Hasil analisis proporsi kejadian depresi pada ibu postpartum kelompok kontrol berdasarkan hasil tes EPDS menunjukkan adanya penurunan proporsi depresi sebesar 32%. Namun hasil uji *Mc Nemar* didapatkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara proporsi kejadian depresi sebelum dan setelah intervensi pada ibu postpartum kelompok kontrol ($p = 0,057$; $\alpha = 0,05$).

Hasil analisis proporsi kejadian depresi pada ibu postpartum kelompok intervensi sebelum pemberian intervensi edukasi menunjukkan bahwa mayoritas responden mengalami depresi sebesar 76%, sedangkan sisanya 24% tidak depresi. Setelah pemberian intervensi edukasi, terjadi penurunan proporsi depresi sebesar 64%. Hasil uji *Mc Nemar* menunjukkan bahwa

terdapat perbedaan proporsi depresi sesudah diberikan intervensi edukasi pada ibu postpartum kelompok intervensi ($p = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

Hasil evaluasi pada minggu ketiga *post*-intervensi terhadap tindakan yang dilakukan ibu postpartum kelompok intervensi saat mengalami perasaan sedih, marah, stres, cemas, dan depresi ataupun saat ibu merasa kelelahan adalah melakukan relaksasi dan teknik pernafasan dalam (25 ibu), berjalan-jalan ke rumah tetangga, bercerita dengan orang dekat (suami, keluarga, teman atau tetangga) (25 ibu), mendengarkan musik dan menonton televisi (22 ibu), beristirahat dan meminta bantuan suami untuk merawat bayi (22 ibu), doa dan zikir (5 ibu) dan pergi ke salon (3 ibu).

Tabel 5.8
Perbedaan kejadian depresi setelah intervensi edukasi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi di Jakarta Tahun 2010 (n=50)

Kelompok	Depresi	Post-Intervensi		OR (95% CI)	<i>p</i>
		n	%		
Kontrol	Ya	10	40	0,722 (0,57-9,217)	1,000
	Tidak	15	60		
Intervensi	Ya	3	12		
	Tidak	22	28		

Berdasarkan hasil tes EPDS pada akhir intervensi, proporsi ibu yang mengalami depresi pada kelompok intervensi sebesar 12% dan pada kelompok kontrol 40%. Dari hasil ini tampak bahwa proporsi ibu yang mengalami depresi pada kelompok yang mendapat intervensi edukasi lebih sedikit daripada yang tidak mendapat intervensi edukasi. Akan tetapi hasil uji *chi square* pada tabel 5.9 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara proporsi ibu yang mengalami depresi pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol di minggu ketiga ($p=1,000$; $\alpha =0,05$).

BAB 6

PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas intervensi edukasi pada depresi postpartum. Disamping itu penelitian bertujuan untuk mengetahui perbedaan kejadian depresi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, setelah dilakukan intervensi paket bahagia ibu bayi. Pada bab ini juga dibahas tentang hasil-hasil penelitian serta interpretasi dari penelitian yang terkait dengan penelitian-penelitian sebelumnya serta teori-teori yang dapat memperkuat atau menyanggah penelitian ini.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

6.1.1 Karakteristik Responden

Responden kelompok kontrol berjumlah 25 responden dan kelompok intervensi berjumlah 25 responden, seluruhnya berjumlah 50 responden. Perolehan responden terbanyak dari Puskesmas Matraman (54%), Puskesmas Jatinegara (24%) dan paling sedikit dari Puskesmas Setiabudi (18%). Perbedaan tempat memperoleh responden yang mengalami persalinan normal di beberapa Puskesmas tidak mempengaruhi hasil penelitian karena pengambilan responden didasarkan pada kriteria inklusi dan semua responden belum terpapar dengan intervensi paket Bahagia Ibu Bayi. Walaupun ibu mendapat pendidikan kesehatan dari petugas tentang perawatan ibu dan bayi tetapi materi yang diberikan hanya berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik dan belum mencakup kebutuhan perawatan psikologis ibu postpartum.

Penelitian ini menggali karakteristik responden untuk melihat gambaran responden yaitu usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, dan dukungan sosial yang dikontrol oleh kriteria inklusi. Hasil penelitian ini menunjukkan proporsi responden mayoritas berusia bukan risiko tinggi, paritas multipara,

berpendidikan tinggi, dan mendapat dukungan sosial baik. Hasil pengukuran depresi menggunakan *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) didapatkan bahwa responden yang mengalami depresi sebanyak 37 orang.

Hasil uji kesetaraan pada semua variabel antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan hasil tidak ada perbedaan yang bermakna (homogen). Karakteristik responden yang homogen mendukung validitas hasil penelitian sehingga perbedaan proporsi kejadian depresi pada ibu postpartum setelah intervensi adalah akibat dari pemberian intervensi edukasi. Hal ini didukung oleh pendapat dari Notoatmojo (2005) bahwa pada penelitian kuasi eksperimen dengan rancangan *pre post-test design*, jika pada awalnya kedua kelompok mempunyai sifat yang sama, maka perbedaan hasil penelitian setelah diberikan intervensi dapat disebut sebagai pengaruh dari intervensi yang diberikan. Sesuai pendapat di atas maka dapat dianggap bahwa penurunan proporsi kejadian depresi pada ibu postpartum pada penelitian ini adalah hasil dari pemberian intervensi edukasi.

Para ahli mengatakan bahwa predisposisi terjadinya depresi pascasalin dapat disebabkan oleh faktor hormonal, berupa perubahan kadar estrogen, progesteron, prolaktin dan estriol yang terlalu rendah atau terlalu tinggi. Kadar estrogen turun secara bermakna setelah melahirkan, ternyata estrogen memiliki efek supresi aktifitas enzim monoamine oksidase, yaitu suatu enzim otak yang bekerja menginaktivasi baik noradrenalin maupun serotonin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi (Rosenthal, 2003). Faktor hormonal merupakan variabel *confounding* yang dapat mempengaruhi terjadinya depresi, namun tidak digunakan dalam penelitian ini sebab pada ibu postpartum tidak dilakukan pemeriksaan hormonal.

Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya depresi yaitu usia dan paritas, pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan, latar belakang psikososial wanita yang bersangkutan seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat gangguan kejiwaan

sebelumnya, keadaan sosial ekonomi serta keadekuatan dukungan sosial dari lingkungannya (suami, keluarga dan teman) (Nurchasanah, 2009; Iskandar, 2007; Gilbert & Harmon, 2003; Rosenberg, Greening & Windell, 2003; Buckley, 1993).

Banyak penelitian telah dilakukan untuk melihat hubungan antara risiko untuk terjadinya *postpartum blues* dan depresi serta beberapa variabel demografi seperti usia, paritas, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan dan status sosial ekonomi. Ditemukan bukti bahwa beberapa faktor demografi merupakan faktor predisposisi terjadinya PPB dan PPD. Beberapa laporan menunjukkan bahwa primipara lebih rentan terhadap daripada wanita multipara. Studi lain menunjukkan bahwa komplikasi obstetrik seperti partus lama, seksio sesaria, lahir mati (*stillbirth*) dan kondisi bayi baru lahir bisa meningkatkan kecenderungan terjadinya depresi pada ibu postpartum.

Penelitian yang dilakukan Ozalp, Tanir, Yazan dan Keskin di Turkey (2003) melaporkan bahwa ibu yang melahirkan pada usia ≤ 19 mengalami abortus, berat bayi lahir rendah nilai Apgar menit pertama dan ke-5 rendah, sedangkan pada usia ≥ 35 tahun mengalami aborsi, preeklampsia, eklampsia, nilai Apgar rendah. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun dapat meningkatkan risiko kesehatan dan risiko sosial bagi ibu. Ibu berisiko mengalami komplikasi kehamilan, persalinan dan postpartum sehingga dapat mengancam keselamatan ibu dan bayi yang dapat berdampak bagi psikologis ibu. Akan tetapi hasil penelitian yang berbeda dari Nurbaeti (2002) melaporkan bahwa kondisi bayi baru lahir meliputi berat lahir, nilai Apgar menit pertama dan ke lima tidak berhubungan secara signifikan dengan depresi postpartum.

Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan antara karakteristik ibu postpartum yang melahirkan normal dengan kejadian depresi postpartum yaitu :

6.1.1.1 Usia

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel usia tidak berhubungan dengan kejadian depresi postpartum. Hal ini sesuai dengan beberapa hasil penelitian yang menyatakan tidak ada hubungan antara usia dengan depresi postpartum (Nazara, 2006; Nurbaeti, 2002; Soep, 2009).

Usia merupakan salah satu faktor yang mempunyai pengaruh cukup penting terhadap kejadian depresi. Usia pada ibu postpartum erat kaitannya dengan kesiapan mental seorang ibu dalam menjalani pernikahannya dan melahirkan bayi. Ibu yang berusia kurang dari 20 tahun masih belum optimal perkembangan organ reproduksinya untuk melahirkan bayi dan emosi ibu masih labil, sedangkan ibu yang berusia lebih dari 35 tahun dianggap berisiko tinggi mengalami kelainan kehamilan yang membahayakan kesehatan janin dan gangguan kesehatan pada ibu paska melahirkan. Rentang usia yang optimal bagi ibu melahirkan adalah usia 20-35 tahun (usia bukan risiko tinggi). Pada masa ini diharapkan seorang ibu telah memiliki kemampuan untuk memecahkan masalah yang dihadapi dengan ketenangan emosi terutama dalam menghadapi persalinan (Hurlock, 2002).

6.1.1.2 Paritas

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel paritas pada kelompok intervensi tidak berhubungan dengan kejadian depresi postpartum, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian depresi postpartum ($p=0,005$). Pada kelompok intervensi, proporsi depresi setelah dilakukan intervensi menurun sebesar 24% pada primipara dan 64% pada multipara kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol hanya mengalami penurunan sebesar 4% pada primipara dibandingkan dengan 48% pada multipara. Hal ini sejalan dengan penelitian Soep (2009) yang melaporkan terdapat pengaruh yang signifikan antara paritas dengan depresi postpartum setelah intervensi

psikoedukasi, pada multipara mengalami penurunan depresi lebih cepat dibandingkan dengan primipara.

Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa stres psikologis dan fisik yang terkait dengan kewajiban baru sebagai ibu dapat mengakibatkan krisis emosional yang akhirnya dapat menghambat adaptasi ibu terhadap peran maternal (Bobak, 2000). Hasil penelitian ini didukung oleh pendapat yang dikemukakan Iskandar (2007) bahwa kejadian depresi postpartum salah satunya dipengaruhi oleh paritas atau pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan. Ibu primipara umumnya mengalami kecemasan karena belum berpengalaman dalam melahirkan dan merawat bayi dibandingkan multipara. Ibu primipara cenderung berisiko mengalami depresi, mengingat bahwa peran seorang ibu dan segala yang berkaitan dengan bayinya merupakan situasi yang baru bagi dirinya sehingga dapat menimbulkan stres. Ibu yang baru pertama kali melahirkan biasanya akan mengalami banyak kesulitan dalam proses adaptasi peran menjadi orang tua, sedangkan ibu yang telah memiliki pengalaman merawat bayi sebelumnya akan lebih siap menjalankan peran pengasuhan. Orangtua dengan anak pertama dan belum memiliki pengalaman dalam mengasuh bayi akan cenderung terlalu melindungi bayi (Supartini, 2004).

6.1.1.3 Pendidikan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan kejadian depresi postpartum. Hasil ini juga menunjukkan walaupun sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan tinggi, tetapi masih dapat berisiko terjadi depresi. Hasil penelitian Wratsangka (1996) menyatakan bahwa ibu yang berpendidikan tinggi umumnya memiliki perasaan ambivalensi antara peran sebagai ibu dalam merawat anak dan keluarga dengan keinginan ibu untuk meningkatkan karier sehingga ibu dengan tingkat pendidikan tinggi lebih rentan mengalami depresi.

Hasil penelitian Nazara (2006) dan Nurbaeti (2002) melaporkan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan depresi postpartum, namun penelitian Soep (2009) menunjukkan pendidikan berpengaruh signifikan terhadap depresi postpartum yang dialami ibu berpendidikan rendah. Begitu juga penelitian Mutmainnah (2006) menunjukkan perilaku merawat bayi pada ibu berpendidikan tinggi berbeda secara bermakna dengan perilaku ibu berpendidikan rendah ($p=0,018$).

Ibu dengan pendidikan tinggi lebih mudah menerima pembelajaran, terbuka dalam menerima informasi tentang manfaat perawatan psikologis ibu postpartum, dan lebih realistis dalam memecahkan masalah dibandingkan ibu dengan tingkat pendidikan rendah, sehingga ibu cenderung mampu mengatasi jika terjadi depresi. Ibu berpendidikan tinggi memiliki pengetahuan lebih banyak, sehingga kesadaran terhadap pemeliharaan kesehatan lebih baik. Ketika menyadari adanya masalah kesehatan, ibu yang berpengetahuan baik cenderung mencari pertolongan secepatnya untuk mengatasi masalah (Redman, 1993 dalam Potter & Perry, 2006).

Hal ini didukung literatur yang menyatakan bahwa pendidikan dapat melindungi seseorang dari perkembangan buruk dalam menghadapi masalah gangguan psikis. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi ditemukan lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa. Pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2005).

6.1.1.4 Pekerjaan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pekerjaan ibu tidak berhubungan dengan kejadian depresi postpartum. Hal ini sesuai dengan beberapa hasil penelitian yang menyatakan tidak ada perbedaan antara ibu yang bekerja dan tidak bekerja dengan depresi postpartum (Nazara, 2006; Nurbaeti, 2002; Soep, 2009). Menurut peneliti, status ibu yang bekerja dan memiliki penghasilan tetap ataupun tidak bekerja (hanya menjalankan tugas rutinitas sebagai ibu rumah tangga) cenderung tidak mempengaruhi kondisi

psikologis ibu pascasalin, sebab status pekerjaan ibu lebih berpengaruh terhadap peningkatan penghasilan keluarga. Ibu yang bekerja kemungkinan memiliki dana yang lebih baik untuk melakukan pemeliharaan kesehatan dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja, sehingga tingkat kecemasan ibu cenderung berhubungan dengan adanya keterbatasan dana saat ibu memerlukan pelayanan kesehatan.

6.1.1.5 Dukungan Sosial

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel dukungan sosial pada kelompok intervensi berhubungan secara signifikan dengan kejadian depresi postpartum, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan kejadian depresi. Dukungan sosial dalam penelitian ini adalah bantuan yang diberikan oleh suami, keluarga dekat atau orang lain setelah ibu melahirkan. Proporsi responden yang mendapat dukungan sosial kurang baik masih mengalami depresi sebesar 50% sedangkan responden yang dukungan sosialnya baik tidak ada yang mengalami depresi setelah dilakukan intervensi edukasi. Hal ini sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa kurangnya dukungan keluarga terutama suami dan anggota keluarga dekat lainnya dapat memicu terjadinya depresi postpartum (Rosenthal, 2003; Wolman, 1993 dalam Alfiben dkk 2000).

Kondisi ibu pascasalin perlu mendapat perhatian khusus. Ibu membutuhkan proses penyesuaian diri baik secara fisik dan psikologis untuk memulihkan diri ke kondisi normal. Selain itu, ibu harus siap menjalani peran baru untuk merawat dan mengasuh bayi. Kelelahan yang dirasa ibu setelah melahirkan disertai adanya nyeri persalinan, perubahan hormonal ibu dan kehadiran bayi yang menyita waktu istirahat ibu cenderung menyebabkan terjadinya depresi. Sistem dukungan sosial yang adekuat dan konsisten dibutuhkan ibu sebagai faktor utama keberhasilan ibu melakukan proses penyesuaian diri. Kebutuhan ibu terhadap dukungan suami, keluarga dekat maupun dukungan lingkungan ini disebut dukungan sosial (Ismail, 2001).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa variabel *confounding* yang paling berpengaruh terhadap efektivitas intervensi psikoedukasi dalam mencegah dan mengatasi depresi postpartum adalah variabel dukungan keluarga / suami (Soep,2009; Nazara, 2006). Penelitian lain melaporkan bahwa kurangnya dukungan suami merupakan salah satu faktor risiko yang paling berpengaruh dengan kejadian PPB (Wratsangka, 1996). Penelitian Alfiben (2000) menemukan kejadian PPD lebih rendah pada kelompok perlakuan yang didampingi suami yaitu hanya 1,3 % (1 dari 26 responden) dibandingkan kelompok yang tidak didampingi suami selama persalinan yaitu sebesar 23,5 % (12 dari 51 responden). Menurut Nichols (2000), kehadiran fisik, perhatian dan bantuan merawat bayi merupakan dukungan yang sangat berharga bagi seorang ibu yang sedang mengalami depresi.

Dengan demikian dapat disimpulkan jika ibu tidak mendapatkan dukungan sosial yang adekuat, maka ibu cenderung mengalami gangguan depresi pada masa postpartum meskipun ibu telah mendapatkan intervensi edukasi.

6.1.2 Perbedaan Kejadian Depresi Sebelum dan Sesudah Intervensi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian depresi yang dialami ibu postpartum kelompok kontrol pada minggu pertama dan minggu ketiga pascasalin tidak berbeda secara bermakna ($p=0,057$), meskipun terjadi penurunan proporsi kejadian depresi sebesar 32%. Mayoritas responden mengalami kejadian depresi pada minggu pertama setelah melahirkan sebesar 72% ($n=25$) berdasarkan penilaian EPDS (*Edinburgh Postpartum Depression Scale*).

Kejadian depresi dalam rentang waktu dua minggu setelah melahirkan masih merupakan kondisi adaptasi psikologis normal pada ibu dan bersifat sementara, biasanya disebut juga sebagai *postpartum blues* (PPB). Prosentase kejadian PPB sesuai dengan teori yang menyatakan antara 50 – 80% pada ibu pascasalin berisiko mengalami PPB (Bick, Mac Arthur, Knowles dan Winter, 2003). Demikian juga Chen (2000) melaporkan

kejadian depresi postpartum ringan (PPB) sampai berat di Taiwan sebesar 40%, dan terdapat 50 – 80% ibu yang baru pertama kali melahirkan mengalami depresi postpartum di berbagai negara.

PPB dikategorikan sebagai sindroma gangguan mental yang ringan yang seringkali tidak dipedulikan oleh ibu postpartum yang mengalaminya, sehingga pada akhirnya dapat menjadi masalah yang menyulitkan, tidak menyenangkan serta membuat perasaan ibu tidak nyaman, dan jika dibiarkan dalam waktu lama maka gangguan ini dapat berkembang menjadi keadaan yang lebih berat yaitu depresi (PPD) dan psikosis, yang dapat berdampak buruk bagi ibu, bayi dan keluarganya (Kaplan & Sadock, 1998; Olds, London & Ladewig, 2000).

Kejadian depresi yang dialami responden pada minggu pertama umumnya disebabkan oleh adanya nyeri setelah persalinan, termasuk kelelahan, kurang tidur dan asupan nutrisi yang menurun pada ibu postpartum. Pada ibu yang baru pertama kali memiliki bayi biasanya mengalami kecemasan akan ketidakmampuan mengurus bayi. Ibu postpartum yang mengalami konflik dengan suami, gangguan peran sebagai orang-tua (ibu), dan masalah perilaku bayi cenderung mengalami depresi. Ibu postpartum yang kurang mendapat dukungan keluarga terutama suami dan anggota keluarga dekat lainnya, mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan, ataupun memiliki riwayat gangguan jiwa sebelum hamil berisiko mengalami depresi (Rosenthal, 2003; Wolman, 1993 dalam Alfiben dkk 2000).

Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu postpartum seperti adanya pembengkakan payudara, edema dan laserasi perineum, pengeluaran *lochea*, spasme spinkter kandung kemih, perubahan bentuk tubuh dan lain lain yang menyebabkan perasaan tidak nyaman bagi ibu setelah melahirkan dapat menjadi sumber stressor pencetus depresi sehingga ibu perlu beradaptasi terhadap perubahan tersebut (Pilliteri, 2003; Wong, Perry dan Hockenberry, 2002). Setelah ibu melahirkan, terjadi perubahan psikologis yang cukup kompleks. Kondisi psikologis ibu dipengaruhi oleh respon anggota keluarga

terhadap kelahiran bayi, sehingga seluruh keluarga, perlu mempersiapkan diri secara psikologis dalam menerima kehadiran anggota keluarga baru.

Periode pascasalin merupakan periode transisi kehidupan baru yang cukup membuat stres, karena ibu harus beradaptasi dengan perubahan fisik, psikologis dan sosial yang dialaminya karena melahirkan dan mulai merawat bayi (Elvira dalam Lubis, 2009). Tidak semua ibu mampu melakukan adaptasi dan mengatasi stressor tersebut sehingga terjadi depresi postpartum. Hal ini dibuktikan dari hasil penelitian yang menunjukkan tingginya proporsi kejadian depresi (40%) yang masih dialami responden kelompok kontrol pada minggu ketiga setelah melahirkan.

PPD mempunyai pengaruh yang penting pada interaksi bayi dan ibu selama tahun pertama karena bayi tidak mendapatkan rangsangan cukup (Smith & Jaffe, 2007). Pada ibu yang mengalami PPD dapat menyebabkan minat dan ketertarikan terhadap bayinya berkurang sehingga tidak berespon positif terhadap bayinya. Ibu yang tidak mampu merawat bayinya secara optimal akan mengakibatkan kondisi kesehatan dan kebersihan bayinya tidak optimal. Ibu juga menjadi tidak bersemangat menyusui bayinya sehingga pertumbuhan dan perkembangan bayinya tidak seperti bayi-bayi dengan ibu yang sehat (Lubis, 2009).

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada kejadian depresi yang dialami ibu postpartum kelompok intervensi pada minggu pertama dan minggu ketiga pascasalin ($p=0,000$). Setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan berupa paket 'Sayang Ibu Bayi' terdapat penurunan proporsi kejadian depresi pada ibu postpartum sebesar 64%.

Intervensi edukasi/ pendidikan kesehatan bagi ibu postpartum bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan ibu, sehingga dengan pengetahuannya tersebut ibu mampu mengambil keputusan untuk terlibat aktif dalam perawatan dirinya sehari-hari sehingga meningkatkan kemandiriannya. Selain meningkatkan pengetahuan, ibu postpartum diajarkan teknik

relaksasi dan teknik pernafasan untuk digunakan saat ia mengalami keadaan stres, cemas, dan depresi. Berbagai respons psikologis yang menimbulkan stress dan perilaku selama masa postpartum dapat berawal dari ketidaktahuan dan keterlambatan mendapatkan informasi. Pengelolaan aspek kognitif untuk meningkatkan pengetahuan dengan pemberian informasi kesehatan merupakan hal penting untuk menunjang keberhasilan program pencegahan PPD.

Berdasarkan hasil evaluasi pada minggu ketiga *post-intervensi* terhadap tindakan yang dilakukan ibu postpartum kelompok intervensi saat mengalami perasaan sedih, marah, stres, cemas, dan depresi antara lain melakukan relaksasi dan teknik pernafasan dalam (25 ibu), berjalan-jalan ke rumah tetangga, bercerita dengan orang dekat (suami, keluarga, teman atau tetangga) (25 ibu), mendengarkan musik dan menonton televisi (22 ibu), beristirahat dan meminta bantuan suami/ keluarga untuk merawat bayi (22 ibu), berdoa (5 ibu) dan pergi ke salon (3 ibu).

Pendidikan Kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Pendidikan kesehatan juga merupakan suatu usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga dan kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan/perilakunya untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2007). Pendidikan Kesehatan yang dikenal sebagai promosi kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kontrol atau taraf kesehatan mereka. Promosi kesehatan merupakan konsep positif yang menekankan pada suatu proses yang dilakukan terhadap kapasitas individu, sosial, politik, spiritual ataupun kapasitas fisik (Ottawa Charter for Health Promotion, WHO 2008). Penelitian ini menggunakan intervensi pendidikan/ promosi kesehatan berupa intervensi edukasi dengan tujuan meningkatkan kesadaran ibu tentang pentingnya melakukan perawatan psikologis ibu setelah melahirkan, seperti halnya perawatan fisik yang dibutuhkan ibu.

Hasil penelitian yang mendukung pentingnya dilakukan pendidikan kesehatan bagi ibu antara lain Sustini (2003) di Kabupaten Sidoarjo dan Lamongan Jawa Timur mengemukakan bahwa pemberian pendidikan kesehatan kepada ibu dan keluarganya sangat bermanfaat bagi kesadaran mereka untuk melakukan perawatan kesehatan ibu. Hasil penelitian Nazara (2006) di Kabupaten Nias menunjukkan bahwa ibu postpartum yang mendapat intervensi *psikoedukasi* mengalami depresi lebih kecil sebesar 12,5% dibandingkan kelompok kontrol 51,1%, sehingga intervensi psikoedukasi pada ibu postpartum efektif mencegah . Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Soep (2009) tentang pengaruh intervensi psikoedukasi yang dapat menurunkan proporsi depresi sebesar 65% pada ibu postpartum yang mengalami depresi postpartum.

Berdasarkan hasil penelitian ini, intervensi edukasi dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan mandiri untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang tentang perawatan kesehatan psikologis ibu di rumah guna mencegah dan mengatasi terjadinya depresi postpartum.

Materi intervensi edukasi mencakup pengenalan dan pencegahan PPD, dilengkapi teknik relaksasi. Teknik relaksasi yang diberikan kepada ibu postpartum dapat digunakan ketika ibu postpartum mengalami stres, cemas dan depresi. Imajinasi terbimbing dan relaksasi adalah metode untuk meningkatkan relaksasi otot-otot yang mengalami ketegangan (Wilkinson, 2002).

Ruang lingkup pendidikan/ promosi kesehatan dikelompokkan dalam dua bagian, yaitu Promosi kesehatan pada aspek promotif dengan sasaran kelompok orang sehat dan promosi kesehatan pada aspek pencegahan dan penyembuhan (Notoatmojo, 2007). Intervensi pendidikan kesehatan dalam penelitian ini menggunakan metode ceramah dan tanya jawab, tukar pengalaman, diskusi dan demonstrasi, dengan menggunakan alat bantu laptop (audio visual) dan paket 'Bahagia Ibu Bayi dalam bentuk *booklet*.

Promosi kesehatan merupakan tindakan mandiri perawat maternitas untuk mengatasi masalah kurangnya pengetahuan, kecemasan, dan ketidakmampuan ibu postpartum terhadap masalah kesehatan yang dialaminya sehingga diharapkan terjadinya perubahan perilaku hidup sehat. Dengan demikian promosi kesehatan sangat diperlukan dalam pemberian asuhan keperawatan maternitas dan diarahkan pada kegiatan peningkatan, mempertahankan dan memulihkan status kesehatan, mencegah penyakit dan membantu ibu postpartum dalam memelihara kesehatan secara fisik dan psikologis.

6.1.3 Perbedaan Proporsi Kejadian Depresi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Setelah Pemberian Intervensi edukasi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penurunan proporsi depresi pada kelompok intervensi setelah diberikan intervensi edukasi lebih besar dibandingkan penurunan proporsi depresi pada kelompok kontrol. Dari hasil analisis lebih lanjut dengan uji *Chi-Square* didapatkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara proporsi kejadian depresi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi. Menurut peneliti, hal ini disebabkan oleh adanya kemampuan pada ibu postpartum kelompok kontrol yang tidak mendapatkan paket pendidikan kesehatan untuk beradaptasi secara psikologis sehingga ibu postpartum kelompok kontrol yang tidak mengalami depresi yaitu sebesar 60%.

Hal ini sesuai teori Rubin (1977 dalam Pilliteri, 2003) yang menyatakan bahwa adaptasi psikologis ibu postpartum memasuki fase mandiri terjadi sekitar dua minggu postpartum. Ibu mulai dapat menjalankan peran barunya secara penuh sejalan dengan kemampuan merawat bayi dan semakin percaya diri. Akan tetapi pada penelitian ini sebagian dari ibu postpartum masih mengalami depresi sebesar 40% sehingga perlu dilakukan intervensi pendidikan kesehatan intervensi edukasi, terutama bagi ibu dengan paritas primipara yang belum berpengalaman dalam merawat bayi dibandingkan

multipara. Ibu primipara biasanya akan banyak mengalami kesulitan dalam proses adaptasi peran menjadi orang tua.

Berdasarkan hasil penelitian ini, tingginya prosentase kejadian depresi pada ibu postpartum di Jakarta dapat disebabkan karena kondisi sosial ekonomi rendah, mayoritas ibu tidak bekerja dan hanya mengandalkan suami atau keluarga dekat yang membantu memenuhi kebutuhan hidup ibu dan bayi. Kelahiran seorang bayi akan menambah beban finansial sehingga mempengaruhi peningkatan stres pada keluarga. Stres ini bisa mengganggu perilaku orangtua terutama ibu dalam merawat bayi dan stres yang tidak ditangani dapat berkembang menjadi depresi postpartum.

Proporsi kejadian depresi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak berbeda secara bermakna pada penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh karena intervensi edukasi hanya diberikan dalam satu kali pertemuan pada kelompok intervensi sehingga masih terdapat responden yang mengalami depresi postpartum sebesar 12%. Berdasarkan teori belajar Bandura (1977 dalam Syah, 2005), intervensi pendidikan kesehatan perlu dilakukan secara berulang-ulang agar tercapai perubahan perilaku (*afektif*) dari peserta didik, khususnya ibu postpartum dalam mencegah dan mengatasi terjadinya depresi.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan yang dirasakan dan diidentifikasi oleh peneliti, antara lain adalah sebagai berikut:

6.2.1 Besar Sampel

Sampel penelitian yang terbatas dapat mengakibatkan kurang terwakilinya populasi sehingga menyebabkan hasil penelitian sulit untuk di generalisasi. Pada saat pengambilan data berlangsung sempat terjadi kekosongan responden di Puskesmas Menteng, membuat peneliti berinisiatif untuk

mengambil sampel di Puskesmas Matraman yang pada awalnya dijadikan sebagai tempat pengambilan sampel intervensi, akhirnya digunakan juga untuk pengambilan sampel kontrol.

6.2.2 Pelaksanaan Pengumpulan Data

Dalam pelaksanaan penelitian ini awalnya peneliti dibantu oleh kolektor data dengan latar pendidikan dan pengalaman yang berbeda dengan peneliti. Hal ini dapat menjadi bias dalam penelitian karena kualifikasi peneliti dengan kolektor data yang berbeda. Meskipun peneliti sudah melakukan pelatihan terhadap kolektor data, namun kolektor data hanya bersedia membantu pada waktu luang dan peneliti mengalami kesulitan saat mencari alamat responden untuk dilakukan kunjungan rumah. Untuk menghindari bias, peneliti melaksanakan pengumpulan data secara langsung pada saat kunjungan rumah.

6.3 Implikasi keperawatan

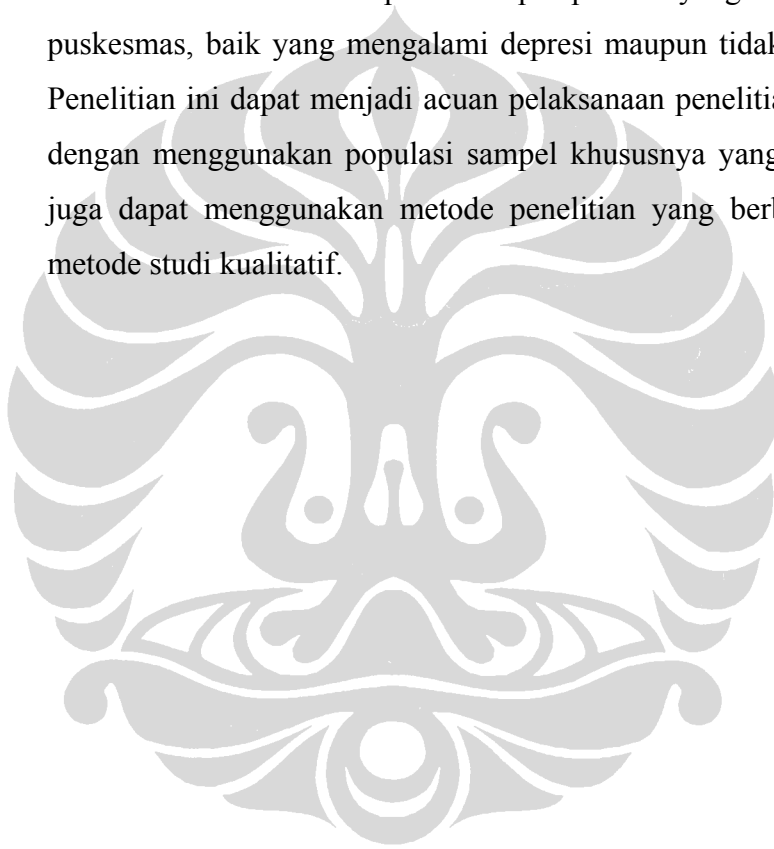
Paket pendidikan kesehatan “Bahagia Ibu Bayi” dapat dikembangkan dan diterapkan sebagai intervensi keperawatan mandiri yang dapat dilakukan oleh perawat maternitas. Intervensi edukasi memberikan dampak positif bagi ibu postpartum dengan adanya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dalam mencegah dan mengatasi terjadinya depresi postpartum.

Hasil penelitian menunjukkan manfaat intervensi pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan tentang depresi postpartum dan membantu perawatan psikologis ibu postpartum, sehingga paket ini dapat dipergunakan sebagai salah satu komponen dari *discharge planning* keperawatan yang diberikan pada ibu postpartum yang melahirkan normal di puskesmas maupun di rumah sakit.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk pengembangan intervensi promosi kesehatan pada aspek *preventif* dan kuratif khususnya pada kasus

depresi postpartum dan secara umum pada ibu hamil dan postpartum. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pembelajaran dalam proses belajar mengajar terutama keperawatan maternitas. Selain itu, hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai landasan atau bahan uji lebih lanjut untuk mengembangkan ilmu dalam bidang keperawatan, serta pengembangan intervensi lain khususnya menghindari masalah kesehatan pada masa postpartum.

Penelitian ini dilakukan pada ibu postpartum yang melahirkan normal di puskesmas, baik yang mengalami depresi maupun tidak mengalami depresi. Penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan menggunakan populasi sampel khususnya yang mengalami depresi, juga dapat menggunakan metode penelitian yang berbeda, seperti dengan metode studi kualitatif.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa karakteristik ibu postpartum yang mempengaruhi kejadian depresi adalah variabel paritas dan dukungan keluarga, sedangkan variabel usia, pendidikan, dan pekerjaan tidak berpengaruh terhadap depresi postpartum.

Kejadian depresi pada kelompok kontrol mengalami penurunan sebesar 32%, namun hasilnya tidak berbeda secara bermakna dengan asumsi penurunan depresi adalah akibat respon adaptasi psikologis ibu postpartum.

Pemberian intervensi edukasi/ pendidikan kesehatan dapat menurunkan kejadian depresi pada kelompok intervensi sebesar 64% secara bermakna ($p=0,000$), tetapi tidak bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini mungkin disebabkan karena intervensi edukasi hanya diberikan dalam satu kali pertemuan sehingga masih ada kejadian depresi postpartum sebesar 12%.

7.2 Saran

7.2.1 Untuk Ibu postpartum

Pendidikan kesehatan perlu diberikan kepada ibu postpartum agar ibu postpartum memiliki pengetahuan dalam mencegah dan mengatasi terjadinya depresi postpartum sehingga ibu dapat merawat diri dan bayinya secara optimal.

7.2.2 Untuk pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian dapat dijadikan masukan untuk mengembangkan protokol intervensi keperawatan dalam mencegah dan menurunkan depresi pada ibu postpartum, dan digunakan sebagai salah satu komponen *discharge planning*.

7.2.3 Untuk Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan untuk para praktisi pendidikan agar dapat mengembangkan paket pendidikan kesehatan tentang pencegahan depresi postpartum kedalam kurikulum, serta dapat menjadi bahan pembelajaran di area keperawatan maternitas.

7.2.4 Rekomendasi penelitian selanjutnya

7.2.4.1 Perlu diteliti efektivitas intervensi edukasi dalam mencegah depresi postpartum terhadap ibu pada masa antenatal.

7.2.4.2 Perlu diteliti efektivitas intervensi edukasi yang diberikan dalam beberapa kali pertemuan terhadap ibu postpartum yang mengalami depresi, serta faktor-faktor lain yang mempengaruhi seperti keadaan sosial ekonomi, adanya komplikasi persalinan, dan adanya masalah kesehatan bayi. Selain itu perlu dilakukan penelitian dengan desain kualitatif untuk mengeksplorasi lebih dalam respons psikologis ibu postpartum yang mengalami depresi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aden, C. (2008). *Pengaruh paket aman terhadap pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan oleh ibu risiko persalinan prematur serta efektivitasnya terhadap maturitas kehamilan di Jakarta*. Tesis FIK.UI. Tidak dipublikasikan.
- Alfiben., Wiknjosastro G.H., dan Elvira S.D (2000). Efektivitas peningkatan dukungan suami dalam menurunkan terjadinya depresi postpartum. *Maj Obst Gin Indon* 2000; 24: 208-14.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition (Text Revision). Washington, DC:American Psychiatric Assosiation (APA).
- Ariawan. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. FKM.UI: Tidak Dipublikasikan.
- Arikunto, S. (2007). *Manajemen penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Atmadibrata, B.P. (2005). Punya bayi kok malah sedih. *Femina*, Agustus, 32, 76-77.
- Beck, C.T. (1998). A checklist to identify woman at risk for developing postpartum depression. *JOGNN Principles & Practice*, 27, 39-46.
- Beck, C.T, & Galbe, R.K. (2000). Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Journal of Nursing Research*, 49 (5), 272-282.
- Bick, D., Arthur, M.C., Knowles, H., & Winter, H. (2003). *Postnatal care, evidence and guidelines for management*. China: Churchill Livingstone.
- Bobak I, M., Lowdermilk, & Jensen, M. D. (2003). *Maternity and womens health care*. 7th ed. St Louis: Mosby.
- _____. (2000) *Maternity Nursing*. 4th ed. St.Louis: Mosby
- Leigh. B, & Milgrom, J. (2007). Acceptability Of Antenatal Screening For Depression In Routine Antenatal Care. *Australian Journal of Advanced Nursing; Vol; 24,No 3*.
- Buckley, K., and Kulb, N.W. (1993). *High risk maternity nursing manual. nursing*. (2nd ed). Philadelphia: Williams & Wilkins.

- Chen, C., Tseng, Y. F., Chou, F. H., & Wang, S. Y. (2000). Effects of support group in postnatally distress woman: A Controlled studi in Taiwan. *Journal Psychosomatic Research*, 49, 395-399.
- Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsycchiatry*, 73, 441-454.
- Cleveland Clinic. (2009). *Depression after the birth of a child or pregnancy loss*. Diunduh December 9, 2009 http://my.clevelandclinic.org/disorders/Depression/hic_Depression_After_the_Birth_of_a_Child_or_Pregnancy_Loss.aspx.
- Demaria, F. (2005). *Urinary incontinence, 3D US reliably measures postpartum urine retention*. diunduh December 10, 2009 <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Dempsey, P.A & Dempsey, A.D. (2003). *Nursing research: riset keperawatan*. Alih bahasa Palupi Widyastuti. Jakarta: EGC.
- Depkes RI, (2007). *Pharmaceutical care untuk penderita gangguan depresif*. Diunduh 20 April 2009 <http://125.160.76.194/bidang/yanmed/farmasi/Pharmaceutical/DEPRESI.pdf>.
- Djamarah, S.B & Zain, A. (2002). *Strategi belajar mengajar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Elvira D.S, Ismail R.I, Kusumadewi I, dan Wibisono S. (1999). Positive risk factors in Dr. Ciptomangunkusumo, Fatmawati and Persahabatan general hospital in 1998, A pilot study. *Indon Psychiat*, 1:3-15.
- Epperson C.N, & Ballew, J. (2007). *A common complication of childbirth*. Diunduh April 18, 2009 <http://www.springerlink.com/content/r643087u623p4t42/fulltext.pdf>.
- Gilbert, E. S., & Harmon, J. S. (2003). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. (3rd ed). Missouri: Mosby Elsevier ; p.130-40, 184-194.
- Glascoc, P. F. (2005). *Screening for maternal perinatal depression: Tools and exemplary approaches for screening*. Diunduh January 18, 2010 <http://www.dbpeds.org/articles/detail.cfm?TextID=356>
- Hadi, P. (2004). *Depresi dan Solusinya*. Yogyakarta: Tugu.
- Hanusa B.H, Scholle S.H, Haskett R.F, Spadaro K, & Wisner K.L. (2008). Screening for depression in the postpartum period: a comparison of three instruments. *Journal Womens Health*, 17(4):585–596.
- Hastono , S. P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok : FKM-UI.

- Hidayat, A.A.A. (2007). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hurlock. (2002). *Psikologi perkembangan*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Hyun Ju Cho, Jung Hye Kwon, Jeong Jhe Lee. (2008). Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: A pilot study. *Yonsei Med.Vol 49,No 4*. Diunduh October 11, 2009 <http://www.eymj.org/2008/pdf/08553.pdf>.
- Iskandar. (2007). Postpartum blues. Diunduh October 11, 2009, <http://www.mitrakeluarga.com/kemayoran/kesehatan005.html>.
- Ismail, R.I. (2002). Diunduh 25 April 2009 <http://www.litbang.depkes.go.id/download/penelusuran/abstrak/Abstrak2004.pdf>.
- _____. (2001). Faktor risiko depresi prabersalin dan depresi pascabersalin. Minat khusus pada dukungan sosial dan kesesuaian hubungan suami isteri. Disertasi. FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Jayalangkara, A. (2005). Gangguan jiwa pada kehamilan. *Jurnal Medika Nusantara*, 26:268-272.
- Kaplan & Sadock. (1998). *Depresi postpartum*. Diunduh April 25, 2009 <http://klinis.wordpress.com/2007/12/29/depresi-postpartum/>.
- Kassel, K. (2010). *Postpartum Care for Mothers*. Diunduh December 9, 2009 <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=c5987b1e-add7-403a-b817-b3efe6109265&chunkiid=101235>.
- Kozier, B. (2003). *Fundamentals of nursing concepts, process, and practice*. (5th ed), California: Addison wesley.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., & Bobak, I.M. (1999). *Maternity nursing*. (5th ed), St Louis: Mosby.
- Lubis, L. N. (2009). *Depresi tinjauan psikologis*, Edisi 1. Jakarta: Kencana.
- National Mental Health Association. (2009). *Postpartum disorders*. Diunduh January 10, 2010 <http://www.mentalhealthamerica.net/index.cfm?objectId=C7DF8CE1-1372-4D20-C892917FA2B62555>.
- Muthmainnah, M. (2006). *Efektivitas pendidikan kesehatan pada periode awal postpartum dengan metode CPDL terhadap kemampuan ibu primipara merawat bayi di propinsi Jambi*. Program Pascasarjana FIK UI. Tesis. Tidak dipublikasikan.

- Nazara, Y. (2006). *Efektivitas intervensi psikoedukasi terhadap pencegahan depresi postpartum di Kabupaten Nias*. Tesis FIK. UI. Tidak dipublikasikan.
- Nichols, F.H., & Humenick, S.S. (2000). *Childbirth education, practice, research and theory*. (2nd ed), Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Notoatmodjo, S (2007). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurbaeti, I. (2002). *Analisis hubungan antara karakteristik ibu, kondisi bayi baru lahir, dukungan sosial dan kepuasan perkawinan dengan depresi postpartum primipara di RSAB Harapan Kita Jakarta*. Tesis FIK. UI. Tidak dipublikasikan.
- Nurchasanah. (2009). *Ensiklopedi kesehatan wanita*. Yogyakarta: Familia.
- Old, L.M, London, Patricia A. & Ladewig. (2001). *Maternal newborn nursing: a family centered approach*. California: Addison-Wesley Nursing
- Ozalp, S., Tanir, M.H., Sener, T., Yazan, S., Keskin, E. A. (2003). Health risks for early (≤ 19) and late (≥ 35) childbearing. *Arch Gynecol Obstet*, 268:172–174
- Pilliteri, A. (2003). *Maternal and child health nursing ; Care of the childbearing and childbearing family*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essential of nursing research: Methodes, appraisal, and utilization*. Philadelphia : Lippincott.
- Potter, P.A & Perry, A.G. (2001). *Fundamentals of nursing: Fundamentals of nursing concepts, process, and practice* (6th ed). Philadelphia: The Mosby Years Book Inc.
- Potter, A. P., & Perry, G. A. (2006). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Volume 2. Edisi 4. Jakarta: EGC. Alih bahasa. Jakarta: EGC
- Regina, Pudjibudojo, J. K dan Malinton, P. K. (2001). Hubungan antara depresi postpartum dengan kepuasan seksual pada ibu primipara. *Anima Indonesian Psychological Journal*. Vol. 16. No. 3, 300 – 314.
- Rosenberg, R., Greening, D, & Windell, J (2003). *Conquering postpartum depression: A proven plan for recovery*. Cambridge: Perseus Books Group.
- Rosenthal, M. Sara. (2003). *Woman depression:a sane approach to mood disorder*. Los Angeles: Lowell House.

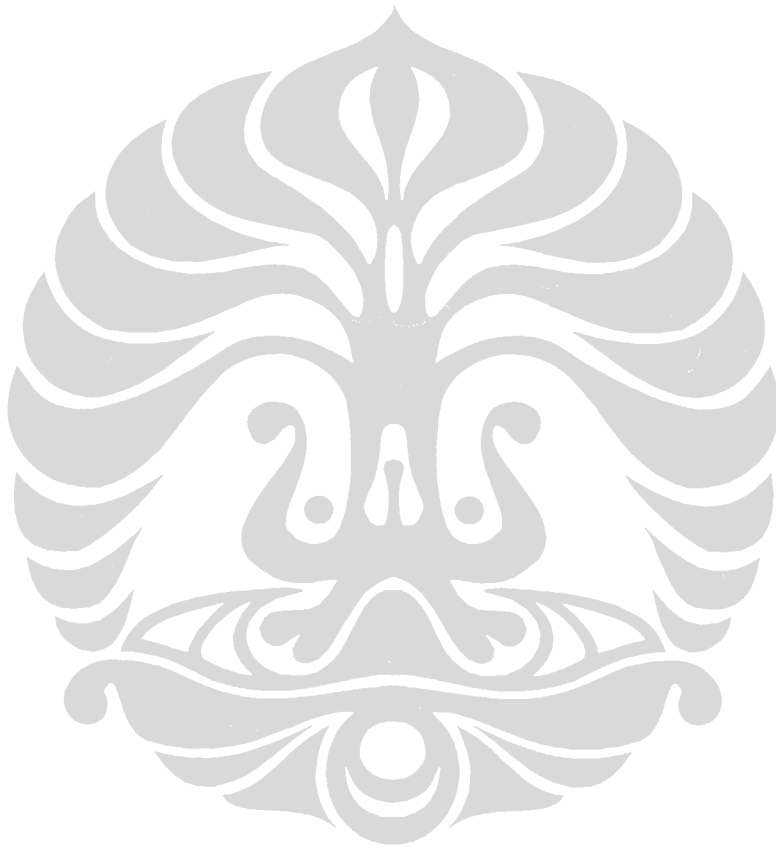
- Runiari, N. (2005). *Persepsi perawat, ibu postpartum dan keluarga tentang materi yang prioritas dan metode pemberian edukasi ibu postpartum di RSUP Fatmawati tahun 2005*. Tesis FIK. UI. Tidak dipublikasikan.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto.
- Schot & Priest. (2008). *Kelas antenatal* (Edisi 2). Alih bahasa: Nike Budhi Subekti. Jakarta: EGC. (Sumber Asli: 2000)
- Sherwen, L.N. (2002). *Maternity nursing; Care of the childbearing family* (4th ed.). Toronto: Appleton and lange.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, C. L (2003). Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1172-1187.
- Spinelli, M. G (2004) Maternal infacide associated with mentall illness: Prevention and promise of saved lives. *Journal Psychiatry*, 161 (9), 1548-1557.
- Soep. (2009). Pengaruh intervensi psikoedukasi dalam mengatasi depresi Postpartum di RSUD Dr.Pirngadi Medan. htm : Diunduh June 10, 2010 <http://www.researchgate.net/publication/42324812>.
- Syah, M. (2005). *Psikologi pendidikan dengan pendekatan baru*. Edisi revisi. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psyhiatric nursing*. (7th ed.). St. Louis : Mosby Year B.
- Sugiyono. (2001). *Statistik untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sumijatun., Suliswati, Payapo, T., Maruhawa, J., & Sumartini, M. (2006). *Konsep dasar keperawatan komunitas*. Jakarta: EGC.
- Supartini, Y. (2004). *Buku ajar konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC.
- Sustini, F., Andajani, S., Marsudiningsih, A. (2003). Pengaruh pendidikan kesehatan, monitoring, dan perawatan ibu pasca persalinan terhadap kejadian morbiditas postpartum di Kabupaten Sidoarjo dan Lamongan Jawa Timur. *Buletin penelitian kesehatan*, Vol. 31, No. 2, 2003, 72-82.
- Townsend (2005), *Essentials of psychiatric mental health nursing*, 3th ed. Philadelphia : F. A. Davis Company.
- WHO (2008). *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*. Diunduh April 25, 2010 http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_98_3/msm_98_3_4.html.

WHO (2008). *World health statistic 2008*. Diunduh March 7, 2010
<http://searo.who.int/EN/Section313/Section1520.htm>.

Wilkinson, G. (2002). *Bimbingan dokter pada stres*. Editor: Ayodya L. Riyadi.
Jakarta: Dian Rakyat.

Wong, D.L., Perry, S.E., & Hockenberry, M (2002). *Maternal child nursing care*,
(2th ed). St.Louis : Mosby Inc.

Wratsangka, R (1996). *Tinjauan kasus "post-partum blues" pada tenaga kerja wanita berpendidikan tinggi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*. Tesis.
Tidak dipublikasikan.



Lampiran 1

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Esther. T. Hutagaol
NPM : 0806446246
Status : Mahasiswa program magister keperawatan
Maternitas Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Dengan ini mengajukan permohonan kepada ibu untuk bersedia menjadi responden penelitian yang akan saya lakukan dengan judul : **Efektifitas Paket “Bahagia Ibu Bayi” untuk menurunkan depresi postpartum (PPD) pada ibu postpartum.**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas paket bahagia ibu bayi untuk menurunkan PPD selama 3 minggu. Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat bagi ibu postpartum dalam menurunkan PPD.

Selama pelaksanaan pengisian angket ini, Ibu akan memperoleh penjelasan dari peneliti. Setelah membaca uraian ini, Ibu berhak untuk menolak atau tidak terlibat dalam penelitian ini. Informasi yang Ibu berikan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Penelitian ini tidak mempengaruhi pelayanan kesehatan yang akan diberikan oleh pihak puskesmas.

Apabila Ibu menyetujui, maka kami mohon agar Ibu menandatangani lembar persetujuan menjadi responden dan mengisi kuesioner yang kami sertakan dalam lembaran ini.

Hasil penelitian ini kelak akan dimanfaatkan sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien postpartum.

Demikian surat permohonan ini peneliti buat, atas kesediaan dan kerjasama ibu, peneliti mengucapkan terima kasih.

Jakarta,April 2010
Peneliti

Nama dan tanda tangan

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

LEMBAR PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Berdasarkan penjelasan yang telah disampaikan oleh peneliti tentang penelitian yang berjudul **“Efektivitas intervensi edukasi untuk menurunkan depresi postpartum pada ibu postpartum”** dengan ini saya menyatakan bersedia secara sukarela untuk menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa pasca sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan kekhususan maternitas Universitas Indonesia atas nama:

Esther T. Hutagaol, NPM: 0806446246.

Saya memahami bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan terutama perawatan ibu postpartum.

Selanjutnya secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Catatan : Sewaktu-waktu ibu dapat membatalkan partisipasi ini karena berbagai alasan.
Atas perhatian, kesediaan, bantuan dan kerjasama Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Mengetahui
Saksi (Keluarga) :

Jakarta, April 2010

1.

Yang membuat pernyataan

Tanda tangan

Tanda tangan

2.

Tanda tangan

PROTOKOL INTERVENSI EDUKASI

A. Persiapan

1. Siapkan klien (ibu postpartum) untuk pemberian edukasi tentang ibu bayi.
2. Siapkan alat bantu atau media pembelajaran (Laptop, *booklet*) untuk menjelaskan prosedur Intervensi intervensi edukasi.

B. Pelaksanaan

1. Intervensi edukasi berisi pengetahuan tentang perawatan ibu postpartum dan cara pencegahan depresi yang mencakup: pengertian PPD; pembagian depresi; faktor resiko PPD; penyebab PPD; dampak PPD; cara mencegah PPD; kapan ibu menderita Depresi Postpartum; tips mengatasi gejala depresi; kiat sehat dan cantik setelah melahirkan; manajemen stres, cemas dan depresi.
2. Sasaran intervensi edukasi adalah ibu postpartum.
3. Waktu pelaksanaan intervensi disepakati bersama klien saat klien dalam kondisi siap menerima pembelajaran.
4. Intervensi pendidikan kesehatan diberikan saat kunjungan pertama ke rumah klien. Petugas pemberi informasi adalah peneliti sendiri sehingga konsistensi intervensi dapat dipertahankan. Petugas duduk di hadapan responden dan menjelaskan isi *booklet* dengan menggunakan metode ceramah, tanya jawab, diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi.

Prosedur intervensi pemberian intervensi edukasi adalah sebagai berikut:

- a. Waktu yang dibutuhkan berkisar 60 menit yang dibagi menjadi pendahuluan selama 5 menit untuk pemberi materi mengucapkan salam pembuka dan memperkenalkan diri serta menjelaskan cakupan materi. Penjelasan selama 45 menit, peneliti memberikan penjelasan mengenai materi yang ada dalam *booklet* dan memberikan kesempatan pada responden untuk bertanya bila

belum jelas. Selanjutnya penutup selama 10 menit untuk tanya jawab dan menyimpulkan materi.

- b. Mengajarkan teknik relaksasi terhadap ibu postpartum yang merupakan aplikasi tindakan dalam mengatasi stres, cemas dan depresi. Waktu yang dibutuhkan berkisar 45 menit. Demonstrasi dilakukan oleh pemberi materi dan responden diminta untuk redemonstrasi kembali, selama proses ini responden diberi kesempatan juga untuk bertukar pengalaman mengenai kondisi yang diderita. Setelah selesai pemberi materi mengucapkan salam penutup. Selanjutnya melakukan perjanjian dengan responden akan ada kunjungan rumah minimal 1 kali pada minggu ke tiga setelah intervensi (hari ke-15 sampai ke-18) untuk mengukur adanya depresi pada ibu postpartum.

C. Evaluasi

1. Pada Bagian akhir *booklet*, ibu di beri lembar evaluasi tentang pokok-pokok materi pembelajaran untuk diisi dengan pilihan jawaban (mengerti atau tidak mengerti) setelah mendapatkan penjelasan isi *booklet*.
2. Ibu mengisi lembar pelaksanaan teknik pernafasan dan relaksasi sesuai dengan latihan yang dilakukan ibu selama dua minggu terhitung sejak pemberian *booklet*.
3. Melakukan monitoring pelaksanaan intervensi edukasi melalui telepon, pada hari ke-7 (1 minggu setelah pemberian *booklet*) dan mengecek lembar evaluasi ibu yang menunjukkan intervensi edukasi dilaksanakan di rumah oleh responden.

Lampiran 4

(BOOKLET)

PAKET “BAHAGIA IBU BAYI”



Oleh :
ESTHER T. HUTAGAOL
0806446246



PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN MATERNITAS

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS INDONESIA

JAKARTA, 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas kasih dan karuniaNya penulisan buku ibu bayi ini dapat diselesaikan. Pembuatan buku ini bertujuan memberi informasi dan pengetahuan kepada pembaca, khususnya bagi ibu postpartum dalam upaya menurunkan depresi postpartum (PPD).

Paket “BIB” ini berisi informasi tentang pengertian PPD hingga cara pencegahan dan cara mengatasi gejala depresi, kiat sehat dan cantik setelah melahirkan serta manajemen stres, cemas dan depresi. Peran suami dan anggota keluarga lainnya sangat dibutuhkan untuk memberi dukungan kepada ibu setelah melahirkan sehingga ibu dapat merawat dirinya dan merawat bayi dengan optimal, serta mampu mengontrol perasaan stres, cemas dan depresi.

Semoga buku ini dapat membantu para pembaca khususnya ibu postpartum dan keluarga/ suami dalam mencegah depresi. Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam pembuatan buku ini. Oleh karena itu penulis akan selalu membuka diri untuk menerima kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun untuk melengkapi tulisan ini, semoga di masa yang akan datang dapat diperbaiki sebagaimana mestinya.

Jakarta, Februari 2010

Penulis,

Ns.Esther T. Hutagaol, SKp.

1. Pengertian PPD



PPD (postpartum depresi) adalah suatu gangguan alam perasaan yang dialami ibu setelah melahirkan bayi dan berlangsung pada tahun pertama setelah kelahiran bayi.

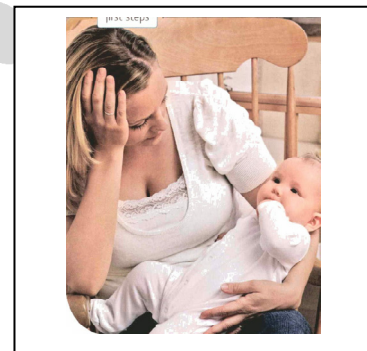
Hal ini disebabkan karena periode setelah melahirkan bayi merupakan periode peralihan kehidupan baru yang cukup membuat stres, saat ibu harus beradaptasi dengan perubahan fisik, psikologis dan sosial yang dialaminya karena melahirkan dan mulai merawat bayi

2. Pembagian Depresi pada ibu postpartum

2.1. *Postpartum blues/ baby blues* (PPB), yaitu depresi ringan pada ibu postpartum, yang muncul dalam minggu pertama setelah persalinan, ditandai dengan gejala-gejala : sedih, sering menangis, mudah tersinggung atau marah, kesal, cemas, perasaan tertekan, cenderung menyalahkan diri sendiri, perasaan lelah, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan. Umumnya PPB dialami oleh sekitar 70-80% ibu postpartum.

Ibu cenderung :

- ❖ menangis tanpa alasan yang jelas
- ❖ kesulitan tidur, makan, dan membuat pilihan
- ❖ sering bertanya apakah mereka dapat menangani/ merawat bayi.



Gejala PPB biasanya akan berangsur hilang setelah 14 hari dan masih merupakan kondisi adaptasi psikologis yang normal pada ibu pasca melahirkan.

2.2. *Postpartum depresi* (PPD) merupakan kondisi yang lebih serius daripada PPB, di mana ibu akan mengalami perasaan sedih dan emosi yang meningkat atau merasa tertekan, menjadi lebih sensitif, merasa bersalah, merasa lelah, cemas dan ketidakmampuan untuk merawat diri dan merawat bayi. Jika setelah masa 2 minggu PPB tidak hilang, maka kemungkinan ibu mengalami PPD, dan PPD bisa berlangsung selama dua tahun. Umumnya PPD dialami sekitar 10% ibu postpartum.

2.3. *Postpartum Psychosis* adalah bentuk yang paling berat dari gangguan jiwa masa postpartum. Ibu mengalami gangguan proses pikir dan halusinasi dengar yang menyuruh ibu tersebut untuk menyakiti atau membunuh dirinya sendiri atau anaknya sehingga sangat memerlukan pertolongan psikiater.



3. Faktor risiko PPD mencakup :

Ibu postpartum yang berisiko mengalami PPD adalah mereka yang punya pengalaman depresi sebelumnya; tekanan hidup seperti perceraian, perubahan pekerjaan, atau kematian orang yang dikasihi, kurang dukungan pasangan, perselisihan dengan pasangan, sistem pendukung sosial yang tidak adekuat; pernah keguguran, kematian janin, sebelumnya hamil dengan komplikasi atau kehamilan yang tidak direncanakan/diharapkan.

4. Penyebab PPD :

a. Perubahan hormonal yaitu kadar hormon *estrogen* dan *progesteron* menurun tajam dalam beberapa jam setelah melahirkan dapat memicu depresi seperti perubahan kadar hormon sebelum menstruasi dapat memicu perubahan suasana hati dan ketegangan.

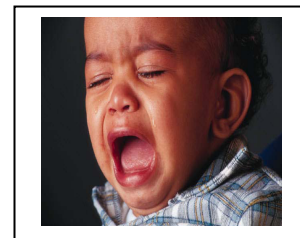
- b. Perubahan besar pada tubuh pasca-melahirkan dapat mempengaruhi suasana hati seorang wanita dan perilaku selama sehari-hari atau berminggu-minggu. Contoh: rasa sakit akibat episiotomy atau proses persalinan, pembesaran payudara, pengeluaran lochea, dll.
- c. Kelelahan pasca melahirkan. Di puskesmas, tidur terganggu oleh pengunjung, rutinitas kegiatan ruang bersalin dan menyusui bayi. Di rumah, ibu harus menyusui bayi dan perawatan harus dilakukan sepanjang waktu, bersama dengan tugas-tugas rumah tangga.



- d. Banyak faktor emosional yang dapat mempengaruhi harga diri wanita dan cara dia menangani stress. Perasaan kehilangan kebebasan akibat adanya bayi dan kehilangan daya tarik seksual setelah melahirkan, tidak percaya diri dan tidak siap dengan peran baru akibat bertambahnya tugas dan tanggung-jawab.

5. Dampak PPD pada ibu dan bayi :

Ibu mengalami gangguan aktivitas sehari-hari, gangguan dalam berhubungan dengan orang lain (suami, keluarga dan teman), risiko menggunakan zat-zat berbahaya seperti: rokok, alkohol, obat-obatan / narkotika, kemungkinan terjadi gangguan jiwa yang lebih berat yaitu melakukan bunuh diri atau membunuh bayi. Akibat PPD pada bayi adalah bayi sering menangis dalam jangka waktu lama, mengalami masalah tidur dan gangguan makan, bayi kurang terawat, dan tumbuh kembang bayi terganggu.



6. Cara Mencegah PPD.

Hal-hal yang perlu dilakukan ibu postpartum :

- ✓ Jaga kesehatan jiwa dengan berpikir positif atas semua hal yang telah terjadi, wanita yang memiliki anak merupakan kebanggaan tersendiri. Munculkan keberanian dan tanggung jawab sebagai ibu serta siap belajar cara merawat diri sendiri dan bayi.
- ✓ Minta bantuan dari orang lain sehingga ibu memperoleh tidur cukup, makanan sehat (gizi seimbang) dan olahraga.
- ✓ Hindari alkohol, kopi, dan obat-obatan kecuali direkomendasikan dokter.
- ✓ Segera periksa ke layanan kesehatan jika khawatir tentang berkembangnya PPD.
- ✓ Luangkan waktu untuk menyenangkan bayi, jangan hanya terfokus pada memberi makan dan mengganti popok.
- ✓ Apapun adanya bayi terimalah dia sebagai karunia Tuhan, sayangilah bayi dengan tulus dan sepenuh hati.



7 . Kapan Ibu mengalami Depresi Postpartum

Seorang ibu baru dapat berkembang atau sudah mengalami PPD jika dia memiliki salah satu dari tanda-tanda atau gejala berikut:

- Baby blues tidak menghilang setelah 1 minggu, atau jika perasaan makin memburuk.
- Perasaan depresi dan kemarahan datang 1-2 bulan setelah melahirkan.
- Perasaan sedih, keraguan, rasa bersalah, atau tidak berdaya meningkat setiap minggu.
- Ibu tidak mampu mengurus dirinya sendiri atau bayinya.
- Ibu mengalami kesulitan melakukan tugas di rumah atau di tempat kerja.
- Selera makannya berubah.
- Tidak lagi melakukan hal-hal yang disenanginya.
- Terlalu khawatir terhadap bayinya, atau tidak berminat pada bayi.
- Serangan cemas atau panik dapat terjadi. Ibu mungkin takut ditinggal sendirian di rumah dengan bayi.
- Ibu takut membahayakan bayi. Perasaan-perasaan ini dapat mengakibatkan rasa bersalah, yang membuat depresi semakin buruk.
- Ibu punya pikiran menyakiti diri atau bunuh diri.



8. Tips Mengatasi Gejala Depresi

- a. Postpartum depresi adalah suatu gangguan psikologis, bukan tanda kelemahan. Ibu harus jujur dengan diri sendiri dan orang-orang yang peduli disekitarnya tentang perasaan ibu pasca melahirkan. Komunikasikan dengan suami, keluarga atau teman dan tenaga kesehatan profesional tentang kemungkinan terjadinya PPD serta cara menanganinya jika terjadi.
- b. Jika ibu mengalami kurang nafsu makan, makanlah makanan bergizi sedikit tapi sering sepanjang hari. Suplemen gizi berguna untuk menjaga energi ibu.
- c. Dapatkan latihan rutin harian, seperti berjalan-jalan menggendong bayi di luar ruangan. Latihan membantu memperbaiki mood.
- d. Komunikasikan dengan suami tentang pembagian tugas rumah tangga dan pengasuhan bayi.
- e. Cari orang yang bisa membantu menyelesaikan pekerjaan rumah tangga jika memungkinkan. Keluarga dan teman-teman sering senang untuk membantu seorang ibu dengan adanya tuntutan bayi baru lahir.
- f. Jangan bekerja berlebihan, beristirahatlah secukupnya dan cobalah untuk tidur ketika bayi tidur siang. Kelelahan dapat meningkatkan depresi.
- g. Dapatkan sebanyak mungkin sinar matahari pagi, berjalan-jalan keluar dan bertemu dengan tetangga atau teman.
- h. Hindari kopi, penggunaan alkohol atau zat lainnya untuk merasa lebih baik.
- i. Bergabung dengan dukungan kelompok ibu untuk saling bertukar pengalaman dalam merawat bayi.
- j. Luangkan waktu untuk relaksasi dan lakukan aktivitas yang menyenangkan seperti ke salon untuk perawatan diri, membaca buku, menonton TV, mendengarkan musik, berkebun, berendam air hangat, dll.



9. Kiat Sehat dan Cantik Setelah Melahirkan



a. Lakukan perawatan tubuh

Pijat plus aromaterapi. Selain nikmat, pijat dapat membantu mengurangi selulit dan memperlancar sirkulasi darah. Selulit adalah penumpukan lemak yang berlebihan pada jaringan kulit sehingga permukaan kulit tampak tidak rata (seperti kulit jeruk). Selain itu, pijat juga dapat menyegarkan tubuh dan pikiran.

Bila peredaran darah lancar dan energi tubuh meningkat, maka tumpukan lemak dalam tubuh akan berkurang, sekaligus membuat tubuh menjadi relaks. Selain perawatan tubuh, yang paling penting juga perawatan untuk mengencangkan kulit perut yang kendur akibat bersalin, yaitu dengan memakai gurita, biasanya digunakan selama 40 hari setelah melahirkan.

b. Makan makanan bergizi seimbang

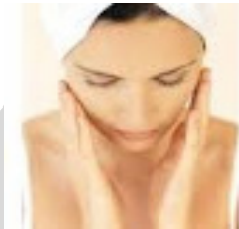
Atur menu makan dengan gizi seimbang serta mengandung banyak vitamin seperti sayuran hijau dan buah-buahan. Makan makanan bergizi seimbang bukan berarti makan dalam porsi yang banyak. Makanan bergizi akan membuat kulit tampak sehat dan bersih.

c. Minum Air Putih secukupnya (1,5 – 2 liter / hari)

Banyak minum air putih sangat baik, karena air putih tidak membuat gemuk. Fungsi air dalam tubuh membawa nutrisi dan membuang racun dan menghanyutkan kotoran yang mengendap dalam tubuh. Disamping itu kulit Anda pun menjadi lembab, segar dan bercahaya.

d. Rajin berolah raga

Olah raga bukan saja membuat seluruh otot tubuh menjadi kencang, tapi tubuh pun sehat dan bugar. Postur tubuh ibu akan menjadi lebih baik. Untuk bulan pertama, pilih jenis olah raga yang ringan-ringan, seperti yoga, senam ringan, jalan kaki setiap pagi bersamaan dengan membawa bayi berjemur di pagi hari.



10. Manajemen Stres, cemas dan depresi

Beberapa cara mencegah stres yaitu dengan :

- a. Cukup tidur, tidur dibutuhkan untuk memulihkan tenaga dan meningkatkan sistem kekebalan tubuh.
- b. Cukup asupan gizi seimbang. Jenis makanan yang mengandung karbohidrat dapat meningkatkan kadar triptofan dalam otak, sehingga menstimulasi pelepasan serotonin yang menghasilkan efek menenangkan tubuh.
- c. Latihan fisik selama 20 menit setiap hari atau 3x seminggu. Olahraga bisa mengatasi depresi, yaitu menjadi sarana untuk menyalurkan kelebihan energi dalam tubuh, juga menjadi cara yang sehat untuk melepaskan amarah dan kegelisahan serta bisa mengurangi ketegangan fisik.
- d. Relaksasi serta mendengarkan musik. Musik sebagai sarana penyembuhan yang menguntungkan bagi kesehatan kita karena kemampuannya untuk mengalihkan perhatian kita dari pikiran-pikiran dan perasaan-perasaan yang negatif, meski hanya untuk sementara.

Manfaat relaksasi secara teratur adalah :



- ❖ Tidur lebih nyenyak
- ❖ Menambah daya tahan fisik dan mental
- ❖ Menghilangkan kelelahan
- ❖ Menghilangkan perasaan gugup dan cemas
- ❖ Tidak menimbulkan ketagihan

Persiapan relaksasi :

- ❖ Berbaring di ruangan yang tenang
- ❖ Tidur telentang dengan ke-dua tangan di sisi badan. Jika perlu, gunakan bantal dibawah kepala.
- ❖ Pejamkan mata, buatlah tubuh anda merasa nyaman.

Pernafasan untuk rileks :

Lemaskan rahang dan bahu, tarik nafas perlahan dan dalam melalui hidung dan keluarkan melalaui mulut sambil kembangkan perut anda saat menarik nafas. Kembangkan rongga dada juga saat udara masuk agar paru-paru terisi penuh. Tahan nafas selama 3-6 detik. Lalu keluarkan perlahan-lahan hingga rongga dada dan perut terasa rileks. Kosongkan paru-paru hingga tuntas.

- ❖ Jangan tegang, sebab dengan latihan hal ini terasa akan lebih mudah.
- ❖ Pertahankan cara bernafas dalam dan teratur selama latihan.

Pelaksanaan Relaksasi



Berbaring :

1. Tekuk jari-jari kaki dan tekan telapak kaki Anda ke bawah.
2. Tekan tumit Anda ke bawah dan tekuk kaki Anda ke atas.
3. Regangkan otot-otot betis Anda.
4. Regangkan otot-otot paha Anda, luruskan lutut hingga kaki Anda kaku.
5. Rapatkan pantat Anda.
6. Tahan perut Anda, seakan-akan siap menerima pukulan.
7. Tekuk ke-dua siku dan tegangkan otot-otot ditangan Anda.
8. Bungkukkan ke-dua bahu Anda dan tekan kepala Anda kembali ke atas bantal.
9. Rapatkan rahang Anda, kerutkan dan pejamkan mata erat-erat.
10. Regangkan seluruh otot tubuh Anda bersamaan.
11. Setelah 10 detik, istirahatlah total.
12. Pejamkan mata Anda.
13. Terus bernafas perlahan, bayangkan melihat bunga mawar putih dengan latar belakang hitam. Konsentrasi selama 30 detik, jangan menahan nafas. Bernafas seperti Anda lakukan tadi
14. Ulangi langkah 13, bayangkan benda lain menurut pilihan Anda.
15. Terakhir, beri instruksi pada diri sendiri bahwa jika Anda membuka mata, Anda akan merasa rileks dan segar.

Akhir Kata



Keberhasilan dalam mengatasi masalah sangat tergantung dari pengetahuan, kemauan dan peran serta ibu dalam merawat dirinya sendiri. Semoga informasi ini dapat berguna untuk mencegah dan mengatasi terjadinya depresi pada ibu postpartum.

A. LEMBAR EVALUASI IBU

Berilah tanda (√) pada kolom pemahaman ibu dan tuliskan pernyataan ibu.

No.	MATERI YANG DI JELASKAN	PEMAHAMAN IBU		PERNYATAAN IBU
		Ya	Tidak	
1.	Pengertian PPD			
2.	Pembagian Depresi			
3.	Faktor risiko PPD			
4.	Penyebab PPD			
5.	Dampak PP			
6.	Cara Mencegah PPD			
7.	Kapan ibu menderita Depresi Postpartum			
8.	Tips Mengatasi Gejala Depresi			
9.	Kiat Sehat dan Cantik Setelah Melahirkan			
10.	Manajemen stres, cemas dan depresi			

B. LEMBAR CHEK LIST KEGIATAN IBU

Jika ibu mengalami depresi (perasaan tertekan) dalam jangka waktu dua minggu terhitung setelah pemberian *booklet* ini, tuliskan perasaan ibu (Senang, sedih, marah, jengkel, dll) serta tindakan ibu saat itu pada lembar chek list, contohnya kegiatan/ latihan : Teknik Pernafasan (TP), Teknik Relaksasi (TR), Berjalan-jalan di sekitar rumah, Bercerita dengan orang dekat (keluarga, tetangga, teman), Melakukan kegiatan menyenangkan seperti pergi ke salon, Mendengarkan musik, Rekreasi dan lain-lain.

Hari Ke-	PERASAAN IBU	KEGIATAN / LATIHAN IBU

DAFTAR PUSTAKA

ACOG Education pamphlet, Postpartum depression, Retrived January 25, 2010 from <http://www.nmha.org/index.cfm?objectId=C7DF956C-1372-4D20-C88192E11CCAA8E4>

Donald Ph. D & James M. D, (2009). *Perfect mind perfect body*. Sebuah prinsip untuk meraih kesehatan abadi. Prestasi Pustaka Jakarta.

Epperson C. Neill and Ballew Jennifer, (2007, *A Common Complication of Childbirth*. <http://www.springerlink.com/content/r643087u623p4t42/fulltext.pdf> , Retrived 18 April 2009).

Haryono & Natalia. (2009). *Kembali cantik usai melahirkan*. Retrived January 15, 2010 from <http://www.tabloidnova.com/Nova/Kecantikan/Tubuh/Kembali-Cantik-Usai-Melahirkan-1&2>

Iskandar, (2007). Post Partum Blues, Retrived tanggal 7 Oktober 2009, <http://www.mitrakeluarga.com/kemayoran/kesehatan005.html>

Kassel Karen, MS, RD. (2010). *Postpartum Care for Mothers*. Retrived December 9, 2009 from <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=c5987b1e-add7-403a-b817-b3efe6109265&chunkid=101235>

Lubis N. Esthi. (2010). <http://www.balita-anda.indoglobal.com/suami-istri/458-menyalakan-hasrat-bercinta-setelah-si-kecil-hadir.html>

Nurchasanah, (2009). *Postpartum depresi*. Ensiklopedi kesehatan wanita, Familia : Yogyakarta.

WHO. (2008). *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*. Retrived January 25, 2010 from http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_98_3/msm_98_3_4.html.

Wilkinson Greg, Prof. (2002). *Bimbingan dokter pada stres*. Ed. Ayodya L. Riyadi, Dian Rakyat Jakarta.

--	--

KUESIONER A

KARAKTERISTIK SOSIODEMOGRAFI IBU POSTPARTUM

Petunjuk pengisian :

Lingkari salah satu jawaban sesuai pilihan ibu pada pertanyaan dibawah ini.

Pada kolom sebelah kanan (tertulis: di isi oleh petugas), ibu tidak perlu mengisi apapun.

A	Karakteristik Sosiodemografi Ibu	Di isi petugas
A1	Umur ibu saat ini adalah : a. <20 tahun b. 20 – 35 tahun c. >35 tahun	
A2	Ibu telah melahirkan : a. 1 kali b. > 1 kali	
A3	Pendidikan terakhir ibu adalah : a. SD b. SMP c. SMA d. Perguruan tinggi	
A4	Ibu Ibu bekerja dan memiliki penghasilan tetap : a. Ya b. Tidak	
A5	Siapa yang membantu ibu untuk meringankan pekerjaan rumah tangga dan memenuhi kebutuhan ibu ? (Pilihan jawaban boleh lebih dari satu) a. Suami b. Orang tua / mertua / Saudara c. Orang lain d. Tidak ada	

--	--

KUESIONER B
TERJEMAHAN EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Bagaimana Perasaan Anda dalam Tujuh Hari Terakhir Termasuk Hari Ini Setelah melahirkan bayi ? Beri tanda silang (X) pada pernyataan di bawah ini yang paling sesuai dengan perasaan Anda

B	PERTANYAAN	Di isi petugas
B1	Saya dapat tertawa bila melihat sesuatu yang lucu: (a) sering (b) kadang-kadang (c) jarang (d) tidak pernah	
B2	Saya dapat mengerjakan banyak hal dengan senang: (a) sering (b) kadang-kadang (c) jarang (d) tidak pernah	
B3	Saya menyalahkan diri saya sendiri apabila terjadi hal yang tidak menyenangkan: (a) sering (b) kadang-kadang (c) jarang (d) tidak pernah	
B4	Saya merasa khawatir dan cemas tanpa alasan yang jelas: (a) tidak pernah (b) kadang-kadang (c) jarang (d) sering	
B5	Saya merasa ketakutan atau panik tanpa alasan yang jelas: (a) sering (b) kadang-kadang (c) jarang (d) tidak pernah	
B6	Segala sesuatu terasa membebani saya sehingga: (a) hampir selalu saya merasa tidak bersemangat (b) kadang-kadang saya merasa tidak bisa mengatasi sebaik biasanya (c) hampir selalu saya merasa bisa mengatasi dengan baik (d) selalu saya bisa mengatasi sebaik biasanya	
B7	Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga sulit tidur: (a) hampir setiap hari (b) kadang-kadang (c) jarang (d) tidak pernah	
B8	Saya merasa sedih dan jengkel tanpa alasan: (a) hampir setiap waktu (b) kadang-kadang (c) jarang (d) tidak pernah	
B9	Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga saya menangis: (a) hampir setiap waktu (b) kadang-kadang (c) jarang (d) tidak pernah	
B10	Pernah ada pikiran putus asa: (a) sering (b) kadang-kadang (c) jarang (d) tidak pernah	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata :

Nama : Esther Tiarma Hutagaol
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 26 April 1970
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Menikah
Suami : Risal Silalahi
Pekerjaan : Perawat RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
Alamat Instansi : Jl. Raya Tanawangko Po. Box. 102 Manado
Alamat Rumah : Jl. Bethesda 2 No.78 Sario Kotabaru Manado

Riwayat Pendidikan :

SDN 30 Manado : Lulus tahun 1983
SMPN 4 Manado : Lulus tahun 1986
SMAN 26 Jakarta : Lulus tahun 1989
FIK UI Jakarta : Lulus tahun 1998
Program Studi Pasca Sarjana Kekhususan Maternitas FIK - UI tahun 2008

Riwayat Pekerjaan

Perawat Pelaksana Lanjutan : Tahun 2005 – Sekarang