



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PERSALINAN DENGAN KOMPLIKASI TERHADAP
KEMUNGKINAN TERJADINYA POSTPARTUM BLUES
DI KOTA SEMARANG**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Magister Ilmu Keperawatan

**Machmudah
0806446492**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
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 : Machmudah

NPM : 0806446492

Tanda tangan :

Tanggal : 14 Juli 2010

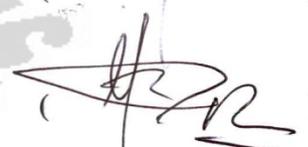
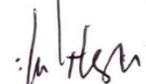
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Machmudah
NPM : 0806446492
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh Persalinan dengan Komplikasi terhadap
Kemungkinan Terjadinya *Postpartum Blues* di Kota
Semarang tahun 2010

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Setyowati, SKp, M.App. Sc., PhD ()
Pembimbing : Hayuni Rahmah, S.Kp, MNS ()
Penguji : Imami Nur Rachmawati, S.Kp, MSc ()
Penguji : Irna Nursanti, S.Kp, M.Kep, Sp.Mat ()

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah di setujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

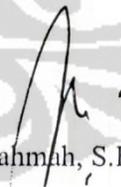
Jakarta, Juli 2010

Pembimbing I



DR. Setyowati, S.Kp., M.App.Sc., RN., Ph.D

Pembimbing II



Hayuni Rahmah, S.Kp, MNS

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan karuniaNya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “*Pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya postpartum blues di Kota Semarang*”. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas, pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

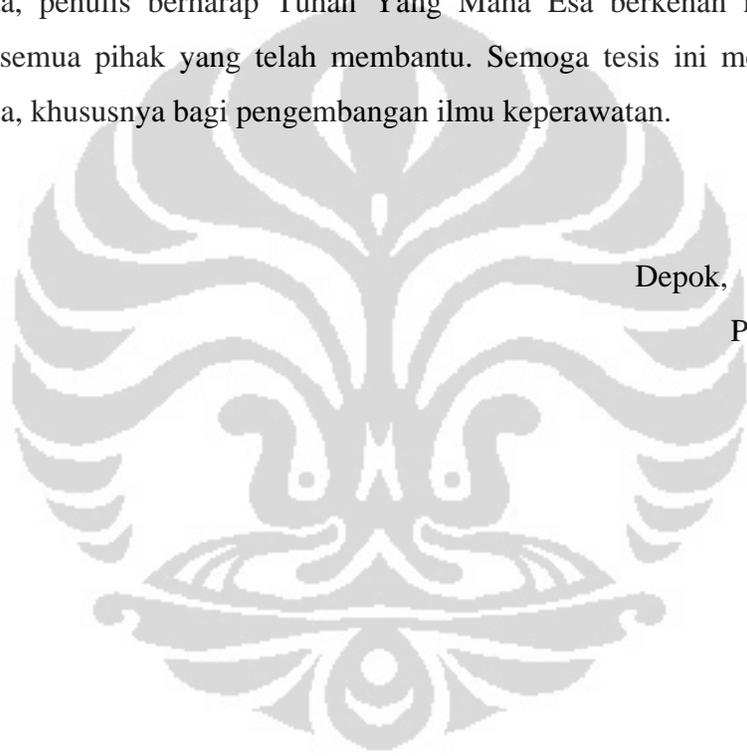
1. Ibu DR. Setyowati, S.Kp.,R.N., M.App.Sc., PhD, selaku pembimbing I, yang dengan sabar dan tekun memberikan bimbingan ilmiah melalui berbagai pengarahan dan saran.
2. Ibu Hayuni Rahmah, S.Kp, MN selaku pembimbing II, yang dengan sabar dan tekun memberikan bimbingan ilmiah melalui berbagai pengarahan dan saran.
3. Ibu Imami Nur Rachmawati, S.Kp., MSc, selaku penguji yang telah memberikan saran dan masukan.
4. Ibu Dewi Irawati, M.A., PhD., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.,
5. Ibu Krisna Yeti, S.Kp., M.App.Sc., PhD., sebagai Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
6. Seluruh staf dosen / pengajar Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Seluruh staf Akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas kerjasama, dukungan dan rasa kekeluargaan selama ini.
8. Seluruh staf akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas kerjasama, dukungan dan rasa kekeluargaan selama ini.

9. Direktur dan staf RSUD Tugurejo Semarang, RSUD Kota Semarang, RS Roemani Muhammadiyah Semarang dan RSI Sultan Agung Semarang yang telah membantu proses pengambilan data penelitian ini.
10. Rekan rekan mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, khususnya angkatan 2008 / 2009 atas dukungan, masukan dan motivasinya dalam penyusunan tesis ini.
11. Semua responden yang berperan dalam penyusunan tesis ini.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi semua, khususnya bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, Juli 2010

Penulis



PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH

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

Nama : Machmudah
NPM : 0806446492
Program Studi : Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan
Maternitas
Fakultas : Fakultas Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memeberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : **Pengaruh Persalinan dengan Komplikasi terhadap Kemungkinan terjadinya Postpartum Blues di Kota Semarang.**

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 : 17 Juli 2010
Yang menyatakan :

(Machmudah)

ABSTRAK

Nama : Machmudah
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh Persalinan Dengan Komplikasi Terhadap Kejadian Postpartum Blues di Kota Semarang

Persalinan dengan komplikasi merupakan salah satu faktor penyebab kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi “pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*”. Penelitian dilakukan di RS wilayah kota Semarang. Metode yang digunakan adalah *case control study*. Analisis data menggunakan uji *Chi Square* dan *uji Fisher*. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada pengaruh antara persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Ada faktor lain yang berperan yaitu paritas dan dukungan sosial. Hasil penelitian ini menyarankan untuk meningkatkan dukungan sosial dengan menerapkan prinsip *Family Centered Maternity care* sepanjang periode perinatal.

Kata kunci : persalinan komplikasi, kemungkinan terjadinya *postpartum blues*

ABSTRACT

Name : Machmudah
Program Study: Magister of Nursing
Title : The impact of labor with complication to possibility of postpartum blues.

The labor with complication is one of causal factors of postpartum blues happening possibilities. This study aim is to identify the labor's complication impact to possibility of postpartum blues happening. Design of this research is case control study. This research had done at some hospitals in Semarang with *purposive sampling*. Data were collected by questionnaire and analyzed using Chi square and Fisher test. The conclusions of this research is no impact of labor's complication to postpartum blues possibilities. There are another contribute factors, including: the parity and social support. The results suggest to improve the social support through application of *Family Centered Maternity Care* during perinatal period.

Key word : Labor with complication, possibility of postpartum blues.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR DIAGRAM	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 : PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Masalah Penelitian.....	8
1.3 Tujuan Penulisan.....	9
1.4 Manfaat Penelitian.....	10
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Persalinan.....	11
2.2 Persalinan Lama.....	15
2.3 Postpartum.....	26
2.4 Postpartum Blues.....	31
2.5 Peran Perawat Maternitas.....	41
2.6 Kerangka Teori.....	44

BAB 3	: KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1	Kerangka Konsep.....	45
3.2	Hipotesis Penelitian.....	47
3.3	Definisi Operasional.....	48
BAB 4	: METODOLOGI PENELITIAN	
4.1	Desain Penelitian.....	52
4.2	Populasi dan Sampel.....	52
4.3	Tempat Penelitian.....	56
4.4	Waktu Penelitian.....	56
4.5	Etika Penelitian.....	56
4.6	Alat Pengumpulan Data	58
4.7	Prosedur Pengumpulan Data	60
4.8	Analisis Data.....	63
BAB 5	: HASIL PENELITIAN	
5.1	Karakteristik Responden	65
5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Paritas ,Perencanaan Kehamilan, Riwayat PMS, Dukungan Sosial dan Kemungkinan terjadinya Postpartum Blues.....	66
5.3	Distribusi Responden Berdasarkan riwayat Persalinan terhadap kemungkinan terjadinya <i>postpartum blues</i>	67
5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Komplikasi Persalinan terhadap Kemungkinan terjadinya <i>Postpartum Blues</i>	68
5.5	Distribusi responden Berdasarkan Umur, Paritas, Perencanaan Kehamilan, Riwayat PMS dan Dukungan Sosial terhadap Kemungkinan terjadinya <i>Postpartum Blues</i>	69

BAB 6	: PEMBAHASAN	
6.1	Interpretasi dan Diskusi Hasil	71
6.2	Keterbatasan Penelitian.....	77
6.3	Implikasi terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	77
BAB 7	: SIMPULAN DAN SARAN	
7.1	Simpulan	79
7.2	Saran	79



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 : Penelitan postpartum blues dan postpartum depresi.....	6
Tabel 2.1 : Perbandingan PPB, PPD dan psikosis postpartum.....	34
Tabel 3.1 : Definisi Operasional.....	48
Tabel 5.1 : Karakteristik Responden	63
Tabel 5.2 : Distribusi Responden berdasarkan riwayat persalinan terhadap kemungkinan terjadinya <i>postpartum blues</i>	66
Tabel 5.3 : Distribusi responden berdasarkan umur, tingkat pendidikan, paritas, perencanaan kehamilan, riwayat PMS dan dukungan sosial terhadap kemungkinan terjadinya <i>postpartum blues</i>	68
Tabel 5.4 : Model akhir faktor yang berpengaruh terhadap kejadian postpartum blues	71

DAFTAR DIAGRAM

- Diagram 5.1 : Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Paritas dan
Perencanaan Kehamilan 64
- Diagram 5.2 : Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Riwayat PMS,
Dukungan sosial dan Kemungkinan terjadinya *postpartum*
blues..... 65



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 : Kerangka Teori Penelitian.....	38
Gambar 3.1 : Kerangka Konsep.....	44



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 : Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kelahiran seorang anak akan menyebabkan timbulnya suatu tantangan mendasar terhadap struktur interaksi keluarga. Bagi seorang ibu, melahirkan bayi adalah suatu peristiwa yang sangat membahagiakan sekaligus juga suatu peristiwa yang berat, penuh tantangan dan kecemasan. Sehingga dapat dipahami bahwa mengapa hampir 70 persen ibu mengalami kesedihan atau *syndrome baby blues* setelah melahirkan (Shinaga, 2006). Sebagian besar ibu dapat segera pulih dan mencapai kestabilan, namun 13% diantaranya akan mengalami depresi postpartum (Shinaga, 2006).

Kasus tentang depresi postpartum pernah dialami oleh seorang ibu di Amerika yang membenamkan kelima anaknya dengan rentang usia 6 bulan hingga tujuh tahun ke bak mandi hingga tewas pada 20 Juni 2001. Atau peristiwa yang dialami oleh seorang ibu dari Bandung, Jawa Barat yang membekap ketiga anaknya hingga tewas dengan rentang usia 9 bulan hingga 6 tahun pada tanggal 8-9 Juni 2006. Alasan kedua ibu tersebut membunuh anak-anaknya adalah, mereka merasa bukan ibu yang baik, tidak bisa membahagiakan anak-anaknya. Mereka juga mengalami halusinasi pendengaran yang meminta mereka menyakiti diri sendiri atau bayi mereka. Atau mendengar suara yang mengatakan bayi mereka milik iblis dan mereka harus membunuh bayi mereka untuk membunuh iblis (Shinaga, 2006).

Para ahli psikiatri mendiagnosa kedua ibu tersebut mengalami suatu gejala yang disebut depresi postpartum. Ibu yang mengalami depresi postpartum, minat dan ketertarikan terhadap bayi berkurang. Ibu juga tidak mampu merawat bayinya secara optimal dan tidak bersemangat menyusui, sehingga kebersihan, kesehatan serta tumbuh kembang bayi juga tidak optimal. Menurut Elvira, 2006 bayi yang

tidak mendapat ASI dan ditolak oleh orangtuanya serta adanya masalah dalam proses *bonding attachment* biasanya dialami pada bayi dengan ibu depresi (Elvira, 2006).

Depresi pada ibu postpartum biasanya diawali dengan *postpartum blues* atau *baby blues* atau *maternity blues*. *Postpartum blues* merupakan suatu sindroma gangguan afek ringan yang sering terjadi dalam minggu pertama setelah persalinan tetapi seringkali terjadi pada hari ketiga atau keempat postpartum dan memuncak antara hari kelima dan keempat belas postpartum (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

Postpartum blues ditandai dengan gejala-gejala seperti : reaksi depresi/sedih/*disforia*, mudah menangis (*tearfulness*), mudah tersinggung (*irritable*), cemas, nyeri kepala (*headache*), labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, merasa tidak mampu, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan (*appetite*). Gejala-gejala ini mulai muncul setelah persalinan dan pada umumnya akan menghilang dalam waktu antara beberapa jam sampai sepuluh hari atau lebih. Namun pada beberapa minggu atau bulan kemudian dapat berkembang menjadi keadaan yang lebih berat (Freudenthal, 1999; Olds, 1999; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

Postpartum blues dapat terjadi pada semua ibu postpartum dari etnik dan ras manapun, dan dapat terjadi pada ibu primipara maupun multipara (Henshaw, 2003). Ibu primipara merupakan kelompok yang paling rentan mengalami depresi postpartum dibanding ibu multipara atau grandemultipara. Menurut Elvira, 2006, *postpartum blues* dapat dipicu oleh perasaan belum siap menghadapi lahirnya bayi dan atau timbulnya kesadaran akan meningkatnya tanggungjawab sebagai ibu. Ibu primipara kebanyakan mengalami *baby blues* berat pada periode *immediate* postpartum yang akan meningkatkan kejadian depresi postpartum. Freudenthal, et al, 1999 menyebutkan bahwa dari 37 ibu primipara, 14%

mengalami *postpartum blues* tingkat berat, sedangkan dari 65 ibu multipara, 12% mengalami *postpartum blues* tingkat berat.

Penyebab *postpartum blues* tidak diketahui secara pasti, tapi diduga dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang mempengaruhi terjadinya *postpartum blues* antara lain fluktuasi hormonal, faktor psikologis dan kepribadian, adanya riwayat depresi sebelumnya, riwayat kehamilan dan persalinan dengan komplikasi, persalinan *section caesarea*, kehamilan yang tidak direncanakan, bayi berat badan lahir rendah (BBLR), dan pada ibu yang menyusui dan mengalami kesulitan dalam menyusui serta ibu yang tidak mempunyai pengalaman merawat bayi (Henshaw, 2003).

Hung dan Chung, 2001, dalam McQueen dan Mander, 2003, menjelaskan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan *postpartum blues* adalah perubahan peran maternal, buruknya dukungan sosial dan perubahan tubuh.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Setyowati dan Uke (2006), menjelaskan bahwa kemungkinan terjadinya *postpartum blues* disebabkan oleh : pengalaman yang tidak menyenangkan pada periode kehamilan dan persalinan sebanyak 38,71%, faktor psikososial (dukungan sosial sebanyak 19,35%, kualitas dan kondisi bayi baru lahir sebanyak 16,13%) serta faktor spiritual sebanyak 9,78%.

Perubahan hormonal yang mendadak pada ibu postpartum dapat memicu terjadinya *postpartum blues*. Perubahan hormon tersebut antara lain adanya penurunan kadar hormon estrogen, progesteron dan endorfin setelah kelahiran plasenta, serta tingginya kadar hormon prolaktin dan hormon glukokortikoid. Parry (1999) mengatakan bahwa kebutuhan hormon estrogen yang meningkat pada ibu saat hamil namun kemudian mengalami penurunan yang tiba-tiba setelah melahirkan membuat ibu mengalami depresi yang disebut *depresi biokimia*.

Depresi atau *dsyphoria* pada ibu postpartum disebabkan karena adanya penurunan kadar hormon endhorpin. Endhorpin adalah senyawa morphin alami yang dihasilkan tubuh yang menimbulkan efek rasa senang (*euphoria*). Jika kadar hormon endhorpin mengalami penurunan, maka ibu akan mengalami depresi atau *dysphoria* atau kesedihan.

Faktor internal lainnya yang dapat mendukung terjadinya *postpartum blues* adalah kondisi kesehatan ibu selama periode perinatal, penyakit yang menyertai ibu sebelum dan sesudah kehamilan dapat membuat ibu merasa takut, cemas dan penuh ketegangan dan kekhawatiran sehingga dapat memicu peningkatan hormon-hormon kortikosteroid. Perubahan hormon kortikosteroid dapat memunculkan gejala perubahan denyut jantung, nadi, pusing dan mudah lelah (Freudenthal, 1999).

Faktor psikologis dan kepribadian juga dapat mempengaruhi terjadinya *postpartum blues*. Individu dengan kepribadian terbuka dan positif, mempunyai resiko yang rendah untuk mengalami *postpartum blues* selain itu adanya riwayat gangguan psikiatri dalam keluarga juga mendukung terjadinya *postpartum blues* (Henshaw, 2003).

Kondisi lain yang mendukung terjadinya *postpartum blues* selain yang telah disebutkan diatas adalah respon dari ketergantungan karena kelemahan fisik, harga diri rendah karena kelelahan, jauh dari keluarga, ketidaknyamanan fisik dan ketegangan dengan peran baru terutama pada perempuan yang tidak mendapat dukungan dari pasangannya (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Pilliteri, 2003).

Riwayat kehamilan dan persalinan dengan komplikasi juga dapat menjadi faktor pendukung terjadinya *postpartum blues*. Salah satu kasus persalinan dengan komplikasi adalah persalinan lama. Persalinan lama dan persalinan dengan seksio saesarea mempunyai hubungan yang signifikan dengan kemungkinan terjadinya

postpartum blues, dari 63 perempuan, yang dilakukan seksio saesarea 25% mengalami *postpartum blues*, dan dari 52 perempuan yang melahirkan pervaginam, hanya 8% yang mengalami *postpartum blues* (Freudenthal, 1999).

Persalinan dengan komplikasi merupakan suatu kondisi yang tidak terduga, sehingga dapat menyebabkan gangguan secara fisik, emosi dan kognitif bagi ibu dan keluarga. Ibu yang mengalami persalinan dengan komplikasi beresiko mengalami gangguan pada status kesehatannya, gangguan selama periode *childbearing* dan mempengaruhi kemampuan ibu dalam menjalin ikatan dengan bayinya. Persalinan yang lama akan membuat ibu memiliki pengalaman persalinan yang kurang memuaskan, sehingga ibu menunjukkan citra diri yang negatif dan dapat berlanjut menjadi kemarahan yang dapat mempersulit proses adaptasi ibu terhadap peran dan fungsi barunya. Proses persalinan yang berlangsung penuh tekanan akan membuat ibu lebih sulit mengontrol dirinya sehingga membuat ibu lebih mudah marah serta dapat menurunkan kemampuan koping ibu yang efektif (Murray & McKinney, 2001; Pillitteri, 2003).

Persalinan yang lama biasanya diakhiri dengan tindakan, antara lain persalinan dengan bantuan alat (forsep atau vakum), penggunaan analgesik epidural dan seksio saesarea. Intervensi dalam persalinan tersebut dapat menimbulkan efek jangka panjang pada ibu, yaitu dapat mengurangi kepercayaan diri ibu dalam menjalankan perannya, mengganggu proses kelekatan (*bonding*) yang alami serta dapat meningkatkan kejadian depresi postpartum (Henderson & Jones, 2006).

Penelitian tentang depresi postpartum banyak dilakukan di Indonesia. Tetapi penelitian yang membahas tentang *postpartum blues* belum banyak dilakukan. Karena selama ini *Postpartum blues* dianggap sebagai suatu gejala yang normal terkait dengan penyesuaian ibu terhadap persalinan dan perubahan peran maternal. *Postpartum blues* jika tidak diatasi dengan tepat dapat berkembang menjadi depresi postpartum atau bahkan gejala yang lebih berat yaitu psikosis

postpartum. Beberapa penelitian tentang *postpartum blues* dan postpartum depresi yang telah dilakukan di Indonesia dalam sepuluh tahun terakhir, yaitu :

Tabel 1.1
 Penelitian tentang *postpartum blues* dan postpartum depresi di Indonesia
 periode 2000-2010

No	Nama Peneliti & Tahun	Judul	Metodologi	Hasil
1	Ismail, Irawati, 2001	Faktor resiko depresi prabersalin dan depresi pascabersalin, minat khusus pada dukungan social dan kesesuaian hubungan suami istri di RS Persahabatan Jakarta	Studi analitik observasional prospektif dan penelitian kualitatif dengan metode triangulasi	Dukungan sosial, riwayat depresi, status mental suami ikut berperan pada kejadian depresi antepartum, blues dan depresi postpartum.
2	Nurbaeti, Irma., 2002	Analisis hubungan antara karakteristik ibu, kondisi bayi, dukungan sosial dengan postpartum depresi	Deskriptif analitik <i>cross sectional</i>	Tidak ada hubungan antara karakteristik ibu, dukungan sosial dengan PPD

No	Nama Peneliti & Tahun	Judul	Metodologi	Hasil
3	Yektiningtyastuti, 2004	Efektifitas dukungan psikoemosional perawat dan keluarga selama postpartum terhadap pencegahan kejadian postpartum depresi	<i>Quasi experiment</i>	Dukungan psiko-emosional perawat dan keluarga selama postpartum efektif dalam mencegah kejadian PPD
4	Manurung , S., 2008	Efektifitas terapi musik terhadap pencegahan <i>postpartum blues</i> terhadap ibu-ibu postpartum di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta	Quasi experiment dengan desain <i>pre-post test with control group</i>	ada pengaruh pemberian terapi musik terhadap kemungkinan terjadinya <i>postpartum blues</i>
5	Munawaroh, H., 2008	Hubungan paritas dengan kemampuan mekanisme koping dalam menghadapi postpartum blues pada ibu seksio sesarea di bangsal Mawar 1 RSUD Dr Moewardi, Surakarta	Deskriptif, <i>cross sectional</i>	Ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan kemampuan mekanisme koping dalam menghadapi <i>postpartum blues</i> .

Tetapi penelitian tentang pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues* belum banyak dilakukan. Bobak, 2005 menyebutkan bahwa *postpartum blues* dapat terjadi setiap waktu setelah ibu melahirkan, oleh karena itu kemungkinan terjadinya *postpartum blues* harus diidentifikasi sejak awal agar tidak berkembang menjadi *postpartum blues* atau juga *postpartum* depresi. Jika terdeteksi kemungkinan terjadinya *postpartum blues* kemudian tidak segera diatasi dan dibiarkan berlangsung lama, maka akan berakibat buruk bagi ibu, bayi dan bagi perkembangan kepribadian anak. Hubungan antara ibu dan bayi serta hubungan ibu dengan pasangan juga akan terganggu karena ibu mengalami *postpartum blues*. Melihat fenomena diatas, untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya *postpartum blues* dan upaya mencegah terjadinya gangguan psikologis yang lebih buruk serta dampaknya terhadap ibu, anak maupun keluarga, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

1.2 Masalah Penelitian

Ibu yang mengalami *postpartum blues* akan mengalami gangguan kemampuan dalam merawat anaknya. Ibu dapat menjadi kurang tenaga, tidak dapat berkonsentrasi, gusar terus menerus dan tidak dapat memenuhi kebutuhan bayi akan cinta dan perhatian. Akibatnya ibu dapat merasa bersalah dan kehilangan rasa percaya diri akan kemampuannya sebagai seorang ibu. Perasaan-perasaan ini dapat memperberat kondisi *blues* pada ibu.

Postpartum blues merupakan gangguan adaptasi mental yang terjadi pada hari pertama setelah kelahiran bayi, penyebab *postpartum blues* tidak diketahui secara jelas, tapi dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain faktor biologi, psikosial dan faktor lingkungan, termasuk didalamnya adalah riwayat kehamilan dan persalinan. Persalinan lama dan persalinan dengan seksio saesarea merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya *postpartum blues*.

Fenomena yang terjadi saat ini menunjukkan bahwa *postpartum blues* kurang mendapat perhatian, karena dianggap sebagai gangguan mental ringan yang dapat hilang seiring dengan berjalannya waktu, padahal jika *postpartum blues* tidak mendapat penanganan yang maksimal dapat berkembang menjadi depresi postpartum bahkan dapat menyebabkan gangguan yang lebih berat yaitu *psikosis postpartum*.

Kemungkinan terjadinya *postpartum blues* dapat diidentifikasi sejak hari pertama postpartum, karena menurut Bobak, 2005, *postpartum blues* dapat terjadi setiap saat sejak ibu melahirkan, yaitu pada hari pertama samapi hari ke-10 postpartum. Berdasarkan latar belakang diatas, perlu dilakukan penelitian untuk mengkaji pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Selanjutnya peneliti mengangkat permasalahan penelitian yaitu : bagaimana pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Diidentifikasinya pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diidentifikasinya karakteristik responden persalinan dengan komplikasi.

1.3.2.2 Diidentifikasinya kemungkinan terjadinya *postpartum blues* pada responden persalinan dengan komplikasi.

1.3.2.3 Diidentifikasinya kemungkinan terjadinya *postpartum blues* pada responden persalinan tanpa komplikasi

- 1.3.2.4 Didentifikasinya perbedaan kemungkinan terjadinya *postpartum blues* pada persalinan tanpa komplikasi dan persalinan dengan komplikasi.
- 1.3.2.5 Diidentifikasinya hubungan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah :

1.4.1 Manfaat bagi Pelayanan

- 1.4.1.1 Dengan diketahuinya hubungan antara penyulit persalinan dengan kemungkinan terjadinya *postpartum blues* dapat dijadikan sebagai landasan dalam memberikan asuhan keperawatan, untuk lebih memberikan bimbingan kepada ibu dan keluarganya terkait dengan adaptasi terhadap kehamilan dan persalinan sebagai prevensi sekunder terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.
- 1.4.1.2 Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dalam memfasilitasi pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis pada ibu postpartum dengan penyulit dan mengantisipasi kemungkinan terjadinya *postpartum blues* lebih dini agar tidak menjadi depresi postpartum.
- 1.4.1.3 Penatalaksanaan dan pemberian asuhan keperawatan juga menjadi lebih komprehensif oleh tim kesehatan yaitu dokter spesialis kandungan, psikolog, psikiater dan perawat maternitas.

1.4.2 Manfaat bagi Keilmuan

Hasil penelitian ini dapat memperkuat bahan kajian dalam asuhan keperawatan pada ibu dengan penyulit persalinan dan sebagai data dasar bagi peneliti berikutnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan

2.1.1 Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau uri) yang telah cukup bulan (37-42 minggu) atau hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2001). Persalinan normal dimulai setelah janin cukup matang untuk hidup diluar kandungan dan tidak berukuran terlalu besar sehingga dapat menyebabkan kesulitan mekanis pada proses persalinan (Pillitteri, 2003).

2.1.2 Teori Persalinan

Apa yang menyebabkan terjadinya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks antara lain ditemukan faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh prostaglandin, pengaruh tekanan pada syaraf dan nutrisi.

2.1.2.1 Teori Penurunan Hormon

Penurunan kadar hormon estrogen dan progesterone terjadi pada satu sampai dua minggu sebelum proses persalinan dimulai. Hormon tersebut bekerja sebagai penenang otot-otot polos uterus dan akan menyebabkan kontraksi pembuluh darah sehingga jika kadar hormon progesterone ini turun maka akan menyebabkan kontraksi uterus atau his (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Pillitteri, 2003; Ladewig et al, 2002).

Universitas Indonesia

2.1.2.2 Teori plasenta Tua

Plasenta tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan kekejangan pembuluh darah. Hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Pillitteri, 2003; Ladewig et al, 2002).

2.1.2.3 Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Pillitteri, 2003; Ladewig et al, 2002).

2.1.2.4 Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (*Frankenhauser*). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Pillitteri, 2003; Ladewig et al, 2002).

2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Ada lima faktor essensial yang mempengaruhi proses persalinan dan kelahiran. Faktor-faktor tersebut adalah (1) *passanger* (penumpang), meliputi janin dan plasenta, (2) *passageway* (jalan lahir) meliputi jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina, (3) *powers* (kekuatan) ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi uterus

Universitas Indonesia

involunter disebut kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunteer dimulai untuk mendorong yang disebut kekuatan sekunder, yang memperbesar kekuatan kontraksi involunter, (4) Posisi ibu, posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi. (5) Psikologi, pengalaman ibu sebelumnya, kesiapan emosional, persiapan persalinan, *support system* dan lingkungan berpengaruh terhadap proses persalinan. Stres dan cemas akan memicu pengeluaran catekolamin yang dapat menghambat aktivitas dan kontraksi uterus (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2000; Pillitery, 2003, Ladewig et al, 2002).

2.1.4 Tanda-tanda Persalinan

Sebelum persalinan benar-benar dimulai, biasanya ibu akan mengalami beberapa hal yang merupakan tanda dimulainya persalinan. Sebagian besar ibu primigravida dan banyak ibu multipara mengalami tanda-tanda tersebut. Tanda-tanda persalinan terdiri dari : (1) *Lightening* atau penurunan, (2) Peningkatan frekuensi berkemih, (3) Nyeri yang menetap pada punggung bagian bawah, (4) Peningkatan pengeluaran pervaginam seperti lendir vagina, lendir serviks dan bercak darah, (5) Melunaknya serviks yang disertai dengan penipisan dan dilatasi, (6) Pecahnya selaput ketuban (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2000; Pillitery, 2003, Ladewig et al, 2002).

2.1.5 Aspek emosional dalam persalinan

Kehamilan dan persalinan merupakan dua hal yang dapat menimbulkan kecemasan pada perempuan. Semua perempuan

menginginkan keselamatan dalam melahirkan dan mendapatkan anak yang sehat. Melahirkan anak merupakan salah satu peristiwa penting dan senantiasa diingat dalam kehidupan perempuan. Persiapan persalinan yang baik akan meningkatkan kemampuan ibu untuk melahirkan dengan kekuatannya sendiri (power ibu), tidak hanya bergantung pada proses alami persalinan (Murray & McKinney, 2007).

Proses persalinan, baik peristiwa maupun orang-orang yang terlibat didalamnya dapat bersifat negatif atau positif dan pada akhirnya dapat menimbulkan efek emosional dan reaksi psikososial jangka pendek dan jangka panjang (Henderson & Jones, 2006). Faktor utama yang mempengaruhi ibu terhadap persalinan adalah pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki terkait dengan kehamilan dan proses persalinan, keyakinan bahwa bisa menjalani proses persalinan dengan baik, keyakinan bahwa ibu akan mendapat pertolongan selama proses persalinan dari tenaga profesional. Ibu yang memiliki pengalaman persalinan yang kurang memuaskan menunjukkan citra diri yang negatif, sementara perasaan ini dapat berlanjut menjadi kemarahan pada beberapa perempuan. Proses persalinan yang berlangsung penuh tekanan akan membuat ibu lebih sulit mengontrol dirinya, sehingga ibu lebih mudah marah serta dapat menurunkan kemampuan coping ibu yang efektif (Pillitteri, 2003).

Intervensi dalam persalinan seperti persalinan dengan bantuan alat dapat meningkatkan kejadian depresi postpartum, mengurangi kepercayaan diri ibu dalam menjalankan perannya sebagai ibu atau mengganggu proses kelekatan (*bonding*) yang alami (Henderson &

Universitas Indonesia

Jones, 2007). Peristiwa-peristiwa diseperti persalinan dapat membuat ibu merasa tidak dapat mengendalikan tubuh mereka, membuat stress dan dapat menyebabkan masalah psikologis seperti gangguan stress pasca trauma (*post traumatic stress disorder*, PTSD). Ibu yang melahirkan secara alami dan tidak menggunakan obat-obatan dalam proses persalinan mempunyai resiko yang rendah untuk mengalami *postpartum blues*. Hal ini sesuai hasil penelitian Curry, et al, 2008 bahwa dari 102 ibu melahirkan yang tidak menggunakan obat selama proses persalinan, 29,4% mengalami *postpartum blues* dan 11 orang yang menggunakan obat selama proses persalinan, 54,5% mengalami *postpartum blues*. Sedangkan ibu yang melahirkan dengan sectio caesarea lebih banyak yang mengalami *postpartum blues*. Dari 60 ibu yang melahirkan section caesarea, 28,3 % mengalami *postpartum blues* dan dari 20 ibu yang melahirkan dengan bantuan forsep, 25% mengalami *postpartum blues* (Curry, et al, 2008).

2.2 Persalinan Lama

2.2.1 Pengertian

Persalinan lama merupakan persalinan yang mengalami kesulitan, membutuhkan waktu yang panjang lebih dari 24 jam yang disebabkan karena adanya ketidakseimbangan pada kekuatan (*power*), jalan lahir (*passageway*), janin (*passanger*), psikologi dan posisi (Manuaba, 2007; Prawirohardjo, 2007). Sedangkan menurut Bobak, 2005, persalinan lama terjadi jika fase laten berlangsung lebih dari 20 jam pada primipara dan 14 jam atau lebih pada multipara. Cunningham, 2006 menyebutkan bahwa persalinan lama adalah persalinan yang sulit karena adanya hambatan kemajuan persalinan, hal ini disebabkan

adanya kelainan pada *power*, *passageway* dan *passanger*, psikologi dan posisi.

2.2.2 Penyebab

Persalinan lama dapat terjadi karena adanya gangguan/masalah pada lima faktor esensial yang mempengaruhi persalinan, yaitu his yang tidak adekuat (*power*), faktor janin (*passanger*), jalan lahir (*passageway*), psikologi dan posisi melahirkan (Prawirohardjo, 2007).

Menurut Manuaba, 2007, penyebab persalinan lama adalah distosia, yaitu : 1) Distosia karena kekuatan yang mendorong janin keluar kurang kuat (hipotonik atau kekuatan mengejan yang kurang karena adanya sikatrik pada dinding perut atau karena sesak nafas). 2) Distosia karena kelainan letak janin (letak lintang, letak dahi) atau kelainan janin misal hidrocephalus. 3) Distosia karena kelainan jalan lahir misalnya panggul sempit atau adanya tumor yang mempersempit jalan lahir.

Distosia didefinisikan sebagai persalinan yang panjang, sulit atau abnormal yang timbul akibat berbagai kondisi yang berhubungan dengan *lima faktor* persalinan, yaitu *powers*, *passage*, *passangers*, *posisi* dan *respon psikologis ibu* (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Pillitteri, 2003; Ladewig et al, 2002).

Penyebab persalinan lama antara lain :

2.2.2.1 Persalinan disfungsional

Persalinan disfungsional merupakan keadaan ketidaknormalan pada kontraksi uterus. Kontraksi uterus yang abnormal akan menyebabkan terhambatnya kemajuan

Universitas Indonesia

normal pada dilatasi serviks, kemajuan pada pendataran/penipisan (*effacement*) dan penurunan atau kombinasi dari ketiganya (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 1999). Kondisi inilah yang merupakan penyebab distosia yang paling sering terjadi ((Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

Disfungsi kontraksi uterus dibagi menjadi dua, yaitu disfungsi kontraksi uterus primer dan disfungsi kontraksi uterus sekunder. Disfungsi uterus primer disebut juga disfungsi uterus hipertonic, seringkali terjadi pada ibu yang mengalami kecemasan ketika pertama kali merasakan kontraksi yang nyeri. Intensitas kontraksi ini berada diluar proporsi dan tidak menyebabkan dilatasi atau penipisan (*effacement*). Ibu akan mengalami keletihan dan kehilangan kontrol akibat nyeri yang intensif dan persalinannya tidak mengalami kemajuan (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

Tipe disfungsi uterus yang kedua adalah disfungsi uterus hipotonik, terjadi ketika ibu hamil yang pada mulanya mengalami kemajuan kontraksi yang normal sampai pada fase aktif persalinan, kemudian kontraksi menjadi lemah dan tidak efisien lagi atau berhenti. Dalam kondisi ini , ibu akan mengalami kelelahan dan beresiko terjadi infeksi.

2.2.2.2 Ketidak sesuaian pada jalan lahir (disproporsi fetopelvik/disproporsi cephalopelvik)

Disproporsi fetopelvik/disproporsi cephalopelvik adalah ketidaksesuaian antara kepala janin dengan panggul ibu, dapat disebabkan karena distosia pelvis atau distosia jaringan lunak. Distosia pelvis dapat menyertai terjadinya kontraktur diameter pelvis termasuk pintu atas panggul, panggul tengah, pintu bawah panggul atau setiap kombinasi tulang-tulang tersebut. Kontraktur pelvis dapat disebabkan karena kelainan kongenital, malnutrisi ibu, neoplasma dan gangguan spinal bagian bawah (*lower spinal disorder*) (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2000; Murray & McKinney 2005).

Distosia jaringan lunak dapat terjadi akibat obstruksi jalan lahir oleh kelainan anatomi, selain kelainan pada pelvis. Obstruksi bisa terjadi karena plasenta previa, leiomioma pada segmen bawah uterus, tumor ovarium, kandung kemih atau rektum yang penuh dapat mencegah janin masuk kedalam pelvis dan edema serviks saat persalinan (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2000; Ladewig et al, 2002; Pillitery, 2003).

2.2.2.3 Sebab-sebab dari janin (*passanger*)

Distosia yang berasal dari janin dapat disebabkan oleh anomaly (ukuran bayi yang berlebihan dan malpresentasi, malposisi atau kehamilan kembar) (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2000). Kompilkasi yang berhubungan dengan

distosia yang berasal dari janin meliputi resiko asfiksia neonatal, cedera atau fraktur pada janin dan laserasi vagina. Distosia pada janin seringkali mengakibatkan kelahiran dengan forsep rendah, ekstraksi vakum, atau secaria (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.2.2.4 Posisi ibu selama proses persalinan

Hubungan fungsional antara kontraksi uterus, janin dan panggul bergantung pada posisi ibu. Pengaturan posisi dapat memberi keuntungan atau kerugian mekanis terhadap mekanisme persalinan dengan mengubah efek gravitasi dan hubungan antara bagian-bagian tubuh yang penting bagi kemajuan persalinan (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000). Terhambatnya gerakan maternal atau posisi dorsal rekumben dan litotomi pada saat persalinan dapat menghambat proses persalinan dan meningkatkan insiden distosia (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.2.2.5 Respon psikologis ibu terhadap persalinan

Hormon yang dilepas sebagai respon terhadap stress juga dapat menyebabkan distosia. Sumber stress bervariasi pada setiap individu, tapi nyeri dan tidak adanya sumber pendukung terhadap stress yang dialami adalah dua faktor yang mempengaruhi. Tirah baring dan pembatasan gerak ibu menambah stress psikologis. Apabila rasa cemas berlebihan dapat menghambat dilatasi normal serviks sehingga terjadi partus lama dan meningkatkan persepsi nyeri. Kecemasan, ketakutan, kesendirian, stress atau

kemarahan yang berlebihan dapat menyebabkan peningkatan jumlah-jumlah hormon-hormon yang berhubungan dengan stress, seperti β -endorfin, adrenokortikotropik, kortisol dan epinefrin. Hormon-hormon tersebut bekerja pada otot polos uterus. Peningkatan kadar hormon tersebut menurunkan kontraktibilitas uterus sehingga dapat menyebabkan terjadinya distosia (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.2.3 Klasifikasi

Persalinan lama dikelompokkan menjadi tiga, yaitu : 1). Persalinan palsu (false labor), yaitu persalinan dimana kontraksi uterus belum teratur dan belum ada pembukaan servik. 2). Fase laten memanjang (prolonged latent phase), yaitu fase laten yang berlangsung lebih dari 20 jam pada primipara dan 14 jam atau lebih pada multipara dan tidak disertai pembukaan servik. 3). Fase aktif memanjang pada primipara waktu melebihi 4-5 jam dengan pembukaan servik kurang dari 1,2 cm. sedangkan pada multipara membutuhkan waktu lebih dari 4-5 jam dengan pembukaan servik 2 cm tiap jam (Hakimi, 2000; Cunningham, 2006).

2.2.4 Faktor resiko persalinan lama

Persalinan lama dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

2.2.4.1 Faktor usia

Ibu yang hamil diatas usia 35 tahun atau lebih mempunyai resiko tinggi dalam melahirkan seperti kehamilan kembar, distosia, hipertensi dalam kehamilan dan kehamilan premature. Ibu yang melahirkan pertama kali pada usia 19

tahun juga mempunyai resiko komplikasi pada saat melahirkan dan nifas (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Manuaba, 2007).

2.2.4.2 Paritas

Persalinan lama lebih sering terjadi pada ibu multipara atau grandemultipara karena pada dinding abdomen atau uterus terdapat jaringan parut karena kehamilan sebelumnya yang dapat menghambat proses kontraksi (Cunningham, 2006).

2.2.4.3 Jarak kelahiran

Proses pemulihan pada ibu postpartum memerlukan waktu kurang lebih enam minggu namun organ reproduksi akan kembali ke kondisi sebelum hamil memerlukan waktu dalam hitungan bulan bahkan tahun (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000). Jika terjadi kehamilan berikutnya selama masa dua tahun dimungkinkan akan terjadi kemunduran kesehatan pada ibu. Persalinan yang terjadi berturut-turut dalam jangka waktu singkat menyebabkan pembuluh darah belum siap beradaptasi dengan adanya peningkatan jumlah volume darah pada waktu hamil (May & Mahlmeister, 2000).

2.2.4.4 Aktivitas selama kehamilan

Kondisi ibu hamil juga dipengaruhi oleh aktivitas ibu selama hamil. Ibu hamil yang banyak bergerak selama hamil akan dapat mempengaruhi (mempercepat) proses persalinan (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000). Ibu hamil yang banyak melakukan aktivitas berat, misalnya mengangkat beban berat

dan kerja berat dapat meningkatkan resiko terjadinya persalinan premature (Sarwono, 2002).

2.2.4.5 Kunjungan antenatal

Kunjungan antenatal idealnya dilakukan segera setelah ibu dinyatakan hamil (terlambat haid) dengan tujuan untuk memastikan kehamilan dan untuk melihat kondisi kesehatan ibu dan janin. Pengawasan antenatal memberikan manfaat dengan ditemukannya kelainan yang menyertai kehamilan secara dini sehingga dapat dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinan (misal pada kasus plasenta previa atau hipertensi dalam kehamilan). Kunjungan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya minimal empat kali selama periode kehamilan (Depkes RI, 2003). Melakukan pemeriksaan secara dini dan pengobatan secara teratur dapat menurunkan resiko komplikasi selama persalinan dan nifas (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.2.5 Penatalaksanaan persalinan lama

2.2.5.1 Versi sefalik luar (*external cephalic version*)

Merupakan upaya memutar janin dari presentasi bokong atau bahu ke presentasi vertex. Upaya ini dilakukan setelah usia kehamilan 37 minggu dan dilakukan di kamar bersalin. Ultrasonography diperlukan untuk memastikan posisi janin, usia gestasi, jumlah cairan amnion dan menyingkirkan diagnosis plasenta previa dan anomali (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.2.5.2 Percobaan partus (*Trial of partus*)

Percobaan partus dilakukan jika pelvis ibu masih dipertanyakan baik ukuran maupun bentuknya atau jika ibu ingin melahirkan pervaginam setelah sebelumnya melahirkan dengan seksio sesaria dan bila janin menunjukkan presentasi yang abnormal (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.2.5.3 Induksi persalinan

Induksi persalinan adalah dimulainya kontraksi persalinan sebelum awitan spontan untuk mempercepat proses persalinan. Indikasi dilakukan induksi persalinan adalah adanya hipertensi dalam kehamilan, riwayat diabetes mellitus, kehamilan pasca partum, pertumbuhan janin terhambat. Metode yang sering dilakukan adalah dengan amniotomi atau pemberian oksitosin intravena (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.2.5.4 Metode pematangan serviks

Metode pematangan serviks yang sering dilakukan adalah dengan memberikan hormone progesterone sintetik melalui kateter dan dimasukkan ke kanalis servikalis atau dipasang pada diafragma yang diletakkan dekat serviks. Selain hormonal, penggunaan gagang laminaria (dilator serviks alamiah yang terbuat dari rumput laut) dan dilator sintesis juga efektif untuk mematangkan serviks. Jika dilator ini mengabsorpsi cairan serviks, ia akan mengembang dan menyebabkan serviks dilatasi (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.2.5.5 Melahirkan dengan bantuan forsep

Indikasi persalinan dengan bantuan forsep adalah kebutuhan untuk memperpendek kala dua pada kasus distosia atau untuk membantu upaya mendorong ibu yang kurang (misal pada ibu yang kelelahan atau setelah pemberaian anestesi spinal atau epidural) atau membantu proses persalinan pada ibu dengan dekompensasi kordis. Indikasi pada janin adalah distress janin, presentasi yang belum pasti, atau janin berhenti berotasi dan juga upaya melahirkan kepala pada presentasi bokong (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000). Hal-hal yang harus diperhatikan dalam persalinan bantuan forsep adalah pembukaan sudah lengkap, bagian terendah sudah masuk panggul, presentasi verteks, selaput ketuban sudah pecah, dan tidak boleh ada *disproporsi sefalopelvis* (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.2.5.6 Melahirkan dengan bantuan vakum ekstraksi

Ekstraksi vakum adalah metode persalinan dengan memasang sebuah mangkuk (*cup*) vakum dikepala janin dan adanya tekanan negatif. Indikasi dilakukan vakum ekstraksi adalah jika janin gagal berotasi dan persalinan berhenti pada kala II. Vakum ekstraksi dilakukan jika ketuban sudah pecah, presentasi verteks, dan tidak ada *disproporsi sefalopelvis* (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.2.5.7 Seksio sesarea

Kelahiran sesaria ialah kelahiran janin melalui transisi transabdomen pada uterus, baik direncanakan maupun tidak.

(Bobak, 2005). Kehilangan pengalaman melahirkan anak secara tradisional dapat memberikan efek negative pada konsep diri ibu. Tujuan seksio sesaria adalah memelihara kehidupan atau kesehatan ibu dan janinnya, yaitu karena adanya stress maternal atau fetal.

Indikasi dilakukan seksio sesarea adalah distosia, sesarea ulang, presentasi bokong dan gawat janin (Bobak, 2005). Indikasi lain antara lain infeksi virus herpes, prolaps tali pusat, hipertensi akibat kehamilan, plsaenta previa, solusio plasenta, malpresentasi misalnya presentasi bahu dan anomali janin misalnya hidrosefalus.

Komplikasi seksio saesarea dapat terjadi pada maternal antara lain aspirasi, emboli pulmoner, infeksi luka, luka, tromboplebitis, perdarahan, infeksi saluran kemih, cedera pada kandung kemih dan usus dan komplikasi yang berhubungan dengan anestesi.

2.2.6 Dampak persalinan lama

Persalinan lama akan menimbulkan dampak yang berbahaya, baik bagi ibu maupun janin. Bahaya persalinan lama antara lain resiko atonia uteri, infeksi, laserasi, perdarahan, kelelahan pada ibu, kecemasan dan syok. Sedangkan bahaya bagi janin adalah asfiksia, trauma serebri karena adanya penekanan pada kepala janin, cedera pada janin dan pecahnya ketuban sebelum waktunya (Hakimi, 2000).

Persalinan yang lama akan membuat ibu memiliki pengalaman persalinan yang kurang memuaskan, sehingga ibu menunjukkan citra

diri yang negatif dan dapat berlanjut menjadi kemarahan yang dapat mempersulit proses adaptasi ibu terhadap peran dan fungsi barunya. Proses persalinan yang berlangsung penuh tekanan akan membuat ibu lebih sulit mengontrol dirinya sehingga membuat ibu lebih mudah marah serta dapat menurunkan kemampuan coping ibu yang efektif (Murray & McKinney, 2001; Pillitteri, 2003).

Intervensi dalam persalinan, seperti persalinan dengan bantuan alat (forsep atau vakum), penggunaan analgesik epidural dan seksio saesarea dapat menimbulkan efek jangka panjang pada ibu, yaitu dapat mengurangi kepercayaan diri ibu dalam menjalankan perannya, mengganggu proses kelekatan (*bonding*) yang alami serta dapat meningkatkan kejadian depresi postpartum (Henderson & Jones, 2006).

2.3 Postpartum

2.3.1 Pengertian

Postpartum adalah periode setelah bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal dengan waktu enam minggu (Lowdermik, Perry, Bobak, 2005). Sedangkan Cunningham (2006) menyebutkan bahwa pengertian postpartum adalah periode setelah kelahiran, mencakup enam minggu berikutnya saat terjadi involusi uterus. Dari kedua pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa postpartum adalah waktu setelah melahirkan sampai enam minggu sehingga fungsi organ reproduksi kembali normal.

2.3.2 Klasifikasi postpartum

Periode postpartum (*puerperium*) dibagi menjadi tiga periode yaitu pertama *puerperium dini* yaitu periode dimana ibu sudah

diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Kedua *puerperium intermedial* yaitu waktu yang dibutuhkan untuk kepulihan seluruh alat genitalia dengan waktu 6-8 minggu. Ketiga *remote puerperium* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna (Mochtar, 2002; Manuaba, 2007).

2.3.3 Adaptasi fisiologis postpartum

Adaptasi fisiologis yang terjadi pada ibu postpartum meliputi perubahan tanda-tanda vital, hematologi, sistem kardiovaskuler, perkemihan, pencernaan, sistem musculoskeletal, sistem endokrin dan organ reproduksi.

Perubahan yang terjadi pada tanda-tanda vital adalah denyut nadi biasanya mengalami penurunan menjadi 50-70 kali/menit (Lowdermik, Perry, Bobak, 2005). Pengeluaran cairan yang banyak pada saat persalinan dan adanya fase diuresis postpartum menyebabkan suhu badan ibu mengalami peningkatan sekitar $0,5^{\circ}$ C. Jika peningkatan suhu badan melebihi 38° C menunjukkan adanya infeksi pada ibu postpartum. Sedangkan tekanan sistolik darah ibu akan mengalami penurunan 15-20 mmHg saat ibu melakukan perubahan posisi dari posisi tidur ke posisi duduk atau sering disebut hipotensi orthostatik (Pillitteri, 2003; Lowdermik, Perry, Bobak, 2005).

Perubahan fisiologis yang terjadi pada sistem hematologi yaitu peningkatan jumlah sel darah putih sampai 15.000 selama proses persalinan, sedangkan kenaikan sel darah putih pada ibu yang mengalami persalinan lama dapat mencapai 25.000-30.000. Perubahan

yang terjadi selanjutnya adalah perubahan pada system kardiovaskuler yaitu adanya penurunan kerja jantung dan volume plasma secara berangsur-angsur akan kembali normal dalam dua minggu masa postpartum. Penurunan volume plasma dan cairan ekstra sel akan mempengaruhi penurunan berat badan ibu (Lowdermik, Perry, Bobak, 2005).

Perubahan fisiologis pada ibu postpartum yang terjadi pada sistem perkemihan disebabkan karena otot-otot yang bekerja pada kandung kemih dan uretra tertekan oleh bagian terdepan janin pada saat persalinan. Disamping itu ibu juga akan mengalami diuresis pada 24 jam pertama, hal ini disebabkan karena pengaruh peningkatan hormone estrogen pada saat hamil yang bersifat retensi dan akan dikeluarkan kembali bersama urine pada periode postpartum (Pillitteri, 2003; Lowdermik, Perry, Bobak, 2005).

Perubahan fisiologis pada sistem pencernaan yaitu gangguan saat defekasi karena penurunan hormon progesteron dan rasa sakit pada daerah perineum sehingga ibu takut untuk buang air besar. Keinginan buang air besar akan tertunda sampai 2-3 hari postpartum (Pillitteri, 2003; Lowdermik, Perry, Bobak, 2005).

Perubahan fisiologis yang terjadi pada system reproduksi antara lain perubahan pada servik dan uterus. Perubahan yang terjadi pada servik adalah setelah plasenta lahir servik bentuknya menganga seperti corong, lunak, setelah dua jam postpartum servik dapat dilalui 2-3 jari dan setelah tujuh jam hanya dapat dilewati oleh satu jari. Dengan demikian apabila persalinan mengalami permasalahan *retensio*

Universitas Indonesia

plasenta dan diketahui sejak awal, maka dapat dilakukan pembersihan rahim secara *manual plasenta*. Sedangkan perubahan yang terjadi pada uterus adalah adanya proses involusi uterus yaitu kembalinya uterus ke keadaan semula seperti sebelum hamil yang dimulai setelah plasenta lahir (Pillitteri, 2003; Lowdermik, Perry, Bobak, 2005).

Perubahan fisiologis pada sistem endokrin adalah terjadinya penurunan kadar hormon progesteron dan estrogen dalam jumlah besar dan mendadak yang menggantikan pengaruh inhibisi progesterone terhadap produksi α -laktalbumin oleh retikulum endoplasma kasar. Peningkatan α -laktalbumin berfungsi untuk merangsang sintesa laktosa dan pada akhirnya meningkatkan jumlah laktosa ASI. Penurunan progesteron juga menyebabkan prolaktin bekerja tanpa hambatan dalam merangsang produksi α -laktalbumin (Cunningham , 2004).

2.3.4 Adaptasi psikologis postpartum

Ada tiga fase penyesuaian ibu terhadap perannya sebagai orangtua, yaitu fase dependen, fase dependen-interdependen dan fase interdependen (Bobak, 2005).

Fase dependen dimulai selama satu hari sampai dua hari pertama setelah melahirkan, ketergantungan ibu terhadap orang lain sangat menonjol. Ibu mengharap segala kebutuhannya dapat dipenuhi oranglain, ibu memindahkan energy psikologisnya kepada anaknya. Rubin menyebut fase ini sebagai fase *taking in* (Bobak, 2005). Periode ini adalah suatu waktu yang penuh kegembiraan dan kebanyakan orangtua sangat suka mengkomunikasikannya (*periode pink*). Mereka

merasa perlu menyampaikan pengalaman mereka tentang kehamilan dan kelahiran dengan kata-kata. Kecemasan dan keasyikan terhadap peran barunya sering mempersempit lapang persepsi ibu. Oleh karena itu, informasi yang diberikan pada waktu ini mungkin perlu diulang. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan sosial dari suami, keluarga, teman maupun tenaga kesehatan. Jika pada fase ini ibu tidak mendapatkan dukungan, maka *periode pink* ini akan menjadi *periode blues* pada fase berikutnya (fase *taking hold*) (Bobak, 2005).

Fase dependen-mandiri, ibu membutuhkan perawatan dan penerimaan dari oranglain dan keinginan untuk bisa melakukan segala sesuatu secara mandiri. Ibu berespon dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi. Rubin menjelaskan keadaan ini sebagai fase *taking hold* yang berlangsung kira-kira 10 hari (Bobak, 2005).

Dalam enam sampai delapan minggu setelah melahirkan, kemampuan ibu untuk menguasai tugas-tugas sebagai orangtua merupakan hal yang penting. Beberapa ibu sulit menyesuaikan diri terhadap isolasi yang dialaminya karena ia harus merawat bayi. Ibu yang memerlukan dukungan tambahan adalah ibu primipara yang belum mempunyai pengalaman mengasuh bayi, ibu yang bekerja, ibu yang tidak mempunyai cukup teman atau keluarga untuk berbagi, ibu yang berusia remaja dan ibu yang tidak mempunyai suami.

Fase interdependen yaitu ketika ibu dan keluarga bergerak maju sebagai system dengan para anggota saling berinteraksi. Fase ini merupakan fase yang penuh stress bagi orangtua. Kesenangan dan

kebutuhan sering terbagi dalam masa ini. Ibu dan pasangan harus menyesuaikan perannya masing-masing dalam mengasuh anak, mengatur rumah dan membina karier (Bobak, 2005).

2.4 Postpartum Blues

2.4.1 Pengertian

Postpartum blues, *maternity blues* atau *baby blues* merupakan gangguan mood/afek ringan sementara yang terjadi pada hari pertama sampai hari ke 10 setelah persalinan ditandai dengan tangisan singkat, perasaan kesepian atau ditolak, cemas, bingung, gelisah, letih, pelupa dan tidak dapat tidur (Pillitteri, 2003). Bobak, 2005 menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan *postpartum blues* adalah perubahan *mood* pada ibu postpartum yang terjadi setiap waktu setelah ibu melahirkan tetapi seringkali terjadi pada hari ketiga atau keempat postpartum dan memuncak antara hari kelima dan ke-14 postpartum yang ditandai dengan tangisan singkat, perasaan kesepian atau ditolak, cemas, bingung, gelisah, letih, pelupa dan tidak dapat tidur.

2.4.2 Tanda dan gejala

Ibu postpartum yang mengalami *postpartum blues* mempunyai gejala antara lain mudah menangis (*tearfulness*), murung, sedih, cemas, perubahan mood, *resleatness*, mudah marah, kurang konsentrasi, pelupa (Wong, 2002; Pillitteri, 2003). Henshaw, 2003 menjelaskan tanda dan gejala postpartum blues antara lain *tearfulness*, labilitas emosi, perubahan mood, bingung, cemas dan gangguan kognitif (kurang perhatian, tidak bisa konsentrasi/*distractibility* dan pelupa).

2.4.3 Jenis gangguan psikologis ibu postpartum

Menurut *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder* (American Psychiatric Association, 2000) tentang petunjuk resmi untuk pengkajian dan diagnosis penyakit psikiatri, bahwa gangguan yang dikenali selama periode postpartum adalah :

2.4.3.1 Postpartum blues

Terjadi pada hari pertama sampai sepuluh hari setelah melahirkan dan hanya bersifat sementara dengan gejala gangguan mood, rasa marah, mudah menangis (*tearfulness*), sedih (*sadness*) nafsu makan menurun (*appetite*), sulit tidur (Pillitteri, 2003; Lynn & Piere, 2007). Keadaan ini akan terjadi beberapa hari saja setelah melahirkan dan biasanya akan berangsur-angsur menghilang dalam beberapa hari dan masih dianggap sebagai suatu kondisi yang normal terkait dengan adaptasi psikologis postpartum. Apabila memiliki faktor predisposisi dan pemicu lainnya maka dapat berlanjut menjadi depresi postpartum (Wong, 2002).

2.4.3.2 Depresi postpartum

Gejala yang ditimbulkan antara lain kehilangan harapan (*hopelessness*), kesedihan, mudah menangis, tersinggung, mudah marah, menyalahkan diri sendiri, kehilangan energi, nafsu makan menurun (*appetite*), berat badan menurun, insomnia, selalu dalam keadaan cemas, sulit berkonsentrasi, sakit kepala yang hebat, kehilangan minat untuk melakukan hubungan seksual dan ada ide bunuh diri (Beck, 2001 ; Lynn & Piere, 2007).

Beck mengidentifikasi 13 faktor pencetus terjadinya postpartum depresi, antara lain: 1) Depresi selama kehamilan. 2) stress selama perawatan anak. 3) *Life stress* , misalnya perceraian, perubahan status pekerjaan, krisis keuangan atau adanya perubahan pada status kesehatan. 4) Dukungan sosial dan emosional. 5) Kecemasan selama kehamilan. 6) Kepuasan hubungan dengan pasangan atau terhadap perkawinan, misal terkait dengan status keuangan, perawatan anak, jalinan komunikasi dan kasih sayang dengan pasangan. 7) Riwayat adanya depresi sebelum kehamilan. 8) Temperamen bayi, bayi yang rewel dan tidak responsive akan membuat ibu merasa tidak berdaya. 9) Ada riwayat *postpartum blues*. 10) Harga diri, ibu yang mempunyai harga diri rendah menunjukkan ibu tersebut mempunyai mekanisme koping yang negatif, merasa dirinya jelek/negatif dan merasa dirinya tidak mampu. 11) Status sosial ekonomi. 12) Status perkawinan. 13) Kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan (Beck, 2001).

2.4.3.3 Postpartum psikosis

Mengalami depresi berat seperti gangguan yang dialami penderita postpartum depresi ditambah adanya gejala proses pikir (*delusion, hallucinations and incoherence of association*) yang dapat mengancam dan membahayakan keselamatan jiwa ibu dan bayinya sehingga sangat memerlukan pertolongan dari tenaga profesional, yaitu psikiater dan pemberian obat (Olds, 2000; Pillitteri, 2003; Lynn & Piere, 2007).

Tabel 2.1
Perbandingan antara *postpartum blues*, depresi postpartum dan postpartum psikosis

	Postpartum blues	Depresi postpartum	Psikosis
Insiden	60-80%	10-20 %	3-5%
Gejala	Labilitas <i>mood</i> , mudah menangis, nafsu makan menurun, gangguan tidur, biasanya terjadi dalam 2 minggu atau kurang dari 2 minggu.	Cemas, rasa kehilangan, sedih, kehilangan harapan (<i>hopelessness</i>), menyalahkan diri sendiri, gangguan percaya diri, kehilangan tenaga, lemah, gangguan nafsu makan (<i>appetite</i>), BB menurun, insomnia, rasa khawatir yang berlebihan, perasaan bersalah dan ada ide bunuh diri.	Semua gejala yang ada di PPD , ditambah gejala : halusinasi, delusi dan agitasi.
Kejadian	1-10 hari setelah melahirkan	1-12 bulan setelah melahirkan	Umum terjadi pada bulan pertama setelah melahirkan.
Penyebab	Perubahan hormonal dan perubahan / adanya stressor dalam hidup.	Ada riwayat depresi, respon hormonal, kurangnya dukungan social.	Ada riwayat penyakit mental, perubahan hormone, ada riwayat keluarga dengan penyakit bipolar
Tindakan	<i>Support</i> dan empati	Konseling	Psychotherapy dan therapy obat

Dikutip dari : Lynn & Piere, 2007; Pillitteri, 2003.

2.4.4 Penyebab dan faktor resiko

Penyebab dari *postpartum blues* belum diketahui secara pasti, tapi diduga disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain perubahan biologis, stress dan penyebab sosial atau lingkungan. Perubahan kadar hormon estrogen, progesterone, kortikotropin dan endorphin serta prolaktin diduga menjadi faktor pendukung terjadinya *postpartum blues*. Faktor sosial dan lingkungan yang dapat menjadi faktor pendukung terjadinya *postpartum blues* antara lain tekanan dalam hubungan pernikahan dan hubungan keluarga, riwayat *sindrom pramenstruasi*, rasa cemas dan takut terhadap persalinan, dan penyesuaian yang buruk terhadap peran maternal (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Henshaw, 2003; Pillitteri, 2003).

Individu yang beresiko mengalami *postpartum blues* antara lain :

2.4.4.1 Mempunyai riwayat *premenstrual syndrome* atau depresi sebelum hamil

Perempuan dengan riwayat *dysphoric premenstrual syndrome*, *neuroticism*, *anxiety* dan depresi selama hamil mempunyai resiko yang lebih tinggi untuk terjadinya *postpartum blues* (Henshaw, 2003). Bloch, 2005 mengidentifikasi faktor resiko yang menyebabkan gangguan mood pada ibu *postpartum* adalah adanya gangguan mood pada trimester tiga, adanya *premenstrual dysphoric syndrome*, adanya riwayat *postpartum* depresi sebelumnya, riwayat depresi mayor atau gangguan psikiatrik lainnya dan riwayat keluarga dengan depresi/gangguan *affective*. merupakan salah Selain itu riwayat depresi pada masa anak-anak atau remaja juga dapat

merupakan faktor yang berperan terhadap kejadian depresi postpartum (Elvira, 2006).

2.4.4.2 Stressor psikososial selama kehamilan atau persalinan

Stressor psikososial adalah suatu peristiwa atau kejadian yang mengakibatkan seseorang harus melakukan penyesuaian atau adaptasi terhadap kondisi yang dialami tersebut. Peristiwa yang terjadi tersebut menyebabkan keadaan yang semula stabil selama bertahun-tahun, kini harus diubah atau disesuaikan. Setiap orang mempunyai ketahanan tertentu terhadap stressor yang dialaminya, ada yang lebih kuat dan sebaliknya ada yang lebih rentan dibandingkan orang kebanyakan. Ketahanan terhadap stressor ini mengakibatkan perbedaan reaksi yang berbeda pada setiap orang. Demikian juga yang terjadi pada ibu yang melahirkan, bagaimana persepsi seorang ibu terhadap proses kehamilan dan kelahiran, tergantung dari ketahanannya atau kekuatan pribadinya yang didapat sejak kecil (Elvira, 2006).

2.4.4.3 Keadaan atau kualitas kesehatan bayi (termasuk problem kehamilan dan persalinan)

Problem yang dialami bayi menyebabkan ibu kehilangan minat untuk mengurus bayinya. Masalah pada bayi tersebut antara lain adanya komplikasi kelahiran atau lahir dengan jenis kelamin tidak sesuai dengan harapan, atau lahir dengan cacat bawaan (Elvira, 2006). Kondisi kesehatan bayi juga akan menjadi tambahan stressor bagi ibu, bayi menjadi lebih membutuhkan perhatian, perawatan dan juga lebih banyak

membutuhkan biaya. Hal ini banyak dialami oleh ibu yang melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Bobak, 2005 mengatakan bahwa salah satu penyebab gangguan psikologis pada maternal adalah kondisi bayi baru antara lain gangguan iritabilitas dan berat badan lahir rendah.

2.4.4.4 Melahirkan dibawah usia 20 tahun

Kehamilan dan persalinan pada remaja menjadi salah satu faktor pendukung terjadinya *postpartum blues*. Hal ini dikaitkan dengan kesiapan remaja dalam perubahan perannya sebagai ibu, antara lain kesiapan fisik, mental, finansial dan sosial (Henshaw, 2003). Remaja yang hamil lebih beresiko mengalami anemia, hipertensi kehamilan dan disproporsi sefalopelvis (CPD) dan beresiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (Bobak, 2005). Remaja yang hamil juga lebih sulit menerima terhadap kehamilan mereka, sehingga mereka berusaha menutupi kehamilannya. Hal ini menyebabkan remaja tidak mendapatkan perawatan prenatal sebelum trimester ketiga (Bobak, 2005). Remaja hanya dapat berfantasi tentang bayi yang lucu, sehat seperti boneka, tapi tidak dapat menerima bahwa bayi mereka butuh perawatan untuk menjadi tumbuh dan berkembang menjadi anak yang lebih besar (Bobak, 2005).

2.4.4.5 Kehamilan yang tidak direncanakan

Pada perempuan yang hamil tidak direncanakan, misalnya karena belum menikah atau pada ibu yang sudah tidak menginginkan anak lagi, kejadian depresi postpartum lebih

tinggi dibandingkan dengan perempuan yang siap dan sangat menantikan kelahiran bayinya (Elvira, 2006). Perencanaan kehamilan terkait dengan kesiapan ibu baik fisik, mental maupun ekonomi. Jika ibu mempunyai kesiapan fisik dan mental yang adekuat, maka dapat mengurangi stres, rasa cemas dan rasa takut tentang kehamilan dan persalinan serta dapat memudahkan ibu dalam beradaptasi dengan peran barunya. Rasa takut dan cemas tentang persalinan dan penyesuaian sosial yang buruk dapat merupakan faktor predisposisi gangguan psikologis pada ibu postpartum (babak, 2005).

2.4.4.6 Dukungan sosial (terutama dari suami atau keluarga)

Dukungan suami yang dimaksud disini berupa perhatian, komunikasi dan hubungan emosional yang intim, merupakan faktor yang paling bermakna menjadi pemicu terjadinya *postpartum blues* dan postpartum depresi. Adapun dukungan keluarga yang dimaksud adalah komunikasi dan hubungan emosional yang baik dan hangat dengan orangtua, terutama ibu. Dari penelitian didapatkan data bahwa rendahnya atau ketidakpastian dukungan suami dan keluarga akan meningkatkan kejadian depresi postpartum (Elvira, 2006). Buruknya hubungan perkawinan dan tidak adekuatnya dukungan sosial mempengaruhi kejadian *postpartum blues* (Cury, et al, 2008).

2.4.4.7 Status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi merupakan salah satu faktor pendukung terjadinya *postpartum blues* (Henshaw, 2003), terkait dengan

pemenuhan kebutuhan dan perawatan pada bayi. Cury, et al (2008) menjelaskan dalam penelitiannya bahwa *postpartum blues* banyak terjadi pada ibu yang tidak mempunyai penghasilan atau tidak bekerja (65%), atau pada ibu yang bekerja dan mempunyai penghasilan kurang dari satu juta rupiah (86%).

2.4.4.8 Pendidikan

Ada hubungan antara jumlah dan riwayat kelahiran dengan tingkat pendidikan. Ibu yang tingkat pendidikannya rendah akan mempunyai jumlah anak yang banyak dan kualitas dalam perawatan bayi juga tidak baik. Kehamilan yang terjadi pada usia muda, biasanya terjadi pada perempuan yang putus sekolah (Gurel, 2000). Cury, et al (2008) menjelaskan dalam penelitiannya bahwa ibu yang mempunyai pendidikan pada tingkat dasar (*primary school*), mempunyai kecenderungan mengalami *maternity blues* sebanyak satu kali (OR=1). Sedangkan ibu yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi (*high school/college*) mempunyai kecenderungan untuk mengalami *maternity blues* sebanyak 0,84 (OR=0,84).

2.4.5 Pencegahan gangguan psikologis postpartum

Pencegahan terjadinya gangguan psikologis selama periode postpartum adalah dengan mengurangi faktor resiko terjadinya gangguan tersebut, yaitu : 1) pemberian dukungan dari pasangan, keluarga, lingkungan maupun profesional selama kehamilan, persalinan dan pasca persalinan. 2) mengkaji riwayat adanya gangguan psikologis pada ibu hamil dan ibu postpartum, sehingga jika terjadi

gejala dapat dikenali dan ditangani dengan segera. 3) mengkonsumsi makanan sehat, istirahat dan berolah raga minimal 15 menit setiap hari dapat menjaga suasana hati tetap baik. 4) mencegah pengambilan keputusan yang berat selama hamil. 5) mempersiapkan diri secara mental terkait dengan perubahan fisik dan psikis kehamilan dan persalinan. 6) menyiapkan seseorang untuk membantu pekerjaan dirumah. 7) jika ada resiko mengalami gangguan psikologis, lakukan pengobatan profilaksis dan therapy psikologis selama kehamilan untuk mencegah dan menghilangkan gangguan (Anonim, 2008).

2.4.6 Pengukuran *postpartum blues* dengan *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS)

EPDS merupakan alat ukur yang sudah diteliti dan dikembangkan untuk mendeteksi intensitas perubahan perasaan depresi selama tujuh (7) hari postpartum. Kusumadewi dkk (1998) dalam studi validitas EPDS di Indonesia mendapatkan validitas instrument 87,5% dan reliabilitas 0,76%.

Ismail (2001) juga pernah menggunakan instrument EPDS ini untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor resiko yang mempengaruhi kejadian *maternity blues* atau *postpartum blues* di RSP Persahabatan Jakarta.

Peneliti lain yang menggunakan instrument EPDS ini adalah Nurbaeti, I., 2002, dengan judul penelitian : analisis hubungan antara karakteristik ibu, kondisi bayi baru lahir, dukungan sosial dan kepuasan perkawinan dengan depresi postpartum primipara di RSAB Harapan Kita Jakarta.

Universitas Indonesia

Efektivitas instrument EPDS juga pernah diteliti oleh Latifah & Hartati (2006), yaitu dengan membandingkan efektifitas skala EPDS dengan skala BDI (*Beck Depression Inventory*). Hasilnya instrument EPDS cukup efektif digunakan untuk menilai kejadian postpartum depresi sementara BDI lebih cocok digunakan untuk menilai kasus depresi secara umum.

2.5 Peran perawat maternitas

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Hidayat, 2007). Perawat maternitas sebagai tenaga profesional dibidang keperawatan maternitas, merupakan bagian pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada klien pada masa kehamilan, persalinan dan nifas sesuai dengan kebutuhannya (May&Mahlmeister, 2000). Perawat maternitas mengkhususkan diri dalam bidang perawatan ibu sepanjang siklus usia suburnya, antara lain dalam perawatan kesejahteraan ibu dan janinya secara menyeluruh (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

Pengetahuan tentang penatalaksanaan medis untuk setiap kondisi sangat penting untuk menerapkan asuhan keperawatan (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000). Peran perawat untuk mencegah terjadinya *postpartum blues* antara lain:

2.5.1 Peran sebagai pendidik

Perawat dapat memberikan pengetahuan kepada ibu hamil atau ibu bersalin dengan komplikasi agar ibu mempunyai pengetahuan, kemampuan dan kepercayaan diri ibu bahwa ibu mampu mengambil

keputusan metode persalinan apa yang akan dipilih dan ibu tetap berfokus pada keselamatan ibu dan bayi. Pendidikan yang diberikan dapat berguna untuk menyiapkan ibu menghadapi proses melahirkan dan agar ibu berperan aktif dan kooperatif dalam proses persalinan. Pendidikan pada ibu postpartum untuk mencegah postpartum blues adalah pendidikan tentang adaptasi peran yang harus dilalui ibu sehubungan dengan kelahiran bayi, mengajarkan cara menyusui dan cara merawat bayi serta menjelaskan pentingnya dukungan suami dalam perawatan ibu dan bayi (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.5.2 Konselor

Perawat perlu mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya postpartum blues. Perawat perlu untuk mengidentifikasi respon, koping dan adaptasi serta tindakan apa yang telah dilakukan oleh ibu dan keluarga (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.5.3 Pemberi asuhan

Pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki perawat tentang persalinan normal, dapat dijadikan dasar bagi perawat untuk memberikan asuhan yang tepat dan aman yaitu dengan memonitor dan mengidentifikasi adanya penyimpangan dari proses yang normal dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya serta mampu memenuhi kebutuhan emosional ibu. Selama periode postpartum perawat harus dapat memenuhi kebutuhan fisik dan psikis ibu termasuk memfasilitasi *bonding attachment* ibu dengan bayi. Pemberian dukungan dan konseling perlu diberikan kepada ibu postpartum dan pasangannya untuk mencegah terjadinya postpartum blues (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

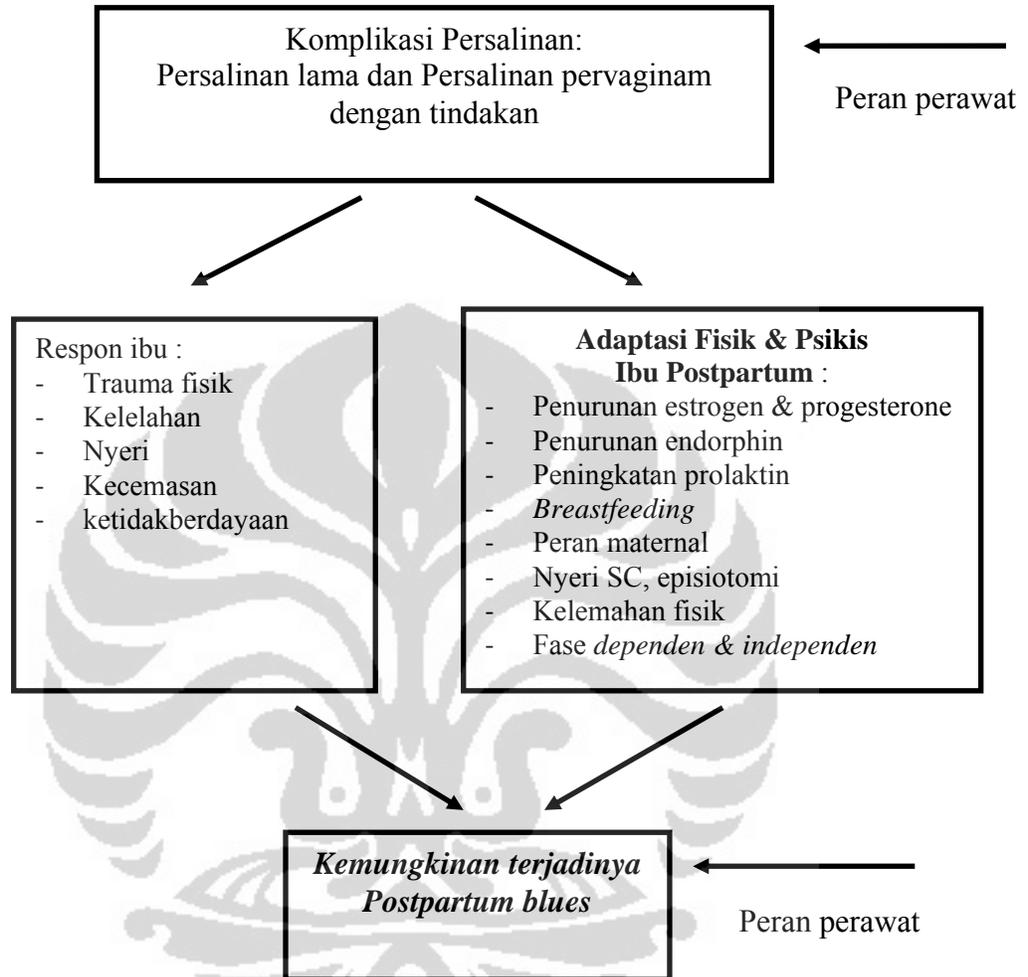
2.5.4 Peneliti

Perawat profesional akan memberikan asuhan keperawatan berdasarkan temuan-temuan riset serta terus mengembangkan praktek berdasarkan ilmu pengetahuan. Oleh karena itu perawat harus dapat berperan sebagai peneliti, yang dapat mengidentifikasi masalah dan mengkaji literatur tentang penelitian-penelitian sebelumnya yang mengupas masalah klien. Perawat dapat mengembangkan protokol dan prosedur asuhan keperawatan berdasarkan riset yang telah dipublikasikan (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.5.5 Pembela

Dalam memberi asuhan keperawatan, perawat maternitas harus mengutamakan keselamatan/kesejahteraan ibu dan janin. Perawat berperan sebagai pembela ibu, membantu ibu dalam menentukan metode persalinan dengan tetap mengutamakan keselamatan ibu dan janin. Pengetahuan adekuat yang dimiliki perawat dapat menjadi landasan perawat dalam membela dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam menentukan metode dan tindakan bantuan selama proses persalinan (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

2.6 Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Bobak, 2000 ; Olds, 2002; Pillitteri, 2003; Freudenthal, 1999; Henshaw, 2003; Beck, 2006

BAB 3

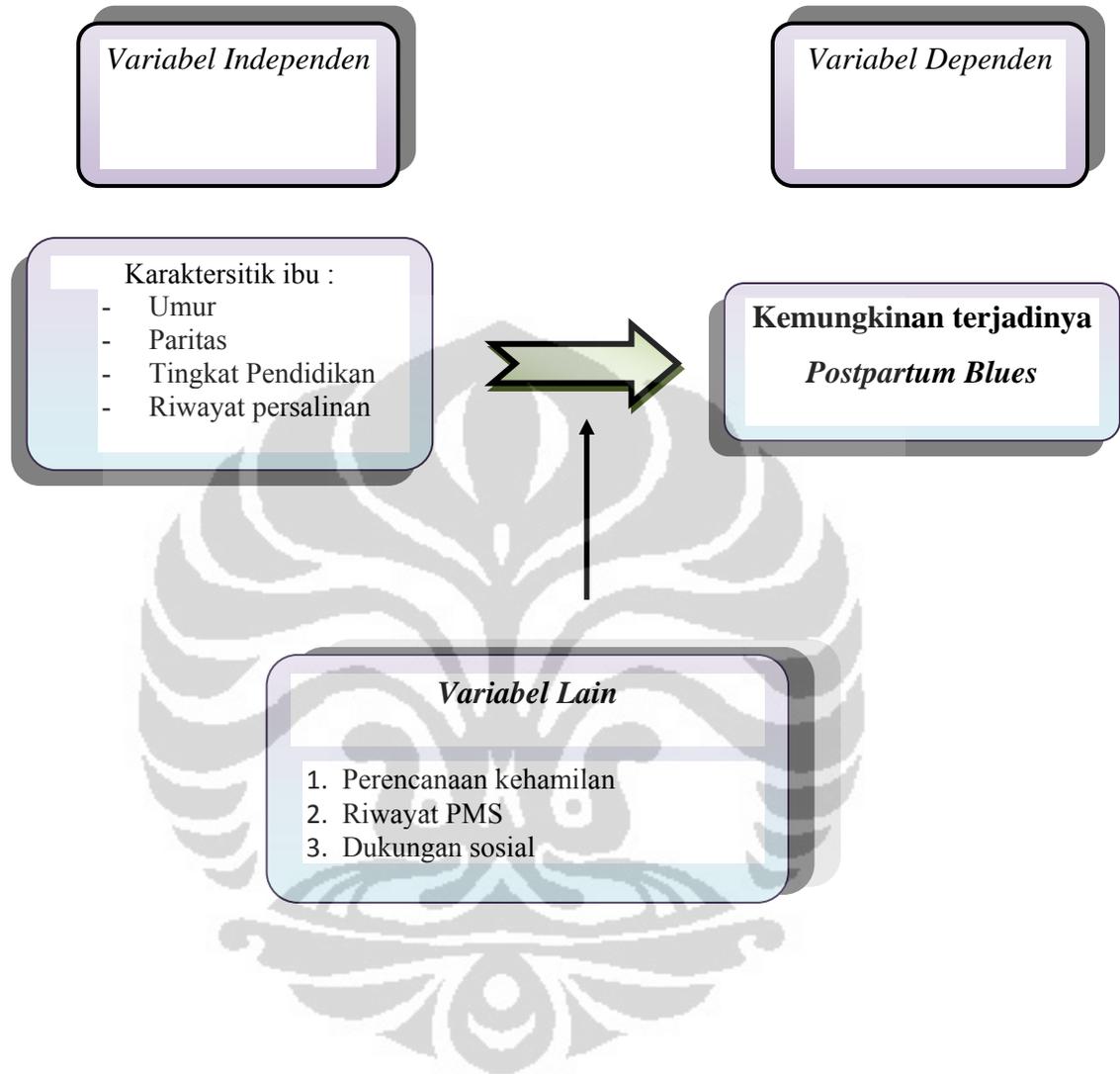
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan diuraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan kerangka acuan peneliti dalam mendesain instrumen penelitian agar pembaca dapat memahami tentang variabel, indikator, parameter maupun skala pengukuran dalam penelitian (Bungin, 2005). Kerangka konsep menyajikan pemahaman yang luas tentang fenomena penelitian yang saling terkait dan menggambarkan asumsi-asumsi dan pandangan filosofis peneliti (Polit & Hungler, 1999). Hipotesis adalah sebuah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang harus diuji validitasnya secara empiris (Sastroasmoro, 2008). Sedangkan menurut Demsey & Demsey, 2002, hipotesis adalah sebuah pernyataan sederhana mengenai perkiraan hubungan antara variabel-variabel yang sedang diteliti sedangkan definisi operasional memberikan deskripsi lengkap mengenai metode dengan konsep yang akan diteliti.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini menggambarkan ada tidaknya hubungan antara komplikasi dalam persalinan terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Persalinan dengan komplikasi dalam penelitian ini adalah persalinan lama dan persalinan pervaginam dengan tindakan. Adapun kerangka konsep penelitian ini digambarkan dalam bentuk bagan yang terdiri dari variabel *independent* dan variabel *dependent*, sebagai berikut :

Skema 3.1
Kerangka Konsep Penelitian



Kerangka konsep ini akan menjelaskan tentang variabel-variabel yang dapat diukur dalam penelitian ini. Kerangka konsep pada penelitian ini meliputi 3 komponen, yaitu : variabel bebas (*independent*), variabel terikat (*dependent*), dan variabel lain.

Variabel-variabel tersebut adalah sebagai berikut:

3.1.1 Variabel terikat (*dependent variable*)

Variabel terikat adalah variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

3.1.2 Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel bebas adalah variabel yang bila berubah akan mengakibatkan perubahan variabel lain. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik ibu meliputi umur, paritas, tingkat pendidikan dan riwayat persalinan.

3.1.3 Variabel lain

Variabel lain adalah jenis variabel yang berhubungan dengan variabel bebas. Variabel lain dalam penelitian ini adalah perencanaan kehamilan, riwayat PMS dan dukungan sosial.

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari pernyataan penelitian yang berfungsi untuk menentukan kearah pembuktian (Notoatmodjo, 2005). Menurut Bungin, 2005, hipotesis adalah suatu kesimpulan penelitian yang belum sempurna yang harus dibuktikan melalui penelitian. Hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

3.2.1 Hipotesis

3.2.1.1 Ada pengaruh antara riwayat persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*

3.2.1.2 Ada perbedaan pengaruh antara kemungkinan terjadinya *postpartum blues* pada kelompok kasus dan kelompok kontrol.

3.3 Definisi Operasional

NO	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1	Umur	Usia responden yang di hitung pada hari ulang tahun terakhir.	Kuesioner	0 = Resiko rendah : 20-35 th 1 = Resiko tinggi : < 20 th dan > 35 th	Nominal
2	Tingkat pendidikan	Pendidikan formal yang diperoleh ibu, mulai dari pendidikan dasar sampai pendidikan tinggi. Diukur dengan kuesioner bagian A	Kuesioner	0 = Pendidikan rendah : SD - SMP 1 = Pendidikan tinggi : SMA - PT	Nominal
3	Riwayat <i>pre menstrual syndrome</i>	Bentuk ringan masalah menstruasi dengan gejala : mudah marah, ketegangan, disforia, mood yang labil. Disertai atau tidak disertai	Kuesioner	0 = jika responden tidak mengeluh adanya gejala PMS 1 = jika responden mengeluh lebih dari dua gejala	Nominal

		dengan gejala somatik.		PMS tersebut.	
4	Perencanaan kehamilan	Perencanaan kehamilan dalam keluarga	Kuesioner	0 = kehamilan yang tidak direncanakan 1 = kehamilan yang direncanakan	Nominal
5	Dukungan sosial	Dukungan dan bantuan yang diperoleh ibu secara nyata dari suami, orangtua dan atau teman selama hamil, bersalin dan postpartum.	Kuesioner	0 = jika Ibu tidak ditemani oleh suami, orangtua dan atau teman selama hamil, bersalin dan postpartum 1 = ibu ditemani suami, orangtua dan atau teman Selama hamil, bersalin dan postpartum	Nominal
7	Persalinan dengan komplikasi	1. Persalinan dengan fase laten pada primipara > 20 jam dan pada	Catatan medis	0 = Jika fase laten memanjang, fase aktif memanjang	Nominal

		<p>multipara > 14 jam.</p> <p>2. Persalinan dengan Fase aktif memanjang pada primipara > 4-5 jam dengan pembukaan servik < 1,2 cm. sedangkan pada multipara > 4-5 jam dengan pembukaan servik 2 cm tiap jam</p> <p>3. Persalinan pervaginam dengan tindakan seperti vakum ekstraksi, forsep dan induksi.</p>		<p>dan terjadi persalinan pervaginam dengan tindakan.</p> <p>1 = tidak mengikuti pola diatas (persalinan pervaginam normal)</p>	
8	<i>Kemungkinan terjadinya Postpartum</i>	Depresi ringan yang dialami ibu pada hari 1-7 setelah ibu	Kuesioner , terdiri dari 10	0 = Tidak mengalami <i>postpartum blues</i>	Nominal

	<i>blues</i>	melahirkan.	pertanyaan dengan empat kategori jawaban : 0,1,2 dan 3. Rentang nilai 0-30	: skor < 10 1 = mengalami <i>postpartum blues</i> : skor ≥ 10	
--	--------------	-------------	---	--	--



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan keseluruhan rencana peneliti untuk mendapatkan jawaban dari pertanyaan penelitian atau menguji hipotesis penelitian (Polit & Hungler, 1999). Penelitian ini menggunakan desain penelitian kasus-kontrol (*case control study*). Penelitian kasus-kontrol merupakan penelitian epidemiologis analitik observasional yang menelaah hubungan antara efek (penyakit atau kondisi kesehatan) tertentu dengan faktor resiko tertentu. Desain penelitian kasus-kontrol dapat digunakan untuk menilai berapa besarkah peran faktor resiko dalam kejadian suatu penyakit (*cause effect relationship*) (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

Pada penelitian kasus-kontrol sekelompok kasus (pasien yang menderita efek atau penyakit yang sedang diteliti) dibandingkan dengan kelompok kontrol (mereka yang tidak menderita penyakit atau efek) (Sastroasmoro & Ismael, 2002). Dalam penelitian ini yang merupakan kelompok kasus adalah ibu persalinan dengan komplikasi dan kelompok kontrolnya adalah ibu persalinan tanpa komplikasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu yang sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan oleh peneliti (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi pada penelitian ini adalah ibu yang melahirkan dengan komplikasi persalinan sebagai kelompok kasus baik yang ada di RSUD

Tugurejo, RSUD Kota Semarang, RS Roemani Semarang maupun RSI Sultan Agung Semarang, dan sebagai kelompok kontrol adalah ibu yang melahirkan tanpa komplikasi persalinan di ke empat rumah sakit tersebut. Penetapan populasi dan jumlah sampel berdasarkan angka kejadian persalinan lama di RSUD Tugurejo Semarang, yaitu 30 kasus dalam tiga bulan terakhir. Sedangkan kasus persalinan lama di RSUD Kota Semarang sebanyak 32 kasus dalam tiga bulan terakhir.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro, 2008). Sampel pada penelitian ini ditentukan dengan metode *non probability sampling* yaitu dengan pertimbangan bahwa tidak setiap subjek dalam populasi mempunyai kesempatan sama untuk terpilih dan tidak terpilih sebagai sampel. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu postpartum dengan komplikasi persalinan (kelompok kasus) yang dirawat di RSUD Tugurejo Semarang, RSUD Kota Semarang, RS Roemani Semarang dan RSI Sultan Agung Semarang dan ibu postpartum tanpa komplikasi persalinan (kelompok kontrol) yang dirawat di ke empat rumah sakit tersebut yang dirawat pada bulan Mei sampai bulan Juni 2010.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan *consecutive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel secara *non probability sampling* dengan memasukkan semua subyek yang memenuhi kriteria pemilihan sampel sampai jumlah subyek penelitian terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Pada cara ini peneliti memilih responden berdasarkan kepada pertimbangan subyektif, yaitu dengan

menentukan kriteria sampel yang meliputi kriteria inklusi dan eksklusi dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel tersebut digunakan. (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel, sedangkan kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Nursalam, 2003).

Kriteria inklusi pada sampel penelitian ini adalah: 1). Ibu postpartum hari 1-7 dengan persalinan komplikasi dan persalinan dengan tindakan. 2). Ibu postpartum hari 1-7 dengan persalinan normal sebagai kelompok kontrol. 3). Ibu bersedia menjadi responden penelitian. 4). Ibu mampu berkomunikasi secara verbal dan non verbal.

Kriteria eksklusi pada sampel penelitian ini adalah: 1). Kondisi ibu sangat lemah dan mengalami gangguan kesadaran. 2). Ibu tidak kooperatif. 3). Ibu menolak menjadi responden penelitian

Peneliti menetapkan besar sampel untuk masing-masing kelompok (persalinan dengan komplikasi dan persalinan tanpa komplikasi) dengan menggunakan rumus penetapan besar sampel pada penelitian yang menggunakan desain deskriptif analitik kategorik tidak berpasangan oleh Sopiudin (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 :

Kesalahan tipe I = 5%, hipotesis dua arah, $Z\alpha = 1,96$

Kesalahan tipe II = 20%, maka $Z\beta = 0,84$

Π = proporsi diskordan = 0,4

P_1 = proporsi pada kelompok kasus berdasarkan
kepastakaan = 0,7

P_2 = proporsi pada kelompok control

Q_1 = $1 - P_1$

$P_1 - P_2$ = selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna

P = proporsi total

Q = $1 - P$

Dengan menetapkan kesalahan tipe I (α) sebesar 5%, hipotesis dua arah, maka $Z\alpha = 1,96$ (konstanta). Kesalahan tipe II (β) ditetapkan 20%, sehingga $Z\beta = 0,84$ (konstanta). P_1 ditentukan berdasarkan proporsi kejadian *postpartum blues* sesuai pustaka yaitu sebesar 0,7 (Lynn & Piere, 2007), sehingga $Q_1 = 1 - 0,7 = 0,3$. Selisih proporsi persalinan dengan komplikasi yang dianggap bermakna ditetapkan sebesar 0,2, maka besar sampel yang dibutuhkan untuk masing-masing kelompok adalah:

$$N_1 = N_2 = \frac{(1,96 \sqrt{2 \cdot 0,2 \cdot 0,8} + 0,84 \sqrt{0,7 \cdot 0,3 + 0,1 \cdot 0,9})^2}{(0,3 - 0,1)^2}$$

$$N_1 = N_2 = 36$$

Jadi besar sampel untuk masing-masing kelompok adalah 36 orang. Untuk mengantisipasi sampel yang *drop out*, maka ditambahkan masing-masing 10% sehingga jumlah sampel untuk masing-masing

Universitas Indonesia

kelompok adalah 40 orang. Total sampel penelitian secara keseluruhan adalah 80 orang.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di rumah sakit di wilayah kota Semarang, yaitu RSUD Tugurejo, RSUD Kota Semarang, RS Roemani Muhammadiyah dan RSI Sultan Agung. Alasan peneliti menggunakan keempat rumah sakit ini sebagai tempat penelitian adalah karena keempat rumah sakit tersebut mempunyai karakteristik yang sama. Keempat rumah sakit tersebut juga merupakan rumah sakit pendidikan. Namun penelitian yang membahas tentang pengaruh persalinan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues* belum pernah dilakukan.

4.4 Waktu Penelitian

Pengumpulan data dilaksanakan selama dua bulan dimulai dari tanggal 20 Mei sampai tanggal 18 Juni 2010. Proses penelitian dimulai dari pembuatan proposal sampai penyusunan laporan penelitian berlangsung selama 5 bulan (jadwal penelitian terlampir).

4.5 Etika Penelitian

Etika penelitian adalah suatu sistem nilai yang normal, yang harus dipatuhi oleh peneliti saat melakukan aktivitas penelitian yang melibatkan responden, meliputi kebebasan dari adanya ancaman, kebebasan dari eksploitasi, keuntungan dari penelitian tersebut, dan resiko yang didapatkan (Polit & Hungler, 1999). Hal pertama yang dilakukan oleh peneliti adalah mengurus ijin atau persetujuan dari direktur rumah sakit, memberikan informasi tentang penelitian kepada pihak yang terkait yaitu direktur, diklat, bidang keperawatan dan ruang nifas. Dalam melakukan penelitian ini, peneliti juga mendapat rekomendasi dari Fakultas Ilmu

Keperawatan Universitas Indonesia. Setelah mendapat persetujuan barulah melakukan penelitian dengan memenuhi beberapa prinsip etik sebagai berikut:

4.5.1 *Right to self-determination*

Selama penelitian responden diberi hak otonomi untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian. Setelah mendapat penjelasan dari peneliti yang berisi prosedur, manfaat, dan risikonya, responden diberi kesempatan untuk memberikan persetujuan atau menolak berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti tidak memberi sanksi apapun ketika responden menolak untuk berpartisipasi. Pada saat penelitian tidak ada responden yang mengundurkan diri.

4.5.2 *Right to privacy and dignity*

Pada saat penelitian, peneliti melindungi privasi dan menghormati martabat responden. Selama penelitian, kerahasiaan dijaga dengan cara member penjelasan dan persetujuan seta pengambilan data responden dilakukan peneliti hanya dengan keluarga responden tanpa didampingi orang lain.

4.5.3 *Right to anonymity and confidentiality*

Untuk menjaga kerahasiaan data responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner, cukup memberi inisial nama pada masing-masing lembar tersebut. Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tersebut saja yang peneliti sajikan dalam penelitian ini. Data yang telah dikumpulkan akan peneliti simpan dengan baik selama kurang lebih lima tahun dan jika sudah tidak diperlukan lagi data responden akan dimusnahkan.

4.5.4 *Right to protection from discomfort and harm*

Pada saat pengambilan data, kenyamanan responden tetap menjadi perhatian peneliti. Responden dapat memilih posisi duduk atau berbaring sesuai dengan yang dikehendaki responden. Setelah responden mengisi kuesioner, peneliti tidak lupa memberikan *reinforcement* kepada responden yaitu dengan mengucapkan terimakasih dan mengatakan bahwa data yang responden berikan akan sangat bermanfaat bagi rumah sakit dan pasien yang lain.

4.6 Alat Pengumpulan Data

4.6.1 Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini berupa :

4.6.1.1 Bagian A, berupa berupa kuesioner untuk mengkaji karakteristik responden, meliputi umur, pendidikan, paritas, status kehamilan, riwayat depresi, riwayat PMS dan lembar observasi untuk mengkaji adanya dukungan sosial.

4.6.1.2 Bagian B (pengukuran *postpartum blues*)

Instrumen yang digunakan disadur dari *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) yang dikembangkan oleh Cox, Holden dan Sagovsky sejak tahun 1987. EPDS dipilih sebagai instrumen pada penelitian ini karena EPDS merupakan instrument baku dan berdasarkan hasil penelitian sebelumnya dinyatakan bahwa instrument tersebut telah teruji dan diakui validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas instrument tersebut juga telah dilakukan pada berbagai budaya dan tersedia dalam berbagai bahasa. Hasil uji coba tersebut didapatkan nilai sensitivitasnya (86%) dan spesivitasnya (78%) (Scott, 2008).

Uji validitas EPDS lain didapatkan 88% dan reliabilitas 0,77% (Montazeri, et al, 2007). Uji validitas yang dilakukan oleh Records, et al, 2007, didapatkan sensitivitasnya 70% dan spesivitasnya 93%. Sedangkan uji validitas yang dilakukan oleh Watanabe, et al, 2008 didapatkan nilai sensitivitasnya 82% dan spesivitasnya 95%. Henshaw, 2003 juga menggunakan instrument EPDS dalam penelitiannya yang berjudul “ *Mood disturbance in the early puerperium* ”.

Peneliti di Indonesia yang menggunakan instrument EPDS antara lain dr. Irawati Ismail, RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta pada tahun 2001, Irma Nurbaeti, 2002, Yektiningtyastuti, 2004 dan Manurung, S, 2008.

Jumlah pertanyaan instrument EPDS ada 10 item, dimana pertanyaan-pertanyaan tersebut mudah dipahami, yang memungkinkan klien dapat mengisinya serta tidak membuat klien kelelahan saat menjawab kuesioner tersebut. Pertanyaan-pertanyaan dalam instrumen tersebut diklasifikasi dengan tanda (*) dan tanpa tanda (*). Pertanyaan tanpa tanda (*) yakni pertanyaan 1,2 dan 4, kotak jawaban teratas diberi nilai nol (0) dan kotak jawaban yang terendah diberi nilai tiga (3). Pertanyaan dengan tanda (*) yakni nomor 3,5,6,7,8,9,10 kotak jawaban teratas diberi nilai tiga (3) dan kotak jawaban yang paling rendah diberi nilai nol (0). Nilai maksimum EPDS adalah 30 dengan interval 0-9 normal, ≥ 10 *postpartum blues* atau depresi. Dimana penafsiran EPDS antara *postpartum blues* dengan depresi adalah dilihat waktu kejadiannya. EPDS yang

Universitas Indonesia

digunakan segera setelah melahirkan dan diulang dalam waktu dua minggu adalah mengkaji kejadian *postpartum blues* dan bila penilaian EPDS dalam waktu satu bulan atau lebih adalah menilai depresi postpartum (Wisner, Parry & Piontek, 2002; Scott 2008). Khasanah, 2008 dan Iskandar, 2005 menjelaskan bahwa EPDS merupakan kuesioner dengan validitas teruji yang dapat mengukur intensitas perubahan perasaan selama tujuh hari pasca persalinan. Pertanyaannya berhubungan dengan labilitas perasaan, kecemasan, perasaan bersalah yang mencakup tanda dan gejala *postpartum blues*. EPDS dapat dipergunakan dalam minggu pertama pasca persalinan dan bila hasilnya meragukan dapat diulang dua minggu kemudian (Iskandar, 2005).

4.7 Prosedur Pengumpulan Data dan Pengelolaan Data

4.7.1 Pengumpulan data

Penelitian ini menggunakan data primer yang didapatkan dengan menggunakan kuesioner dan data sekunder yang didapatkan dari catatan medis pasien. Pengumpul data adalah peneliti. Prosedur penelitian yang dilakukan adalah sebagai berikut :

4.7.1.1 Tahap persiapan

Sebelum melakukan pengambilan data, peneliti mengurus izin pelaksanaan penelitian kepada komite etik Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia. Kemudian peneliti akan memasukkan izin penelitian dan proposal penelitian kepada RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD Kota Semarang. Setelah mendapatkan izin dari direktur kedua RS tersebut, peneliti akan menghadap Ka.Bid Keperawatan dan kepala ruang nifas untuk

Universitas Indonesia

menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta meminta ijin mereka dalam pelaksanaan pengambilan data penelitian.

4.7.1.2 Tahap pelaksanaan

Pengumpulan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut : 1). Mengidentifikasi klien postpartum hari pertama sampai ke tujuh dengan persalinan lama dan persalinan pervaginam dengan tindakan di ruang nifas RSUD Tugurejo Semarang, RSUD Kota Semarang, RS Roemani Semarang dan RSI Sultan Agung Semarang. 2). Mengidentifikasi klien postpartum hari pertama sampai ke tujuh dengan persalinan normal tanpa tindakan di ruang nifas RSUD Tugurejo Semarang, RSUD Kota Semarang, RS Roemani Semarang dan RSI Sultan Agung Semarang. 3). Kepada responden kelompok kasus dan kelompok kontrol dijelaskan cara mengisi kuesioner. 4). Pengisian kuesioner bagian B oleh klien tanpa didampingi oleh keluarga. 5). Kuesioner A dan data sekunder yang didapatkan dari catatan medis diisi oleh peneliti.

Pada pertengahan proses pengambilan data, peneliti mengalami kesulitan untuk mendapatkan responden, karena ada beberapa kasus persalinan lama yang berakhir dengan tindakan *section caesarea*. Oleh karena itu, peneliti memperluas tempat penelitian yaitu dengan menambah dua rumah sakit yang mempunyai karakteristik yang sama, yaitu RS Roemani Semarang dan RSI Sultan Agung Semarang.

4.7.2 Pengelolaan data

Pengolahan data dilakukan setelah proses pengumpulan data selesai dilakukan. Tahapan pengolahan data penelitian terbagi atas empat tahap (Hastono, 2007). Tahapan pengelolaan data yang harus dilalui adalah:

4.7.2.1 *Editing*

Peneliti melakukan pemeriksaan atas kelengkapan pengisian kuisioner, kejelasan makna jawaban, konsistensi antar jawaban, relevansi jawaban dan keseragaman satuan pengukuran.

4.7.2.2 *Coding*

Coding adalah kegiatan untuk mengklasifikasikan data jawaban menurut kategorinya masing-masing. Setiap kategori jawaban yang berbeda diberi kode yang berbeda. Hal yang perlu diperhatikan adalah setiap jawaban yang masuk diberi kode tertentu sesuai dengan kategorinya, setiap kategori yang sama diberi kategori yang sama dan antara kategori yang satu dengan yang lainnya dipisahkan dengan tegas agar tidak tumpang tindih.

4.7.2.3 *Entry data*

Peneliti memproses data dengan cara melakukan *entry* data dari masing-masing responden ke dalam program komputer. Data dimasukkan sesuai nomor responden pada kuesioner dan nomor pada lembar observasi dan jawaban responden dalam bentuk angka sesuai dengan skor jawaban yang telah ditentukan ketika melakukan koding.

4.7.2.4 Tabulasi data

Tabulasi adalah kegiatan untuk meringkaskan data yang masuk kedalam tabel-tabel yang telah disiapkan. Proses tabulasi meliputi : (1) mempersiapkan tabel dengan kolom dan baris yang disusun dengan cermat dan sesuai kebutuhan, (2) menghitung banyaknya frekuensi untuk tiap kategori jawaban dan (3) menyusun distribusi atau tabel frekuensi baik berupa tabel frekuensi satu arah maupun frekuensi silang dengan tujuan agar data yang ada dapat tersusun rapi, mudah untuk dibaca dan dianalisis.

4.8 Analisis Data

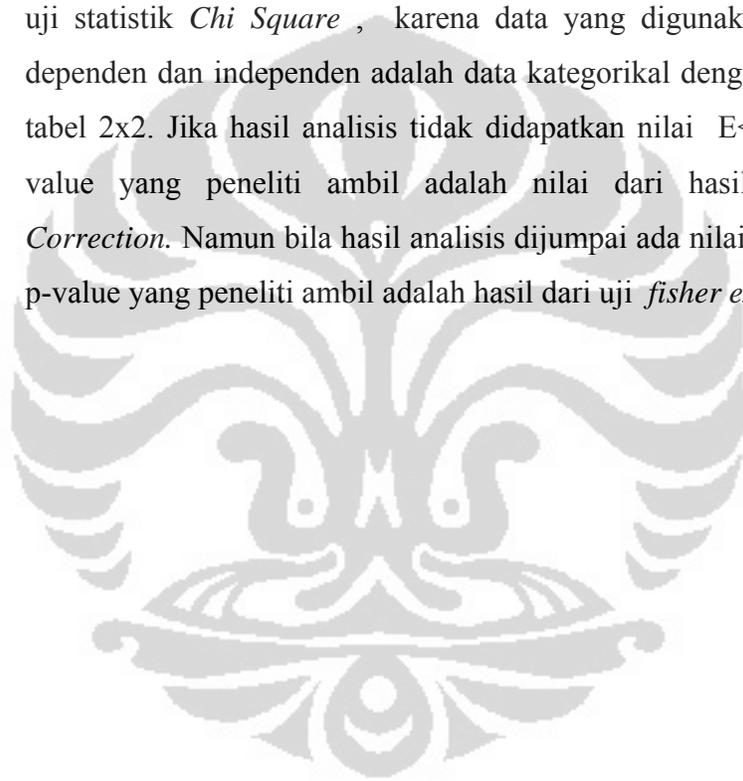
4.8.1 Analisis Univariat

Dalam penelitian ini karakteristik responden yang meliputi umur, pendidikan, paritas, perencanaan kehamilan, riwayat PMS, dukungan sosial, persalinan lama, persalinan pervaginam dengan tindakan (vakum ekstraksi, forsep dan induksi) ditampilkan dalam bentuk data proporsi atau prosentase. Data tentang kemungkinan terjadinya *postpartum blues* awalnya berjenis numerik, yaitu menggunakan skor 0 – 30. Jika responden mempunyai skor <10 maka responden tidak mengalami kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Jika skor > 10 maka responden mengalami kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Sehingga data yang ditampilkan berupa data kategorik, yaitu mengalami kemungkinan terjadinya *postpartum blues* atau tidak mengalami kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2002). Analisis *bivariat*

dilakukan untuk mengetahui pengaruh antara variabel *dependent* dengan variabel *independent*. Uji *bivariat* pada penelitian ini untuk mengetahui pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues* dan pengaruh persalinan tanpa komplikasi dengan kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Pada penelitian ini tidak dilakukan uji kenormalan data, karena data berbentuk katagorik. Kemudian dilanjutkan dengan uji bivariat, yaitu dengan menggunakan uji statistik *Chi Square* , karena data yang digunakan pada variabel dependen dan independen adalah data kategorikal dengan α 0,05 dengan tabel 2x2. Jika hasil analisis tidak didapatkan nilai $E < 5$, maka nilai p-value yang peneliti ambil adalah nilai dari hasil uji *Continuity Correction*. Namun bila hasil analisis dijumpai ada nilai $E < 5$, maka nilai p-value yang peneliti ambil adalah hasil dari uji *fisher exact*.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian. Hasil penelitian disajikan sebagai berikut : hasil analisis univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat meliputi karakteristik ibu yang meliputi umur, tingkat pendidikan dan pekerjaan. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Hasil penelitian sebagai berikut:

5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.1 dibawah ini :

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan di Kota Semarang, Bulan Mei – Juni 2010 (n = 80)

No	Variabel	Kasus		Kontrol		Total	%
		n = 40	%	n =40	%		
1	Umur						
	20-35 th	32	80	31	77,5	63	78,8
	<20 th atau > 35 th	8	20	9	22,5	17	21
2	Tingkat Pendidikan						
	Tinggi	28	70	21	52,5	49	61,25
	Rendah	12	30	19	47,5	31	38,75
3	Pekerjaan						
	Bekerja	16	52,5	14	40,0	30	37,5
	Tidak bekerja	24	47,5	26	60,0	50	62,5

Berdasarkan tabel diatas, sebagian besar responden adalah berumur antara 20 sampai 35 tahun yaitu 63 orang (79%) sedangkan sisanya 17 orang (21%) adalah ibu berusia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun. Sebagian besar responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (SMU dan PT) yaitu 49

orang (61,25%) sedangkan sisanya berpendidikan maksimal SMP yaitu 31 orang (38,75 %). Sebagian besar responden adalah seorang ibu rumah tangga yang tidak bekerja yaitu sebanyak 50 orang (62,5%), sedangkan sisanya adalah ibu yang bekerja yaitu 30 orang (37,5%).

5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Paritas, Perencanaan kehamilan, Riwayat PMS, Dukungan Sosial dan Kemungkinan terjadinya *Postpartum Blues*

Distribusi responden berdasarkan paritas, perencanaan kehamilan, riwayat PMS, dukungan sosial dan kemungkinan terjadinya *postpartum blues* dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Paritas, Perencanaan Kehamilan, Riwayat PMS, Dukungan Sosial dan Kemungkinan terjadinya *Postpartum Blues* Di Kota Semarang, Bulan Mei – Juni 2010 (n = 80)

No	Variabel	Kasus		Kontrol		Total	%
		n = 40	%	n =40	%		
1	Paritas						
	Primipara	30	75	22	55	52	65
	Multipara	10	25	18	45	28	35
2	Perencanaan Kehamilan						
	Direncanakan	18	45	33	82,5	51	64
	Tidak direncanakan	22	55	7	17,5	29	36
3	Riwayat PMS						
	Ada riwayat PMS	16	40	16	40	32	40
	Tidak ada riwayat PMS	24	60	24	60	48	60
4	Dukungan sosial						
	Ada	15	37,5	17	42,5	32	40
	Tidak ada	25	62,5	23	57,5	48	60
5	Kemungkinan terjadinya <i>Postpartum blues</i>						
	Ya	29	72,5	25	62,5	54	67,5
	Tidak	11	27,5	15	37,5	26	32,5

Dari tabel 5.2 diatas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar responden adalah ibu primipara (65%). Sebagian besar status kehamilan reponden pada kelompok kasus kehamilannya tidak direncanakan (55%), sedangkan responden pada kelompok kontrol status kehamilannya direncanakan (82,5%). Responden yang mempunyai riwayat PMS sebanyak 32 orang (40 %). Responden yang mendapat dukungan sosial sebanyak 32 orang responden (40 %). Hasil penelitian ini sebagaian besar responden mengalami *postpartum blues*, yaitu sebanyak 54 orang (67,5 %).

5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Persalinan

Tabel 5.3
Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Persalinan Terhadap Kemungkinan terjadinya *postpartum blues* di Kota Semarang, Bulan Mei – Juni 2010 (n=80)

Variabel	Kemungkinan terjadinya <i>postpartum blues</i>				Total		OR (95%CI)	P Value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	N	%				
Riwayat Persalinan								
Persalinan dengan komplikasi (Kelompok Kasus)	29	53,7	11	43,3	40	50	1,582	0,474
Persalinan tanpa komplikasi (Kelompok Kontrol)	25	46,3	15	57,3	40	50	0,615-4,066	

Berdasarkan tabel 5.3 diatas didapatkan hasil analisis hubungan antara persalinan komplikasi dengan *kemungkinan terjadinya postpartum blues*, bahwa dari 40 orang responden yang melahirkan dengan komplikasi persalinan, 29 responden (53,7%) mengalami *kemungkinan terjadinya postpartum blues* dan dari 40 ibu yang melahirkan normal, sebanyak 25 responden (46,3%) mengalami *kemungkinan terjadinya postpartum blues*.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,474$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh antara riwayat persalinan terhadap *kemungkinan terjadinya postpartum blues*.

5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Persalinan dan Jenis Komplikasi Persalinan terhadap Kemungkinan terjadinya *postpartum blues*

Tabel 5.4
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Komplikasi Persalinan Terhadap Kemungkinan terjadinya *postpartum blues* di Kota Semarang, Bulan Mei – Juni 2010 (n=40)

Variabel	Kemungkinan terjadinya postpartum blues				Total		OR (95%CI)	P Value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	N	%				
Jenis Komplikasi :								
Persalinan lama	14	48,3	2	18,2	16	40	4,200	0,148
Persalinan dengan tindakan	15	51,7	9	81,8	24	60	0,770-22,91	

Berdasarkan tabel 5.4 dapat dijelaskan bahwa dari 16 responden yang mengalami persalinan lama, ada 14 responden (48,3%) yang mengalami kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Dan dari 24 responden yang mengalami persalinan dengan tindakan, ada 15 responden (51,7%) yang mengalami kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p \text{ value} = 0,148$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh antara jenis komplikasi persalinan terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Tingkat Pendidikan, Paritas, Perencanaan kehamilan, Riwayat PMS dan Dukungan Sosial Terhadap Kejadian Kemungkinan terjadinya *postpartum blues*

Tabel 5.5
Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Tingkat Pendidikan, Paritas, perencanaan kehamilan, Riwayat PMS dan Dukungan Sosial Terhadap Kemungkinan terjadinya *postpartum blues* di Kota Semarang, Bulan Mei – Juni 2010 (n=80)

No	Variabel	Kemungkinan terjadinya <i>postpartum blues</i>				Total		OR (95%CI)	P Value
		Ya		Tidak		n	%		
		n	%	N	%				
1	Umur								
	<20 th atau >35 th	9	16,7	8	30,8	17	21,3	0,450	0,249
	20-35 tahun	45	83,3	18	69,2	63	78,8	0,150-1,349	
2	Tk Pendidikan								
	SD-SMP	23	42,6	8	30,8	31	38,8	1,669	0,440
	SMA-PT	31	57,4	18	69,2	49	61,3	0,619-4,503	
3	Paritas								
	Multipara	6	11,1	22	84,6	28	35	0,023	0,000
	Primipara	48	88,9	4	15,4	52	65	0,006-0,089	
4	Perencanaan Kehamilan								
	Direncanakan	30	55,6	21	80,8	51	63,8	3,360	0,051
	Tidak direncanakan	24	44,4	5	19,2	29	36,3	1,104-10,23	
5	Riwayat PMS								
	Ya	23	42,6	9	34,6	32	40	1,401	0,661
	Tidak	31	57,4	17	65,4	48	60	0,530-3,702	
6	Dukungan Sosial								
	Ada	12	22,2	20	76,9	32	40	11,667	0,000
	Tidak ada	42	77,8	6	23,1	48	60	3,825-35,59	

Berdasarkan tabel 5.5 diatas dapat dijelaskan bahwa variabel yang mempunyai pengaruh terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues* adalah variabel paritas dan dukungan sosial. Sedangkan variabel umur, tingkat pendidikan, perencanaan kehamilan dan riwayat PMS bukan merupakan faktor yang mempengaruhi kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

Hasil analisis antara paritas dengan kemungkinan terjadinya *postpartum blues*, yaitu dari 28 ibu multipara terdapat 6 orang responden (11,1%) yang mengalami kemungkinan terjadinya *postpartum blues* dan dari 52 ibu primipara terdapat 48 orang responden (88,9%) yang mengalami kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Hasil uji statistik didapatkan hasil nilai $p = 0,000$ maka dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara paritas dengan kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 0,023$ (CI 95% : 0,006-0,089), artinya paritas sebagai faktor protektif terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

Hasil analisis hubungan antara dukungan sosial dengan kemungkinan terjadinya *postpartum blues* dapat dilihat pada tabel 5.5. Pada tabel tersebut diperoleh data bahwa dari 32 responden yang mendapat dukungan sosial, ada 12 responden (22,2%) yang mengalami kemungkinan terjadinya *postpartum blues* dan dari 48 responden yang tidak mendapat dukungan sosial, terdapat 42 responden (77,8%) yang mengalami kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Hasil analisis statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ maka dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara dukungan sosial dengan kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 11,667$ dengan 95% CI (3,825 – 35,59) artinya dukungan sosial merupakan faktor resiko untuk kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas dan menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi terhadap pelayanan keperawatan dan penelitian. Interpretasi hasil penelitian dijelaskan berdasarkan makna yang didukung oleh hasil-hasil penelitian sebelumnya dan beberapa konsep terkait.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

Interprestasi hasil akan menjelaskan sesuai dengan tujuan penelitian yaitu pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues* yang dikontrol oleh karakteristik responden seperti umur, tingkat pendidikan, status obstetri, status kehamilan, riwayat depresi, riwayat PMS dan dukungan sosial.

6.1.1 Pengaruh Riwayat Persalinan terhadap Kemungkinan terjadinya *Postpartum Blues*

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa *kemungkinan terjadinya postpartum blues* terjadi pada responden yang mengalami persalinan komplikasi sebesar 53,7% dan sebesar 46,3% pada responden yang melahirkan normal. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh antara persalinan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues* (p value = 0,474).

Persalinan merupakan suatu peristiwa yang rumit dan menimbulkan stress bagi seorang ibu. Pendukung teori stress menjelaskan bahwa setiap peristiwa yang menimbulkan stress, misalnya proses persalinan, dapat merangsang reaksi untuk terjadinya *blues* (Bobak, 2000).

Universitas Indonesia

Postpartum blues merupakan suatu sindroma gangguan afek ringan yang sering terjadi dalam minggu pertama, yaitu hari 1 – 10 setelah persalinan. paling sering terjadi pada hari ketiga atau keempat postpartum dan memuncak antara hari kelima dan keempat belas postpartum (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000 ; Pillitteri, 2003).

Persalinan dilihat dari perspektif fisiologi akan menimbulkan perubahan sirkulasi hormonal (progesteron dan estrogen) secara dramatis. Perubahan hormonal ini secara biologis akan mempengaruhi kondisi emosional seorang wanita. Penurunan kadar estrogen dan progesteron pada periode lepasnya plasenta dapat menyebabkan *disforia* (Ismail, 2002).. Sedangkan dilihat dari perspektif simbolik, dengan adanya proses persalinan dan kelahiran seorang bayi akan menyebabkan perubahan penting pada ibu, yaitu persepsi ibu sebagai individu, persepsi terhadap adanya perubahan peran, status dan tanggung jawab baik kepada pasangan maupun kepada anak-anaknya. Konflik peran dapat menjadi awitan awal terjadinya gangguan psikologis pada ibu postpartum (Ismail, 2002).

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa tidak ada pengaruh antara riwayat persalinan terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues* (p-value 0,474). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh O'Hara (1991), yang menjelaskan bahwa tidak ada hubungan antara riwayat persalinan dengan kejadian *postpartum blues*. Cury, et al (2008), juga menyebutkan bahwa kelainan atau komplikasi yang dialami ibu selama periode intranatal tidak berhubungan dengan terjadinya *postpartum blues/postpartum depresi* (p-value = 0.37).

Ismail, 2002 menjelaskan bahwa adanya komplikasi persalinan akan merangsang meningkatnya dukungan dari pasangan dan anggota kelompok sosial lainnya sehingga dapat mengimbangi stress tambahan dari komplikasi persalinan. Hal ini menjadi analisis bagi peneliti, bahwa pada ibu yang mengalami persalinan dengan komplikasi akan mendapatkan dukungan yang lebih optimal, baik dukungan dari suami, keluarga, teman maupun tenaga kesehatan. Sehingga hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh antara persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

Hal ini berbeda dengan yang disampaikan Henshaw, 2003 bahwa penyulit persalinan berhubungan dengan terjadinya *postpartum blues* atau gangguan *mood* pada periode postpartum dini.

Ibu yang mengalami persalinan lama akan merasakan nyeri dan cemas yang berkepanjangan. Semakin ibu cemas, maka semakin menghambat dilatasi serviks sehingga semakin memperlama proses persalinan dan peningkatan rasa nyeri (menambah persepsi nyeri dan sifat nyeri). Kecemasan, ketakutan, kesendirian, stress atau kemarahan yang berlebihan dapat menyebabkan peningkatan jumlah-jumlah hormon-hormon yang berhubungan dengan stress, seperti β -endorfin, adrenokortikotropik, kortisol dan epinefrin. Hormon-hormon tersebut bekerja pada otot polos uterus. Peningkatan kadar hormon tersebut menurunkan kontraktilitas uterus sehingga semakin memperpanjang proses persalinan (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

Ketakutan, kecemasan dan kegelisahan dapat ditimbulkan karena ibu kurang dapat mendapat penjelasan mengenai proses persalinan yang akan dihadapi terutama pada ibu primipara. Persalinan pada kehamilan yang tidak direncanakan dilaporkan menimbulkan nyeri persalinan lebih berat. Ibu yang didampingi suami saat bersalin dapat mempengaruhi intensitas skor nyeri. Faktor emosional lain seperti motivasi yang kuat dan pengaruh budaya dapat mempengaruhi modulasi transmisi sensoris dan mempengaruhi dimensi afektif serta tingkah laku dalam menghadapi nyeri. Intervensi kognitif seperti menjelaskan pada ibu tentang proses persalinan dan bagaimana mengelola nyeri persalinan dapat mengurangi keraguan, mengalihkan dan menjauhkan perhatian sementara waktu dapat menurunkan sifat nyeri (Ajartha, 2007).

Persalinan yang lama akan membuat ibu memiliki pengalaman persalinan yang kurang memuaskan, sehingga ibu menunjukkan citra diri yang negatif dan dapat berlanjut menjadi kemarahan yang dapat mempersulit proses adaptasi ibu terhadap peran dan fungsi barunya. Proses persalinan yang berlangsung penuh tekanan akan membuat ibu lebih sulit mengontrol dirinya sehingga membuat ibu lebih mudah marah serta dapat menurunkan kemampuan coping ibu yang efektif (Murray & McKinney, 2001; Pillitteri, 2003).

6.1.2 Pengaruh Jenis Komplikasi Persalinan terhadap Kemungkinan terjadinya *Postpartum Blues*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh antara jenis komplikasi persalinan terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues* ($p\text{-value}=0,148$). Pada tabel 5.4 dijelaskan bahwa dari 24 responden yang mengalami persalinan dengan tindakan, 15 responden

(51,7%) mengalami kemungkinan terjadinya *postpartum blues*. Hal ini dapat dijelaskan bahwa intervensi dalam persalinan, seperti persalinan dengan bantuan alat (forsep atau vakum), penggunaan analgesik epidural dan seksio saesarea dapat menimbulkan efek jangka panjang pada ibu, yaitu dapat mengurangi kepercayaan diri ibu dalam menjalankan perannya, mengganggu proses kelekatan (*bonding*) yang alami serta dapat meningkatkan kejadian depresi postpartum (Henderson & Jones, 2006).

Dalam penelitian ini, tindakan persalinan yang dilakukan antara lain induksi persalinan dengan oksitosin dan persalinan dengan menggunakan vakum ekstraksi.

Oksitosin adalah suatu peptida yang dilepaskan dari bagian hipofisis posterior dan biasanya diberikan secara intravena pada saat persalinan. Oksitosin meningkatkan kerja sel otot polos yang diam dan memperlambat konduksi aktivitas elektrik sehingga mendorong pengerahan serat-serat otot yang lebih banyak per kontraksi dan akibatnya akan meningkatkan kekuatan kontraksi yang lemah (Henderson & Jones, 2006). Penggunaan induksi oksitosin dalam persalinan akan menyebabkan ibu mengalami hiperstimulasi uterus (ibu merasakan nyeri yang melebihi kontraksi uterus yang reguler), mual, muntah, nyeri kepala dan hipotensi (Bobak, 2005).

Hal ini juga dijelaskan oleh Henderson dan Jones, 2006 bahwa oksitosin telah terbukti meningkatkan jumlah rasa nyeri yang diterima ibu dan meningkatkan resiko hiperstimulasi. Pengalaman nyeri hebat ini akan menimbulkan kecemasan dan ketakutan bagi ibu. Ibu juga akan mengalami kecemasan dan ketakutan serta kekhawatiran

terhadap keberhasilan tindakan. Selain itu, induksi oksitosin juga dapat mempengaruhi kesejahteraan janin dan resiko terjadinya perdarahan pasca persalinan yang disebabkan karena atonia uteri. Kecemasan dan ketakutan ibu, kemungkinan komplikasi pada bayi dan ibu menjadi salah satu faktor yang dapat mendukung untuk kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

Tugas seorang perawat maternitas adalah memberi asuhan dan dukungan selama masa-masa penting dalam proses persalinan tersebut. Tanggung jawab perawat maternitas adalah memonitor kondisi ibu dan janin dan mengenali adanya abnormalitas yang memungkinkan penanganan dan tindakan yang tepat dari dokter. Tujuan asuhan keperawatan adalah untuk membantu kelahiran bayi yang sehat dan memuaskan ibu. Dukungan dan dorongan pada ibu membantu mengurangi nyeri dan kecemasan ibu. Dukungan dapat berupa kehadiran yang kontinue selama periode aktif persalinan, memberikan sentuhan dan pujian yang membuat nyaman serta memberi penguatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan yang diberikan perawat dapat menurunkan kebutuhan untuk menggunakan obat pereda nyeri dan kelahiran operatif serta nilai APGAR janin lebih dari 7 dalam 5 menit (Henderson & Jones, 2006).

Penggunaan vakum dalam proses persalinan akan mengakibatkan laserasi di perineum, vagina dan serviks yang akan menyebabkan fase pemulihan ibu menjadi lebih lama (Bobak, 2005). Resiko pada bayi dapat ditemui adanya sefalhematoma, laserasi kulit kepala dan hematoma subdural (Bobak, 2005). Kondisi kelemahan fisik pada ibu serta kondisi fisik bayi akan menimbulkan kecemasan dan kekhawatiran pada ibu yang dapat mengganggu kondisi psikologis ibu,

mengganggu proses *bonding attachment* yang pada akhirnya dapat menstimulus terjadinya *postpartum blues* (Henderson & Jones, 2006).

6.2 Keterbatasan Penelitian

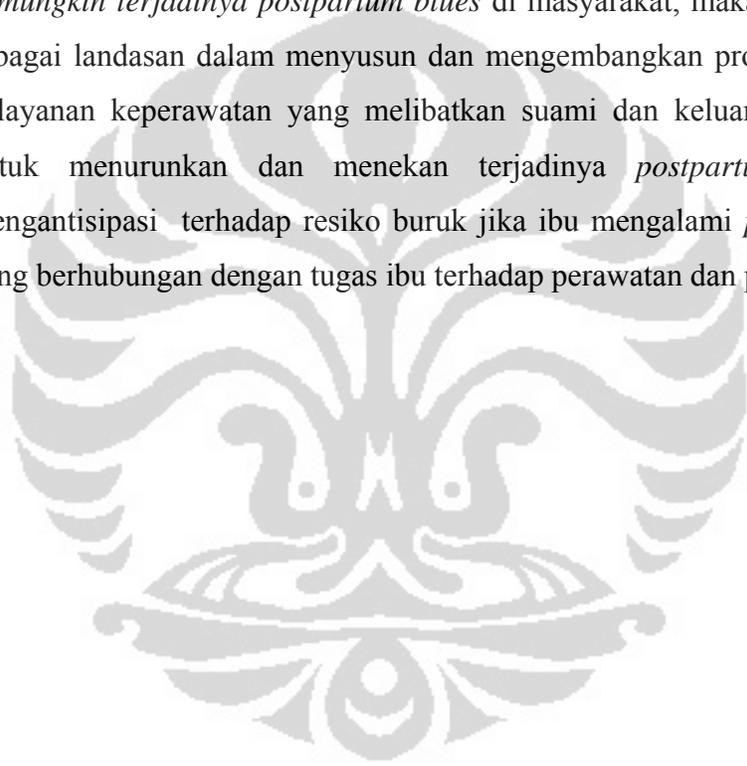
Penelitian ini merupakan penelitian *case control* yang menggunakan kelompok kasus dan kelompok kontrol. Keterbatasan penelitian ini adalah dalam menentukan jumlah sampel. Jumlah sampel dalam penelitian ini meskipun sudah dihitung dengan menggunakan rumus penetapan jumlah sampel, namun tidak cukup besar untuk sebuah penelitian survey. Sehingga hasilnya belum dapat mewakili kejadian yang sebenarnya.

6.3 Implikasi terhadap Keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues* ($p\text{-value}=0,474$). Ada faktor lain yang menurut analisis berpengaruh terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues* yaitu faktor dukungan sosial ($p\text{-value}=0,000$). Ismail, 2002 menjelaskan bahwa adanya komplikasi persalinan akan merangsang meningkatnya dukungan dari pasangan dan anggota kelompok sosial lainnya sehingga dapat mengimbangi stress tambahan dari komplikasi persalinan. Hasil penelitian ini dapat diterapkan di rumah sakit dengan menerapkan prinsip “*caring*” dan “*hospitality*” dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien sepanjang periode perinatal. Hasil penelitian ini juga dapat membantu pihak rumah sakit dalam menyusun rencana terkait dengan pelayanan keperawatan untuk menyusun dan mengembangkan program yang melibatkan faktor-faktor yang menjadi sumber dukungan sosial bagi klien, antara lain suami atau keluarga. Contohnya dengan mengembangkan ruang perawatan yang menerapkan prinsip *Family Center Maternity Care* (FCMC) sepanjang periode perinatal, yaitu *rooming in* (bayi

dirawat bersama ibu), menciptakan ruang perawatan seperti kondisi dirumah, pendampingan keluarga dan petugas kesehatan sejak ibu melakukan antenatal care, misalnya dengan menyelenggarakan kelas prenatal. Pendampingan saat ibu diruang bersalin dan diruang nifas, serta dukungan saat ibu mulai belajar berperan sebagai ibu dalam mengasuh dan merawat bayi.

Dengan teridentifikasinya jumlah responden yang mempunyai faktor *pemungkin terjadinya postpartum blues* di masyarakat, maka dapat dijadikan sebagai landasan dalam menyusun dan mengembangkan program pemberian pelayanan keperawatan yang melibatkan suami dan keluarga dalam upaya untuk menurunkan dan menekan terjadinya *postpartum blues* serta mengantisipasi terhadap resiko buruk jika ibu mengalami *postpartum blues* yang berhubungan dengan tugas ibu terhadap perawatan dan pengasuhan bayi.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan data hasil penelitian, maka dapat disimpulkan :

- 7.1.1 Kemungkinan terjadinya *postpartum blues* di Kota Semarang selama bulan Mei – Juni 2010 adalah sebesar 67,5 %.
- 7.1.2 Tidak ada pengaruh antara persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.
- 7.1.3 Tidak ada pengaruh antara jenis komplikasi persalinan terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*.

7.2 Saran

- 7.2.1 Bagi pelayanan kesehatan

Deteksi dini atau screening adanya kemungkinan terjadinya *postpartum blues* sebaiknya menjadi bagian dari pengkajian tetap pada ibu postpartum. Jadi semua ibu yang habis melahirkan dikaji status psikologisnya dengan menggunakan skala EPDS atau instrument lain yang direkomendasikan, misalnya instrument yang dikembangkan oleh Beck yaitu *Beck Depression Inventory* (BDI).

Antisipasi kemungkinan terjadinya *postpartum blues* sebaiknya dilakukan sejak awal kehamilan yaitu dengan dilakukannya pendidikan kesehatan tentang perubahan fisiologis dan psikologis pada kehamilan, persalinan dan nifas pada saat ibu melakukan *ante natal care* (ANC). Pada saat ANC juga dapat dilakukan deteksi dini terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues*, karena beberapa teori menjelaskan bahwa ada hubungan antara riwayat depresi pada periode perinatal dengan kejadian *postpartum blues* (Elvira, 2006).

Universitas Indonesia

Perlunya *discharge planning* sebelum ibu pulang dengan melibatkan suami dan pasangan untuk mendampingi dan mendukung ibu dalam perawatan ibu dan bayinya. Kunjungan rumah juga dapat dilakukan sebagai salah satu langkah untuk memberikan *follow up* kepada ibu untuk mencegah terjadinya *postpartum blues* dan atau *postpartum depresi*.

7.2.2 Bagi penelitian lanjutan

Penelitian ini baru mengidentifikasi kemungkinan terjadinya *postpartum blues*, oleh karena itu perlu dilakukan penelitian tentang terjadinya *postpartum blues* ketika ibu sudah ada dirumah yaitu pada 10 hari pertama postpartum, atau penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi berkembangnya kemungkinan terjadinya *postpartum blues* menjadi *postpartum blues* atau postpartum depresi. Penelitian lanjutan lain misalnya tentang pengaruh *postpartum blues* terhadap kemampuan ibu dalam memberikan perawatan terhadap dirinya dan bayinya atau pengaruh *postpartum blues* terhadap kemampuan ibu dalam menyusui. Penelitian-penelitian tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan riset kuantitatif.

Penelitian lain tentang *postpartum blues* juga dapat dilakukan dengan pendekatan riset kualitatif, misalnya tentang pengalaman ibu yang mengalami *postpartum blues* atau persepsi ibu tentang faktor-faktor yang berperan terhadap terjadinya *postpartum blues* yang dialaminya.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti., Yati. (2002). Negotiating Motherhood : The Difficulties and Chalenges of Rural First-time Mother in Parung , West Java. *Makara Kesehatan*, vol 6 No 2.
- Ajartha., Ronny. (2007). *Efek pemberian Tramadol Intramuskuler terhadap nyeri persalinan pada primigravida*. Tesis. Sumatra : FK-USU
- Alfiben , Wiknjosastro, G.H., & Elvira, S.D. (2000). Efektifitas peningkatan dukungan suami dalam menurunkan terjadinya depresi postpartum. *Majalah Obstetric Gynecology Indonesia (MOGI)*, 24 (4), 208-214.
- Anonim, .(2008). *Depresi setelah melahirkan, bagaimana cara mencegah dan mengatasinya*. Atmajaya Medical Education on Reproductive and Addictive. Retrieved from <http://www.tanyadokteranda.com/artikel/2008/07/depresi-setelah-melahirkan-bagaimana-cara-mencegah-dan-mengatasinya>. diunduh tanggal 23 Maret 2010
- Beck., Cheryl., Tatano. (2002). Revision of the postpartum Depression Predictors Inventory. *JOGNN*, vol 31, No.4
- Beck., Cheryl., Tatano., & Records., Kathie. (2006). Further Development of The Postpartum Depression Predictors inventory-Revised. *JOGNN*, vol 35, 735-745
- Beck., Cheryl., Tatano. (2006). Postpartum Depression, it isn't just the blues. *AJN*, vol 106, No.5, 40-50.
- Bobak I.M., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M.D., Perry, S.E. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi 4. Alih bahasa: Maria & Peter. Jakarta: EGC
- Bobak. I.M., Lowdermilk. D.L., & Jensen, M.D. (2000) *Maternity Nursing*. 4th ed. St.Louis: Mosby
- Bosanac., Peter., Buist., Anne., & Burrows., Graham. (2003). Motherhood and schizophrenic illness: a review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol 37, 24-30
- Bloch., Miki., Rotenberg., Nivi., & Koren., Dan. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry* 28 , 3-8

- Bloch., Miki., Rotenberg., Nivi., & Koren., Dan. (2005). Risk factors associated with development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders* 88, 9-18
- Bratakoesoema, S.D. (2004) *Patologi Persalinan (Ilmu Kesehatan Reproduksi)*. Jakarta: EGC
- Carter., Frances., & Frampton., Chris.,M.A. (2006). Cesarean Section and Postpartum Depression; A Review of the Evidence Examining the link. *Psychosomatic Medicine*, vol 68, 321-330
- 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.
- Cox. J.,L., Holden. R., Sagovsky. (1987). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Diunduh tanggal 09 Februari 2010, dari http://www.aap.org/practicingsafety/Toolkit_Resources/Module2/EPDSpdf
- Cunningham. (2006) *Osbtetri William*. Edisi 21. Jakarta: EGC
- Curry ., Alexandre., Faisal., Menezes., Paulo., Rossi & Tedecco., Jose., Julio. (2008). Maternity “Blues” : Prevalence and Risk Factors. *The Spanish Journal of Psychology*, vol 11, No.2, 593-599. Diunduh dari http://www.ucm.es/info/psi/docs/journal/VII_n2_2008/art593/pdf
- Elvira., Sylvia D. (2006). *Depresi pasca Persalinan*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Freudenthal., Crost., M., & Kaminski., M. (1999). Severe post-delivery blues: associated factors. *Arch Womens Ment Health*, No2, 37-44
- Gurel., Sebahat & Gurel., Hulusi. (2000). The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 91, 21-24
- Harris., Brian & Oretti., Rossana. (2002). Randomised trial of thyroxine to prevent postnatal depression in thyroid-antibody-positive women. *British Journal of Psychiatry*, vol 180, 327-330
- Henderson & Jones. (2006). *Buku Ajar Konsep Kebidanan (Essential Midwifery)*. Alih bahasa Ria Anjarwati. Jakarta: EGC

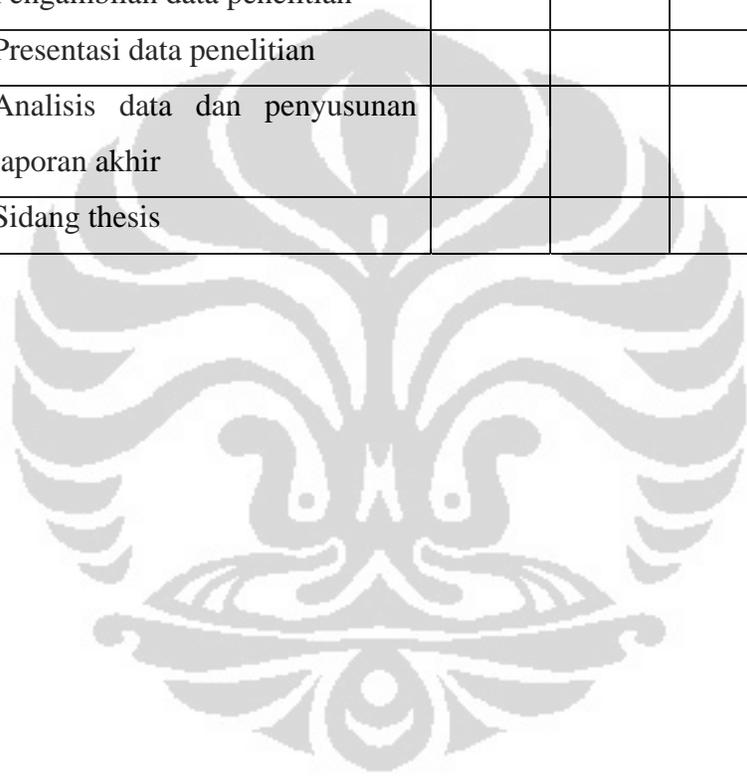
- Henshaw., C., & Boath., E. (2001). The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol 19, No.3, 215-244
- Henshaw., C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*, vol 6, No.2, 33-42
- Iskandar, S. S. (2005). *Depresi pasca kehamilan (postpartum blues)*, <http://www.mitrakeluarga.net>. Diunduh tanggal 23 Maret 2010.
- Iskadarwati., Hani. (2006). *Depresi Pasca Melahirkan : Bukan sebuah kutukan*. http://wrm-indonesia.org/index2.php?option=content&do_pdf=1&id=814. Diunduh tanggal 12 April 2010
- Ismail, R.I. (2002). *Faktor resiko depresi prabersalin dan depresi pascabersalin : Minat khusus pada dukun dan sosial dan kesesuaian hubungan suami isteri*. <http://digilib.litbang.depkes.go.id>. Diunduh tanggal 23 Maret 2010.
- Khasanah., Nurul. (2008). Depresi pasca melahirkan. Retrived from http://konsultasianak/2008_07_01_archive.html diunduh tanggal 17 juni 2010
- Keyes & Goodman. (2006). *Women and Depression*. Cambridge University Press.com
- Latifah., Lutfatul., & Hartati. (2006). Efektifitas Skala Edinburgh dan Skala Beck dalam mendeteksi resiko depresi postpartum di RSUD Prof. DR. Margono Soekarjo Purwokerto. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, vol 1, No.1, 15-19
- Leigh.,Bronwyn., & Milgrom., Jeannette. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8:24. Diunduh dari <http://www.biomedcentral.com>, tanggal 22 Februari 2010
- Leonardou. A.,A., Zervas., Y.,M., & Papageorgiou.,C.,C. (2007). Validation of The Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of Postnatal Depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol 27, No.1, February 2009, 28-39. Diunduh tanggal 22 Februari 2010, dari <http://www.informaworld.com>
- Logsdon, M. C., McBride, A.B., & Birkimer, J.C. (1994). Social support and postpartum depression. *Research in Nursing and Health*, 17, 449-457
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., & Bobak, I.M. (2000). *Maternity women's health care*. 7th ed. St. Louis: Mosby.Inc

- Lynn.,Christine.,E., & Pierre., Cathy., M. (2007). The Taboo of Motherhood: Postpartum Depression. *International Journal for Human Caring*, vol 11, No.2, 22-31
- Manurung, Suryani. (2008). *Efektifitas terapi musik terhadap pencegahan PPB pada ibu primipara di ruang kebidanan RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta pusat*. Tesis. Depok : FIK-UI (tidak dipublikasikan)
- May., K.A & Mahlmeister. (2000). *Comprehensive Maternity Nursing : Nursing Process and Child-bearing Family 2nd edition*. J.B. Lippincott : Philadelphia
- Mayberry, L.J., & Affonso, D.D (1993). *Infant temperament and ppd: a review. Health care for women international*, 14(19), 201-211
- McKinney. Emily., Slone., & Murray. Sharon., Smith. (1998). *Foundation of Maternal – Newborn Nursing*. 2nd edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company469
- McQueen.,Anne & Mander., Rosemary. (2003). Tiredness and fatigue in the postnatal period. *Journal of Advanced Nursing*, 42(5), 463
- Notoatmodjo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- Olds, S.B., London, M.L., & Ladewig, P.A.W. (2000). *Maternal – newborn nursing a family and community- based approach*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall Health
- Page, L.A., Percival, P., Kitzinger, S. (2000). *The new midwifery science and sensitivity in practice*. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Page., Melissa., & Wilhelm.,Mari.,S. (2007). *Postpartum Daily Stress, Relationship Quality, and Deressive Symptoms*. *Contemp Fam Ther*, 29:237-251
- Pilliteri. (2003). *Maternal and child Health Nursing. Care of Childbearing and Childrearing Family*. 3rd edition. Lippincott
- Polit & Hungler. (2005). *Nursing Research, Principles and Methods*, Lippincott. Philadelphia
- Records., Kathie., Rice., Michael., & Beck., Cheryl., Tatano. (2007). Psychometric Assesment of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Nursing Measurement*, vol 15, No.3, 189-201
- Rosenthal, Sara.M. (2000). *Women Depression*. Los Angeles:Lowell House

- Sabri, L & Hastono, SP. (2006). *Statistik Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rajawali Press
- Saryono. (2010). *Kumpulan Instrumen Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Mulia Medika
- Sastroasmoro. S (2008). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 3. Jakarta: Sagung Seto
- Scott., Nelda. (2004). *Perinatal Depression : Current Concepts*. Retrived from http://www.hfs.illinois.gov/assets/112204_scottpresentation.pdf. diunduh tanggal 23 Februari 2010
- Setyowati ., & Uke.,Riska. (2006). *Studi faktor Kejadian Postpartum Blues pada Ibu Pasca Salin : Penelitian deskriptif di Ruang Bersalin I RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Retrived from <http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-s1-2006-setyowatiu-2388&width=300&PHPSESSID=dd2cc1da310370d55fcb92ddaa70d7>. Diunduh tanggal 23 Februari 2010
- Shinaga, Shinta. (2006). *Kasus Aniek-Andrea, Depresi Postpartum Hantui Ibu Melahirkan*. Retrived from <http://www.detiknews.com/index.php/detik.read/tahun/2006/bulan/06/tgl/20/time/093119/idnews/619714/idkanal/10>. diunduh tanggal 11 Juli 2010
- Sichel & Driscoll, 1999. *Women's Mood*, William Morrow and Company, Inc. New York
- Sopiyuddin, D. (2008). *Langkah-langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Seri 3. Jakarta: Sagung Seto
- Sulistiyawan, (2007). *Remaja dan perilaku menyimpang* FMIPA Universitas Negeri Yogyakarta (uny). Surabaya : PT Antar Surya Jaya
- Watanabe., Mayumi., & Wada., Koji., (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, vol 29, 206-212
- Wisner., Katherine & Piontek., Catherine. (2002). Postpartum Depression. *The New England Journal of Medicine*, vol 347: 194-199, 18 Juli 2002.
- Yektiningtyastuti., (2004). *Efektifitas dukungan psikoemosional perawat dan keluarga selama postpartum terhadap pencegahan kejadian postpartum depresi*. Tesis. Depok : FIK-UI (tidak dipublikasikan)

JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Febr	Maret	April	Mei	Juni	Juli
1	Penyusunan proposal penelitian	■	■				
2	Presentasi proposal penelitian			■			
3	Pengambilan data penelitian				■		
4	Presentasi data penelitian					■	
5	Analisis data dan penyusunan laporan akhir					■	
6	Sidang thesis						■



SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth : Calon Responden

Semarang, Mei 2010

Di

Semarang

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Machmudah

NPM : 0806446492

Alamat : Pondok Majapahit I Blok A No 21, Demak, Telp (024) 76728284

Adalah mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang akan melakukan penelitian dengan judul “ Pengaruh persalinan komplikasi terhadap kejadian postpartum blues”.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi Ibu sebagai responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Ibu tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi Ibu. Dan jika Ibu telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang memungkinkan untuk mengundurkan diri, maka Ibu diperbolehkan untuk mengundurkan diri untuk tidak ikut dalam penelitian ini.

Apabila ibu menyetujui, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya buat.

Atas perhatian dan kesediaan Ibu menjadi responden, saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya,

Machmudah

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang akan dilakukan Machmudah, dengan judul **“Pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kejadian *postpartum blues* “**.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negative terhadap diri saya. Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Semarang, Mei 2010

Responden

()

KUESIONER PENELITIAN

Bagian A : Karakteristik Responden :

1. No Responden :
2. Umur :
3. Pendidikan :
4. Pekerjaan :
5. Status Obstetri : G....P....A....
6. Status kehamilan direncanakan : Ya () Tidak ()
7. Usia kehamilan saat ibu melahirkan :
8. Jenis tindakan dalam persalinan :
 - a. Vakum Ya () Tidak ()
 - b. Forcep Ya () Tidak ()
 - c. Laminaria Ya () Tidak ()
9. Persalinan lama : Ya () Tidak ()
10. Pernahkah ibu mengalami gangguan psikologis/kejiwaan (depresi) sebelum atau pada saat hamil dan melahirkan :

Pernah ()

Tidak pernah ()
11. Riwayat Pre Menstrual Syndrome (PMS) :

Apakah pada saat haid ibu mengalami keluhan : nyeri haid, kesedihan, labilitas mood, penurunan konsentrasi, mudah marah, mudah tersinggung, dan kelelahan.

Ya, ibu menyebutkan > 2 gejala () Tidak ()
12. Observasi dukungan sosial :

Ibu tampak didampingi oleh suami dan atau keluarga

Ya () Tidak ()

Bagian B : Pengukuran Postpartum Blues
EDINBURGH POSTPARTUM DEPRESSION SCALE (EPDS)

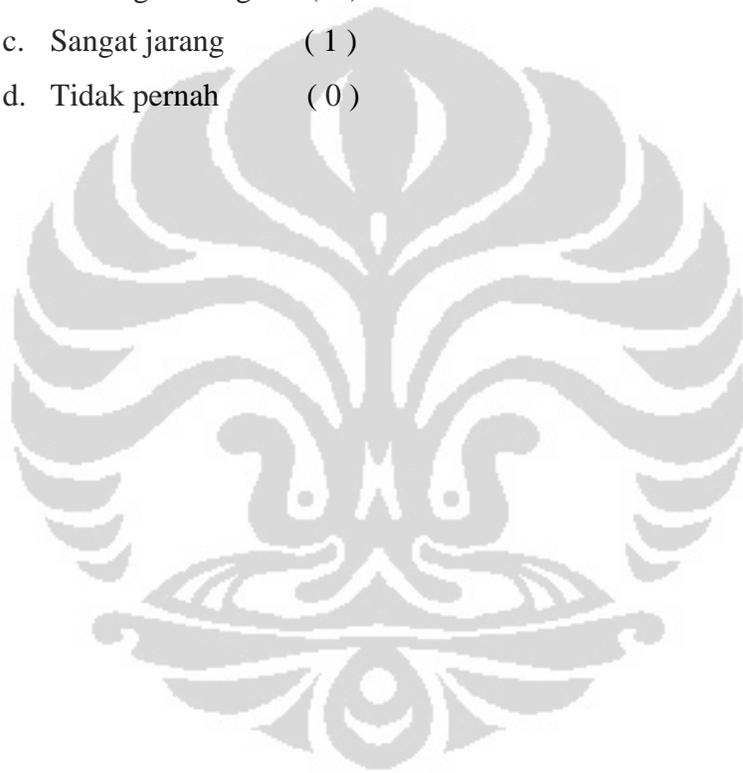
Petunjuk kuesioner

1. Bacalah setiap pernyataan dengan seksama dan jawab sesuai dengan kondisi anda saat ini dengan member tanda silang (X).
2. Jumlah pernyataan ada 10 item dengan empat pilihan jawaban.

NO	PERNYATAAN	SKORE
1	Saya bisa tertawa pada saat melihat kejadian yang lucu a. Sering (0) b. Kadang-kadang (1) c. Sangat jarang (2) d. Tidak pernah (3)	()
2	Saya dapat memandang kehidupan dimasa depan dengan penuh harapan. a. Sering (0) b. Kadang-kadang (1) c. Sangat jarang (2) d. Tidak pernah (3)	()
3	Saya merasa tidak berguna karena sesuatu kesalahan dimasa lalu * a. Sering (3) b. Kadang-kadang (2) c. Sangat jarang (1) d. Tidak pernah (0)	()

- 4 Saya tertarik dan tidak cemas terhadap sesuatu untuk alasan yang tepat ()
- a. Sering (0)
 - b. Kadang-kadang (1)
 - c. Sangat jarang (2)
 - d. Tidak pernah (3)
- 5 Saya merasa gugup dan takut serta panik karena sesuatu alasan yang tidak baik * ()
- a. Sering (3)
 - b. Kadang-kadang (2)
 - c. Sangat jarang (1)
 - d. Tidak pernah (0)
- 6 Saya sering merasa paling benar, karena sesuatu hal * ()
- a. Sering (3)
 - b. Kadang-kadang (2)
 - c. Sangat jarang (1)
 - d. Tidak pernah (0)
- 7 Saya merasa tidak bahagia, yang membuat saya sulit untuk tidur* ()
- a. Sering (3)
 - b. Kadang-kadang (2)
 - c. Sangat jarang (1)
 - d. Tidak pernah (0)
- 8 Saya merasa sedih * ()
- a. Sering (3)
 - b. Kadang-kadang (2)
 - c. Sangat jarang (1)
 - d. Tidak pernah (0)

- 9 Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga membuat saya menangis * ()
- a. Sering (3)
 - b. Kadang-kadang (2)
 - c. Sangat jarang (1)
 - d. Tidak pernah (0)
- 10 Saya merasakan sesuatu kegagalan atau kerugian * ()
- a. Sering (3)
 - b. Kadang-kadang (2)
 - c. Sangat jarang (1)
 - d. Tidak pernah (0)



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Machmudah
Tempat Tanggal Lahir : Tegal, 15 Desember 1972
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat Rumah : Pondok Majapahit I blok A No 21 Bandungrejo,
Mranggen, Demak (024) 76728284
Alamat Istitusi : FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang
Jl. Kedung Mundu Raya No 18 Semarang
Telp (024) 76740297

Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri Bandasari (1979 – 1985)
2. SMP Negeri I Gubug (1985 – 1988)
3. SMA Negeri 2 Tegal (1988 – 1991)
4. Akper Depkes RI Jakarta (1992 – 1995)
5. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro (1999 – 2002)
6. Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2008 – sekarang)

Riwayat Pekerjaan

1. Staf pengajar tetap Akper Muhammadiyah Semarang (1996 – sekarang)
2. Staf pengajar tetap FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang (2002 – sekarang)



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kejadian postpartum blues di Semarang.

Nama peneliti utama : **Machmudah**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 11 Juni 2010

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 1952601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD
NIP. 19550207 198003 2 0



Semarang, 16 April 2010

Nomor : 423.6/1076/W/2010
Lampiran : -
Perihal : Studi PendahuluanKepada
Yth : Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
UNIVERSITAS INDONESIA
di-
JAKARTA

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 615/H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010 tanggal 15 Pebruari 2010 perihal tersebut dalam pokok surat, maka pada dasarnya kami **tidak keberatan dan memberi ijin** untuk mengadakan studi pendahuluan dilingkungan RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah bagi :

NAMA : **MACHMUDAH**
NIM : 0806446492
INSTITUSI : FIK UNIVERSITAS INDONESIA.

Untuk kegiatan tersebut dikenakan biaya Rp. 250.000,- (Dua ratus lima puluh ribu rupiah) sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah. Sebelum memulai kegiatan harap yang bersangkutan menyerahkan proposal dan setelah selesai kegiatan harap menyerahkan laporan yang ditujukan kepada direktur.

Demikian atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima kasih.

DIREKTUR RSUD TUGUREJO
PROVINSI JAWA TENGAH

Dr. ENDANG AGUSTINAR, M.Kes
Pembina Utama Muda
NIP. 195708121985022001

Tembusan disampaikan Kepada Yth:

1. Kepala Bidang Keperawatan RSUD Tugurejo;
2. Peringgal.



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 615 /H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010 15 Pebruari 2010
Lampiran : --
Perihal : Studi pendahuluan

Yth. Direktur
RS. Tugurejo
Semarang

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Machmudah
0806446492

Bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa *meninjau* untuk mencari data awal di RS. Tugurejo sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Diklat. RS. Tugurejo-Semarang
2. Ka. Bid. Keperawatan RS. Tugurejo-Semarang
3. Wakil Dekan FIK-UI
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peringgal



PEMERINTAH KOTA SEMARANG

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl.Fatmawati No. 1 Telp.(024) 6711500,Fax (024) 6717755 Kode Pos : 50272 Semarang

Semarang, 04 JUN 2010

Nomor : 0701/902

Lampiran : -

Perihal : Permohonan Ijin penelitian.

Kepada :
Yth Dekan Program Magister
Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu
Keperawatan Universitas Indonesia
Kekhususan Keperawatan Maternitas
di -

SEMARANG

Menanggapi surat Saudara Nomor 1912B/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 Tanggal 20 Mei 2010 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan apabila RSUD Kota Semarang menjadi tempat Penelitian Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) Kekhususan Keperawatan Maternitas atas :

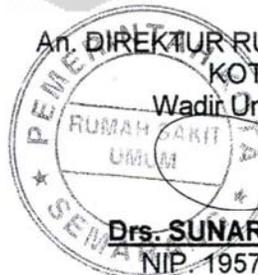
Nama : MACHMUDAH
NIM : 0806446492
Judul : Pengaruh Persalinan Dengan Komplikasi Terhadap Kejadian Postpartum Blues

dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati semua peraturan tentang pendidikan dan pelatihan yang berlaku di RSUD Kota Semarang
2. Bersedia membayar biaya sebesar Rp. 100.000,00/bulan/mahasiswa
3. Setelah selesai penelitian harap menyerahkan copy hasil penelitian kepada bagian Instalasi DIKLAT RSUD Kota Semarang.

Demikian untuk menjadikan maklum.

An. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA SEMARANG
Wakil Umum dan Keuangan


[Signature]
Drs. SUNARDI DJOKO SANTOSO
NIP. 19570729 197706 1 001

Tembusan Disampaikan Kepada Yth

1. Kepala Bidang Keperawatan RSUD Kota Semarang
2. Kepala Ruang Perinatologi RSUD kota Semarang
3. Pertinggal



Semarang, 26 Mei 2010

Nomor : 423.4/1463/2010
Lampiran : -
Perihal : Penelitian

Kepada
Yth : Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
di-
DEPOK

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : /636/H2.F12.D/PDP.04.02 Tesis/2010 tanggal 29 April 2010 perihal tersebut dalam pokok surat, maka pada dasarnya kami **tidak keberatan dan memberi ijin** untuk mengadakan penelitian dilingkungan RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah bagi :

NAMA : **Machmudah**
NIM : **0806446492**
INSTITUSI : Universitas Indonesia Depok
JUDUL : "Pengaruh Persalinan Dengan Komplikasi Terhadap Kejadian Post Partum Blues".

Untuk kegiatan tersebut dikenakan biaya Rp. 250.000,- (Dua ratus lima puluh ribu rupiah) sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah.

Demikian atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima kasih.

DIREKTUR RSUD TUGUREJO
PROVINSI JAWA TENGAH

Dr. ENDANG AGUSTINAR, M.Kes
Pembina Utama Muda
NIP. 195708121985022001

Tembusan disampaikan Kepada Yth:

1. Kepala Bidang Keperawatan RSUD Tugurejo;
2. Peringgal.



65 / Sek

YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

Jl. Raya Kaligawe Km 4 PO Box 1235 Telp. (024) 6580019 (5 saluran) Fax. (024) 6581928

Website : www.rsisultanagung.co.id

E-mail : rs@rsisultanagung.co.id

SEMARANG 50112

Bismillaahirrahmaanirrahiim

Nomor : 355 / B / RSI-SA / VI / 2010

Semarang, 25 Juni 2010

Lamp : -

Hal : Ijin Penelitian

Kepada
Yth Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
(Program Magister Ilmu Keperawatan)
UNIVERSITAS INDONESIA
Di Jakarta

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Puji syukur kita panjatkan Allah SWT, Semoga kita selalu dalam Lindungan dan mendapat Petunjuk serta RidhoNya, Amin.

Menjawab surat Saudara Nomor: 2213/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010, Perihal permohonan ijin melakukan penelitian dalam rangka kegiatan **Tesis** di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, maka dengan ini kami beritahukan bahwa Rumah Sakit Islam Sultan Agung dapat memberikan ijin kepada mahasiswa saudara:

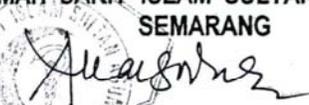
Nama : MACHMUDAH
NIM : 0806446492
Judul : " Pengaruh Persalinan Dengan Komplikasi Terhadap Kejadian Postpartum Blues "

Adapun ketentuan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung :

- Mentaati peraturan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung
- Memberikan hasil penelitian untuk kepentingan Rumah sakit Islam Sultan Agung
- Membayar biaya administrasi / tarip sesuai yang telah ditetapkan

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Billahittaufiq wal hidayah
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG

Dr. Hj. Nur Anna C Sa'dyah, SpPD
Direktur Pendidikan & Penunjang Medis

Tembusan Yth :

1. Sdr Machmudah
2. Bagian Keperawatan
3. Unit Kamar Bersalin
4. Bagian Keuangan
5. Arsip



RUMAH SAKIT ROEMANI MUHAMMADIYAH

Rumah Sehat
Keluarga Islami

Jl. Wonodri 22 Telp. (024) 8444623 (Hunting) Fax. (024) 8415752 Semarang - 50242
e-mail : rs. roemani@yahoo.co.id

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : B-3.3/0769 /RSR/VI/2010
Lamp :
Hal : Ijin Penelitian

Kepada Yth. :
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia Jakarta
Di -
TEMPAT

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Memperhatikan surat Saudara nomor : 1912/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 perihal permohonan ijin penelitian, maka kami dapat mengizinkan mahasiswa Program Magister Ilmu Kekhususan Keperawatan Maternitas Universitas Indonesia (FIK-UI) dibawah ini :

Nama : Machmudah
N I M : 0806446492
Judul Tesis : Pengaruh Persalinan Dengan Komplikasi Terhadap Kejadian Postpartum Blues

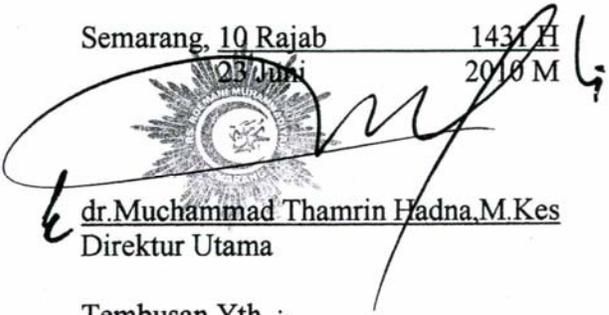
Untuk melaksanakan penelitian di RS. Roemani Muhammadiyah, dengan ketentuan sanggup mematuhi peraturan yang berlaku.

Untuk teknik pelaksanaannya diharapkan yang bersangkutan menghubungi Instalasi Diklat RS. Roemani lebih dahulu.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Semarang, 10 Rajab 1431 H
23 Juni 2010 M


dr. Muchammad Thamrin Hadna, M. Kes
Direktur Utama

Tembusan Yth. :
1. Ka. Instalasi Diklat RS. Roemani