

**DETEKSI DINI DEPRESI *POSTPARTUM* PADA IBU NIFAS
PRIMIPARA MENGGUNAKAN *SKRINING EDINBURGH
POSTNATAL DEPRESSION SCALE* DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS SIDOMULYO SAMARINDA**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI S-1 KEBIDANAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA
2021**

**DETEKSI DINI DEPRESI *POSTPARTUM* PADA IBU NIFAS
PRIMIPARA MENGGUNAKAN *SKRINING EDINBURGH
POSTNATAL DEPRESSION SCALE* DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS SIDOMULYO SAMARINDA**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana Kebidanan (S.Keb)



**PROGRAM STUDI S-1 KEBIDANAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA
2021**

LEMBAR PERSETUJUAN

**DETEKSI DINI DEPRESI *POSTPARTUM* PADA IBU NIFAS PRIMIPARA
MENGUNAKAN *SKRINING EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION
SCALE* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIDOMULYO SAMARINDA**

SKRIPSI

Disusun Oleh:


APRILIA ARIANI

NIM: 19041004

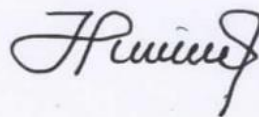
Skripsi ini telah disetujui Pada Tanggal 31 Maret 2021

Pembimbing I

Pembimbing II


Ridha Wahyuni, SST.,M.Keb Siti Widyawati, SST.,M.Kes
NIK. 1141048913076 NIP. 19731212 200212 2 003

Mengetahui,
Ketua Program Studi Kebidanan



Hestri Norhapifah, SST.,M.Keb
NIK. 1141049011029

LEMBAR PENGESAHAN

**DETEKSI DINI DEPRESI *POSTPARTUM* PADA IBU NIFAS
PRIMIPARA MENGGUNAKAN *SKRINING EDINBURGH POSTNATAL
DEPRESSION SCALE* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
SIDOMULYO SAMARINDA**

SKRIPSI

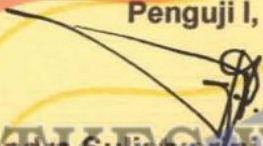
Oleh:

APRILIA ARIANI

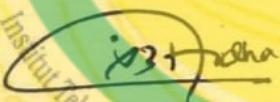
NIM: 19041004

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada Tanggal 31 Maret 2021


Penguji I,


Chandra Sulistyverni, SST., M.Keb
NIDN. 1121038701

Penguji II,


Ridha Wahyuni, SST., M.Keb
NIDN. 1126078902

Penguji III,


Risnawati, SST., M.Keb
NIDN. 1127109001

Mengetahui,

Ketua Program Studi S1-Kebidanan



Hestri Norhapifah, SST., M.Keb

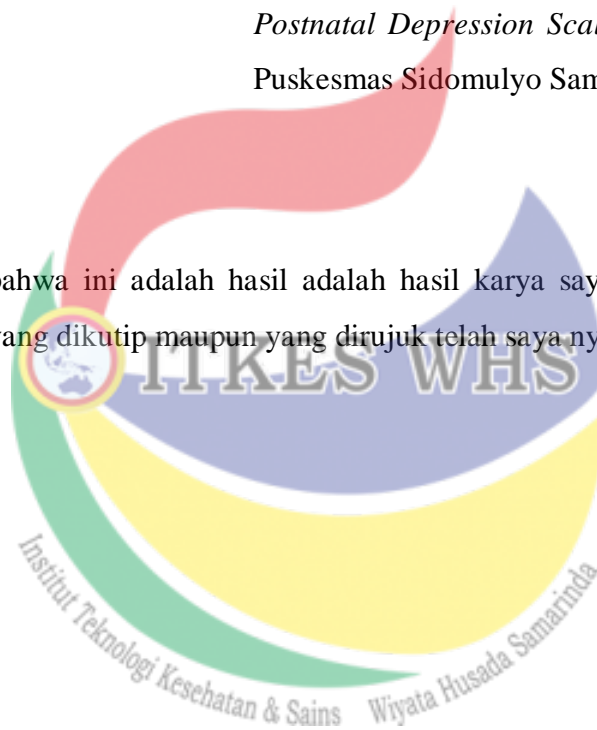
NIK. 1141049011029

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Aprilia Ariani
Nim : 19041004
Program Studi : S-1 Kebidanan
Judul Laporan Tugas : Deteksi dini depresi *postpartum* pada ibu nifas
Akhir primipara menggunakan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

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



Samarinda, 31 maret 2021

Aprilia Ariani
Nim: 19041004

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang mana atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Deteksi dini depresi *postpartum* pada ibu nifas primipara menggunakan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda” dalam rangka memenuhi syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kebidanan (S.Keb) di ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Dalam pembuatan skripsi ini, saya sangat menyadari bahwa saya tidak dapat melakukannya sendiri tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. H. Mujito Hadi, MD., MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Assoc.Prof Dr. Eka Anantha Sidaharta, SE. AFA, selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda, atas kesempatan yang telah diberikan untuk memberikan izin tempat penelitian.
3. Hestri Norhapifah, SST.,M.Keb selaku Ka Prodi S1 Kebidanan ITKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Ridha Wahyuni, SST.,M.Keb sebagai pembimbing I dan penguji II yang telah banyak membantu dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
5. Siti Widyawati, S.ST.,M.Kes selaku pembimbing II yang telah banyak membantu memberikan bimbingan dan mengarahkan kepada saya dalam penyusunan skripsi ini.
6. Chandra Sulistyorini, SST.,M.Keb selaku penguji I yang berkenan memberikan saran dalam perbaikan skripsi ini.
7. Risnawati, SST.,M. Keb selaku penguji III yang berkenan memberikan saran dalam perbaikan skripsi ini.
8. Puskesmas Sidomulyo Samarinda yang telah memberikan izin dalam melakukan penelitian.
9. Segenap Dosen dan Tenaga Kependidikan Program Studi Kebidanan Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Huasada Samarinda.

10. Kedua orang tua saya tercinta Ayah saya Bpk Jihan, Ibu saya Ibu Norsiana dan adik-adik saya Michael Octajisia dan Christabel Felicia yang telah menjadi motivasi terbesar saya dalam penyelesaian skripsi ini, yang banyak mendoakan keberhasilan saya, dan memberikan dukungan penuh moril maupun material.

Peneliti juga mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini, dan saya membutuhkan masukan yang konstruktif bagi kesempurnaan skripsi ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu kebidanan.



Samarinda, 31 Maret 2021

Aprilia Ariani
Nim: 19041004

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Aprilia Ariani

NIM : 19041004

Program Studi : S-1 Kebidanan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Deteksi Dini Depresi *Postpartum* Pada Ibu Nifas Primipara Menggunakan *Skrining Edinburgh Postnatal Depression Scale* di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda.”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, ITKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 31 Maret 2021

Yang menyatakan

(Aprilia Ariani)

ABSTRAK

DETEKSI DINI DEPRESI POST PARTUM PADA IBU NIFAS PRIMIPARA MENGGUNAKAN SKRINING *EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIDOMULYO SAMARINDA

Aprilia Ariani¹, Ridha Wahyuni¹, Siti Widyawati.²

Latar Belakang : Program nasional kunjungan ulang masa nifas dilakukan minimal 3 kali meliputi deteksi dini, pencegahan dan menangani komplikasi. Kunjungan ini dinilai belum menyentuh aspek psikologis, padahal ibu nifas mengalami perubahan tidak hanya fisik namun juga psikologis dan sosial. Ibu Postpartum primipara rentan terjadi gangguan depresi karena setelah melahirkan wanita tersebut berada dalam proses adaptasi. Meninjau hal tersebut sangat penting dilakukan diagnosis dini untuk mencegah depresi *post partum* maupun manajemen ibu yang sudah terdiagnosis agar tidak semakin memperparah kondisinya. **Tujuan :** Melakukan deteksi dini depresi *post partum* pada ibu nifas primipara menggunakan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda. **Metode :** Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif, yang dilakukan pada bulan Desember 2020 – Januari 2021 dengan jumlah sampel sebanyak 31 orang yang dipilih menggunakan teknik *consecutive sampling*. Pengukuran variabel dilakukan dengan menggunakan kuisioner. **Hasil :** Ibu *postpartum* primipara di wilayah Puskesmas Sidomulyo yang mengalami *postpartum blues* sebanyak (48,4%), depresi berat sebanyak (22,6%), sedangkan sisanya (29%) adalah ibu *postpartum* normal atau tidak menunjukkan gejala depresi *postpartum*. Ibu *postpartum* primipara di wilayah Puskesmas Sidomulyo yang paling tinggi mengalami gejala depresi berada pada rentang usia 20-35 tahun (64,6%). Ibu *postpartum* primipara yang paling tinggi berisiko mengalami depresi pendidikan menengah yaitu SMP dan SMA (38,8%). Ibu *postpartum* primipara di wilayah Puskesmas Sidomulyo yang paling tinggi berisiko mengalami gejala depresi *postpartum* merupakan ibu yang tidak bekerja dan tidak memiliki penghasilan tetap (58%). **Simpulan :** Ibu *postpartum* primipara di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo cenderung mengalami *postpartum blues*, sebagian besar yang mengalami gejala depresi berada pada rentang usia produktif yaitu 20-35 tahun, berada pada rentang berpendidikan menengah yaitu SMP dan SMA, serta tidak bekerja dan tidak berpenghasilan tetap.

Kata Kunci : Postpartum, Depresi *Postpartum*, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

¹Program studi ilmu kebidanan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

²Bidan, Puskesmas Batuas Samarinda

EARLY DETECTION OF POSTPARTUM DEPRESSION IN PRIMIPARA WOMEN USING EDINBURG POSTNATAL DEPRESSION SCALE SCREENING AT SIDOMULYO HEALT CENTER AREA, SAMARINDA.

Aprilia Ariani¹, Ridha Wahyuni¹, Siti Widyawati.²

Abstrack

Background: The national program for postnatal follow-up visits is carried out at least three times including early detection, prevention, and management of complications. These aspect are considered not to have touched the psychological element, even though Primipara postpartum experienced physical, psychological, and social changes. Primipara postpartum are prone to depression because after giving birth the woman is in the process of adaptation. Reviewing this, it is very important to make an early diagnosis to prevent postpartum depression as well as to manage mothers who have been diagnosed so that they do not further aggravate their condition. **Objective :** To detect early postpartum depression in primipara postpartum mothers using the Edinburgh Postnatal Depression Scale screening in the working area of Sidomulyo Public Health Center Samarinda. **Methods:** This study uses a quantitative descriptive research method, which was conducted in December 2020 - January 2021 with a total sample of 31 people who were selected using the concecutive sampling technique. Variable measurement is done by using a questionnaire. **Results :** Primipara postpartum at Sidomulyo Health Center area who experienced postpartum blues (48,4%), severe depression (22,6%), while the rest (29%) were normal postpartum mothers or did not show symptoms of postpartum depression. Primipara postpartum at Sidomulyo Health Center area who experienced the highest signs of depression were in the age range of 20-35 years (64,6%). Primipara postpartum with the highest risk of experiencing depression in secondary education were junior and senior high schools (38,8%). Primipara postpartum at Sidomulyo Health Center area at the highest risk of experiencing postpartum depression symptoms were mothers who did not work and had no a steady income (58%). **Conclusion:** Primipara postpartum tend to experience postpartum blues at Sidomulyo Health Center. Most of those who experience symptomss of depression are in the productive age range of 20-35 years, are in the field of secondary education, such as junior high school and senior high school, and do not work and have permanent income.

Keywords: Postpartum, Postpartum *Depression*, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*.

Keywords : Postpartum, Depresi *Postpartum*, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

¹Midwifery Stud Program of Institute of Health Technology and Science Wiyata Husada Samarinda

²Midwife, at Batuas Public Healt Center, Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASILAN TULISAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
E. Penelitian Terkait	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	
1. Dasar Teori Nifas	10
a. Pengertian Nifas	10
b. Tahapan Masa Nifas	10
c. Fase-fase dalam Masa Nifas	10
d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas	11
e. Kunjungan Masa Nifas	16
2. Dasar Teori Depresi Postpartum	18
a. Pengertian Depresi Postpartum	18
b. Gejala dan Tanda Depresi Postpartum	19
c. Etiologi Depresi Postpartum	20
d. Dampak Depresi Postpartum.....	22
e. Diagnosis Depresi Postpartum	23
f. Penatalaksanaan	25
3. Dasar Teori Deteksi Dini Menggunakan <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i>	27
a. Pengertian Deteksi Dini	27
b. Pengertian <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	27
c. Instruksi Penggunaan <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	28
d. Cara Penilaian <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> ..	29
B. Kerangka Teori Penelitian.....	30
C. Kerangka Konsep Penelitian	30

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	31
B. Populasi dan Sampel	31
C. Variabel Penelitian.....	32
D. Definisi Operasional.....	32
E. Tempat dan Waktu Penelitian	32
F. Instrumen Penelitian	33
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	33
H. Analisa Data	35
I. Etika Penelitian	35

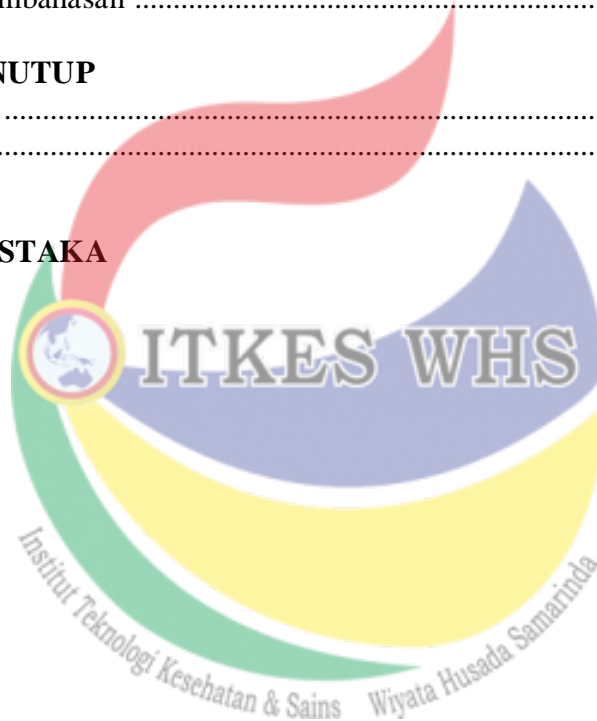
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Tempat Penelitian	37
B. Hasil Penelitian	37
C. Pembahasan	40

BAB VII PENUTUP

A. Simpulan	49
B. Saran	49

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Proses Involusi Uteri	12
Tabel 2.2 Jadwal Kunjungan Nifas	17



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	30
Skema 2.2 Kerangka Konsep.....	30



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Permohonan Izin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data.
Lampiran 2 : Lembar Disposisi.
Lampiran 3 : Data Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas Provinsi Kalimantan Timur.
Lampiran 4 : Data Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas Kota Samarinda.
Lampiran 5 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 6 : Kuesioner Terjemahan *Skrining Edinburgh Postnatal Depression Scale*.
Lampiran 7 : Master Data.
Lampiran 8 : Dokumentasi.



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setelah proses persalinan ibu akan mengalami perubahan fisik dan psikis. Meskipun perubahan pada ibu biasanya dilihat sebagai pengalaman yang positif bagi seorang perempuan namun memerlukan adaptasi fisik, psikologis dan sosial yang tidak mudah (Habel et al., 2015). Gangguan psikologis setelah melahirkan dapat bersifat ringan disebut *baby blues*, bila tidak dilakukan penanganan secara cepat dan tepat dapat berlanjut menjadi depresi *post partum*, pada beberapa kasus dapat berkembang menjadi psikosis *post partum* (Fairus and Widiyanti, 2014). Selama periode pasca persalinan, gangguan *mood* biasa dialami wanita hingga 85%, meskipun hanya 10-15% ibu yang mengalami gejala klinis yang signifikan (Sylvén et al, 2017). Namun pada 10-15% ibu yang mengalami gejala lanjutan dan sampai memburuk di diagnosa menderita depresi *pasca* persalinan (Cirik et al, 2016). Depresi *post partum* adalah suatu gangguan *mood* yang terjadi setelah melahirkan dan merefleksikan disregulasi psikologikal yang merupakan tanda dari gejala depresi mayor. (Pradnyana et al, 2013). Wanita *primipara* rentan terjadi gangguan depresi karena setelah melahirkan wanita tersebut berada dalam proses adaptasi, yang pada mulanya hanya memikirkan diri sendiri namun begitu bayi lahir, jika ibu tidak siap dan paham akan peran barunya maka ibu menjadi bingung sementara bayinya harus tetap dirawat. (Kurniasari & Astuti, 2015).

Prevalensi depresi *post partum* di dunia bervariasi mulai dari 6,5% sampai 15% selama 1 tahun setelah melahirkan (Tang et al., 2016). Menurut data dari *Centers for Diseases Control* dari tahun 2004-2012 prevalensi depresi *post partum* sebesar 11.5% dari 27 negara (Rockhill et al, 2017). Angka kejadian depresi *post partum* di Asia cukup tinggi dan bervariasi antara 3.5% sampai 63.3% (Yusuff et al, 2015). Prevalensi depresi *post partum* di negara berpenghasilan menengah ke bawah yaitu dari 1.9% sampai 82.1% dan di negara berpenghasilan tinggi yaitu dari 5.2% sampai 74% (Tikmani et al, 2016).

Hingga kini angka kejadian depresi *post partum* di Indonesia belum dapat diketahui secara pasti dikarenakan belum adanya lembaga terkait yang melakukan penelitian terhadap kasus ini serta sistem pencatatan dan pelaporan yang belum lengkap (Putriarsih et al, 2018). Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Samarinda, Puskesmas Sidomulyo memiliki kunjungan ibu hamil TM 3 berkisar 703 orang yang merupakan terbanyak ke 5 di Samarinda dan kunjungan nifas berkisar 924 orang yang merupakan terbanyak ke 2 di Samarinda pada tahun 2020 (DKK Samarinda, 2020) tetapi untuk kejadian depresi *postpartum* sendiri di Puskesmas Sidomulyo masih belum terdata. Dari hasil wawancara kepada bidan di Puskesmas Sidomulyo diketahui bahwa belum pernah dilakukannya skrining untuk mendeteksi depresi *post partum* terhadap ibu nifas.

Depresi *post partum* bisa berdampak negatif pada kesehatan ibu, anak dan keluarga. Pada ibu dapat menurunkan kemampuan dalam mengasuh anak, ketertarikan terhadap bayinya kurang, tidak berespon positif terhadap bayinya dan malas menyusui. Sehingga akan mempengaruhi kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan sang bayi (Fitelson et al, 2011). Efek dari depresi *post partum* ini tidak hanya terjadi pada ibu, namun bisa juga terjadi pada bayi dari ibu tersebut. Bayi akan mengalami keterlambatan dari berbagai aspek, baik dari segi kognitif, psikologi, neurologi, dan motorik. Bayi juga akan cenderung lebih rewel sebagai respon untuk mencari dan mendapatkan perhatian dari ibunya (American Academy of Pediatrics, 2012).

Berdasarkan Penelitian di beberapa rumah sakit di Indonesia seperti di RSUP Haji Adam Malik, Medan tahun 2009 bahwa dari 50 ibu *post partum* spontan dirawat inap sebanyak 16% mengalami depresi *post partum* (Kurniasari & Astuti, 2015). Pada tahun 2017 di RS KIA Sadewa Yogyakarta, kejadian depresi *post partum* adalah sebanyak 7,7%. Hal ini menandakan bahwa kejadian depresi *post partum* perlu mendapatkan perhatian mengingat masih banyaknya insiden yang terjadi di berbagai daerah (Diniyah, 2017). Penelitian yang dilakukan (Tikmani et al, 2016) faktor penentu depresi *post partum* adalah hubungan perkawinan yang buruk, depresi prenatal, sakit pada anak, status sosio ekonomi rendah, tingkat pendidikan rendah, kehamilan tidak diinginkan,

obesitas, riwayat depresi post partum sebelumnya, komplikasi selama kehamilan. Menurut penelitian (Kurniasari, 2015) terdapat hubungan antara umur ibu, dengan kejadian depresi *post partum*. Semakin muda usia ibu, maka akan semakin berisiko menimbulkan gangguan depresi *post partum*. Pada penelitian yang dilakukan oleh (Kusuma, 2017) terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kejadian depresi *post partum*. Keadaan ibu yang harus kembali bekerja setelah melahirkan dapat memicu timbulnya depresi. Ibu yang tidak berhasil menyesuaikan diri dengan peran dan aktivitas barunya sebagai seorang ibu dapat mengalami gangguan psikologis atau depresi *post partum*. Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Gjerdingen et al., 2014) terdapat 4 aspek yang akan mendukung kesehatan mental ibu pasca persalinan yaitu dukungan social yang meliputi dimensi utama yaitu informasi, materi, emosional, dan partner atau pasangan.

Program nasional kunjungan ulang masa nifas dilakukan minimal 3 kali meliputi deteksi dini, pencegahan dan menangani komplikasi (Muchtar et al, 2014). Kunjungan ini dinilai belum menyentuh aspek psikologis, padahal ibu nifas mengalami perubahan tidak hanya fisik namun juga psikologis dan sosial.. Meninjau hal tersebut sangat penting dilakukan diagnosis dini untuk mencegah depresi *post partum* maupun manajemen ibu yang sudah terdiagnosis agar tidak semakin memperparah kondisinya. Diagnosis dan manajemen tersebut perlu dilakukan sejak dini terutama di negara berkembang karena besarnya jumlah populasi serta tingginya angka kesuburan (Burgut et al, 2013). Alat skrining depresi yang ideal seharusnya memiliki nilai sensitivitas (mengidentifikasi semua kasus depresi) yang tinggi, nilai spesifitas (mengidentifikasi depresi dan bukan penyakit yang lain) yang tinggi oleh karena itu penelitian ini menggunakan alat skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) validasi sepuluh item EPDS di Indonesia telah diuji dan dipublikasikan dengan hasil pengujian EPDS memiliki 87,5% sensitivitas dan 61,6% spesifitas. (Gondo, 2012).

Sehubungan dengan dampak permasalahan yang ditimbulkan depresi *post partum*, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian “Deteksi dini depresi *post partum* pada ibu nifas primipara menggunakan skrining *Edinburgh*

Postnatal Depression Scale di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda.”

B. Rumusan masalah

Depresi *post partum* bisa berdampak negatif pada kesehatan ibu, anak dan keluarga. Wanita primipara rentan terjadi gangguan depresi karena setelah melahirkan wanita tersebut berada dalam proses adaptasi, jika ibu tidak siap dan paham akan peran barunya maka ibu menjadi bingung sementara bayinya harus tetap dirawat. Sedangkan kunjungan ulang masa nifas dinilai belum menyentuh aspek psikologis, padahal ibu nifas mengalami perubahan tidak hanya fisik namun juga psikologis dan sosial.

Deteksi awal terhadap status kesehatan mental ibu perlu dilakukan. Skrining untuk mendeteksi gangguan mood atau depresi merupakan acuan pelayanan pasca salin yang rutin dilakukan di luar negeri. Penelitian ini menggunakan alat skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) adalah instrument yang berupa kuisioner 10 item yang mudah dijalankan, dan merupakan alat skrining yang efektif dan spesifik untuk menskrining depresi *post partum* secara internasional.

Meninjau hal tersebut sangat penting dilakukan diagnosis dini untuk mencegah depresi *post partum* maupun manajemen ibu yang sudah terdiagnosis agar tidak semakin memperparah kondisinya. Hal ini memunculkan pertanyaan penelitian “Bagaimana deteksi dini depresi *post partum* pada ibu nifas primipara menggunakan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* di Puskesmas Sidomulyo Samarinda.”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dilaksanakannya deteksi dini depresi *post partum* pada ibu nifas primipara menggunakan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya tingkat depresi ibu *post partum* primipara menggunakan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* di wilayah kerja Puskesmas Puskesmas Sidomulyo Samarinda
- b. Diketuainya distribusi tingkat depresi berdasarkan usia menggunakan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* di wilayah kerja Puskesmas Puskesmas Sidomulyo Samarinda.
- c. Diketuainya distribusi tingkat depresi berdasarkan tingkat pendidikan menggunakan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* di wilayah kerja Puskesmas Puskesmas Sidomulyo Samarinda.
- d. Diketuainya distribusi tingkat depresi berdasarkan pekerjaan menggunakan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* di wilayah kerja Puskesmas Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan pembaca mengenai deteksi dini depresi *post partum* pada ibu nifas primipara menggunakan skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Sebagai sumber referensi, sumber bahan bacaan dan bahan pengajaran terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi peneliti

Melalui penelitian ini peneliti dapat mengaplikasikan ilmu kebidanan dalam penelitian secara ilmiah.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah bahan bacaan di perpustakaan kampus, selain itu dapat dijadikan bahan bacaan dan data awal untuk penelitian selanjutnya yang sesuai dengan topik ini.

c. Bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan masukan bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan dalam membuat perencanaan dan kebijakan yang berkaitan dengan program Kesehatan Ibu dan Anak.

d. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan masyarakat mengenai pentingnya deteksi dini depresi *post partum*.

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang berkenaan dengan penggunaan instrument EPDS (*Edinburg Postnatal Depression Scale*) di Indonesia, antara lain :

1. Sheikh, et al (2017). *The efficacy of early iron supplementation on postpartum depression, a randomized double-blind placebo-controlled trial.*

Bertujuan untuk mengevaluasi penggunaan suplemen zat besi dini pada ibu yang tidak anemia dengan depresi *postpartum*. Populasi pada penelitian ini 260 ibu *postpartum* yang melahirkan di RS Pendidikan Vali-Asr dari November 2013 – September 2014, dengan Sampel 70 ibu dengan depresi *postpartum* yang memenuhi kriteria inklusi yang dibagi menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing sebanyak 35 peserta. Instrument yang digunakan untuk mengukur hasil adalah EPDS (*Edinburgh Post-partum Depression Scale*).

Para peserta dalam kelompok intervensi menerima tablet besi sulfat yang mengandung unsur besi 50 mg sekali sehari, sedangkan kelompok kontrol menerima plasebo sekali sehari. Plasebo terdiri dari tablet selulosa yang identik dalam bentuk dan warna dengan tablet besi sulfat. Setelah 6 minggu menjadi peserta penelitian, para peserta dikunjungi oleh psikiater yang sama dan diminta untuk mengulang EPDS. Terakhir, sampel darah tambahan diperoleh untuk menentukan simpanan zat besi dan indeks hematologi. Selain itu, jangka waktu ditetapkan pada 6 minggu, mengingat bahwa minggu-minggu pertama pascakelahiran mewakili waktu yang krusial dalam membentuk hubungan ibu-bayi dan peningkatan depresi *postpartum* selama periode waktu ini dapat secara signifikan mengurangi efek buruknya. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat penurunan skor EPDS yang signifikan pada kelompok intervensi setelah diberikan suplemen zat besi ($p < 0,001$) sedangkan pada kelompok kontrol tidak ditemukan perubahan

yang signifikan ($p=0,13$) Pemberian supplement besi terbukti dalam menurunkan tingkat depresi pada ibu dengan depresi *postpartum*. Selain itu, di dalam penelitian ini, kekurangan zat besi tanpa anemia terdeteksi pada 37,1% ibu dengan depresi *postpartum*.

2. Winarni, et al (2020) Dampak latihan Yoga terhadap kualitas hidup dan psikologi Ibu Nifas.

Latar Belakang : Sebagian besar ibu pada masa nifas mengalami penurunan kondisi fisik, psikologi dan sosial selama menjalankan peran barunya sebagai ibu. Hal ini akan berpengaruh pada kualitas hidup dan kondisi psikologisnya. Yoga menjadi salah satu alternatif terapi komplementer untuk membantu meningkatkan kualitas hidup dan menstabilkan kondisi psikologis ibu.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dampak latihan yoga terhadap kualitas dan psikologis ibu nifas.

Metode : Desain penelitian menggunakan kuasi eksperimen, dengan jenis pre test and post test quasi experimental design. Subjek penelitian ini adalah seluruh ibu nifas satu sampai enam minggu pasca persalinan sejumlah 54 responden yang dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan masing-masing 27 responden. Kelompok perlakuan mendapatkan intervensi berupa latihan yoga selama empat sesi, masing-masing sesi 30 menit selama empat minggu masa nifas. Kedua kelompok akan diukur kualitas hidup menggunakan kuesioner WHOQBREF sebanyak dua kali dan diukur kondisi psikologisnya menggunakan EPDS sebanyak empat kali. Hasil penelitian ini adalah terdapat peningkatan meningkatnya kualitas hidup ibu nifas yang latihan yoga dengan nilai Z Score 4.329 dibandingkan ibu yang tidak melakukan yoga dengan nilai 1.727 dan menurunnya nilai skala depresi pada kondisi psikologis ibu yang melakukan yoga dengan nilai Z Score 4.311 dibandingkan ibu yang tidak melakukan yoga dengan nilai 0.687.

Kesimpulan : Yoga dapat menjadi alternatif asuhan kebidanan untuk ibu masa nifas. Saran Bidan dapat mengajarkan yoga untuk melengkapi asuhan

kebidanan pada ibu nifas untuk meningkatkan kualitas hidup dan menurunkan nilai skala depresi pospartum pada kondisi psikologis ibu nifas. Persamaan penelitian diatas dengan penelitian ini yaitu pada variabel Depresi Postpartum dan instrument EPDS (*Edinburg Postnatal Depression Scale*). Selebihnya, yakni tujuan penelitian, desain penelitian, teknik pengambian sampel, dan teknik analisis yang digunakan dalam kedua penelitian ini adalah berbeda.

3. Palupi (2019) Perbedaan Metode CBT Dengan Elip Terhadap *Postpartum Blues* Pada Urban Suku Madura.

Latar Belakang : Di Asia 20% -60% ibu pasca melahirkan mengalami *postpartum blues* dari 1000 kelahiran hidup, sedangkan di Indonesia mencapai 15%. Studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Februari 2020 di Surabaya utara dengan sasaran ibu nifas didapatkan hasil terdapat 27 dari 33 ibu nifas menunjukkan gejala *postpartum blues* dengan berbagai tingkatan. Angka ini berarti 81% ibu melahirkan mengalami *postpartum blues*.

Tujuan : Penelitian ini untuk mengetahui perbedaan metode CBT dan ELIP terhadap derajat *post partum blues* pada urban Madura di Surabaya. Jenis dan metode penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan eksperimen non *equivalent control group design*. Populasi berjumlah 60 ibu nifas Sampling menggunakan total sampling 30 sebagai kelompok CBT pre dan post dan 30 sebagai kelompok ELIP pre dan post. Instrumen menggunakan EPDS dengan skor > 5 melalui online screening Instrumen menggunakan *Edinburgh Post Partum Depression Scalae* (EPDS), SOP, Cek List. Uji menggunakan pair T test dengan $p>0.05$.

Hasil : Ada perbedaan kelompok pre dan post pada masing-masing kelompok CBT dan ELIP. Pada Kelompok CBT ada penurunan derajat post partum blues sebesar 24.86. Sedangkan pada kelompok ELIP ada penurunan derajat post partum blues sebesar 16.62 setelah diberikan perlakuan, sedangkan pada hasil paired t test didapatkan $p=0.001$ pada kelompok CBT maupun ELIP yang berarti ada pengaruh metode CBT dan ELIP pada derajat post partum blues.

Kesimpulan : Uji pair t test didapatkan bahwa ada perbedaan mean secara signifikan antara kelompok pre dan post baik metode CBT maupun ELIP.

Persamaan penelitian di atas dengan penelitian ini yaitu pada penggunaan instrument EPDS (*Edinburg Postnatal Depression Scale*). Selanjutnya, yakni tujuan penelitian, desain penelitian, teknik pengambilan sampel, dan teknik analisis yang digunakan dalam kedua penelitian ini adalah berbeda.

4. Murwati, Suroso (2017) *Penerapan Cognition Behavior Therapi (CBT) Pada Ibu Nifas Sebagai Upaya Pencegahan Depresi Post Partum Di Kabupaten Klaten.*

Desain penelitian ini adalah *quasi eksperiment* jenis post test control group design, sampel adalah Ibu postpartum normal hari ke 10 – 40, di BPM Wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten, besar sampel sebanyak 25 orang kelompok perlakuan dan 25 orang kelompok kontrol dengan teknik Purposive *consecutive sampling*. Tindakan menggunakan Panduan Konseling Ibu Nifas berbasis CBT (*Cognitive Behavior terapi*) dan untuk mengukur DPP menggunakan EPDS (*Edinburg postnatal Depression Scale*). Hasil penelitian ditemukan *syndrome* depresi sebanyak 16% pada kelompok perlakuan dan 52% pada kelompok kontrol. Nilai $p = 0,014$, penerapan CBT pada Ibu *postpartum* dapat mencegah terjadinya depresi *postpartum*.

Persamaan penelitian di atas dengan penelitian ini yaitu variabel independent yaitu *Depresi Postpartum* dan instrumen penelitian EPDS. Selanjutnya, yakni tujuan penelitian, desain penelitian, teknik pengambilan sampel, dan teknik analisis yang digunakan dalam kedua penelitian ini adalah berbeda.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Dasar Teori Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa Nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil (Sukma et al, 2017).

Masa Nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Rukiyah dan Yulianti, 2018).

b. Tahapan Masa Nifas

Menurut (Sukma et al, 2017), Tahapan masa nifas terdiri dari:

1) *Puerperium Dini*

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) *Puerperium Intermedial*

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) *Remote puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna.

c. Fase-fase dalam Masa Nifas

1) Fase *Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur (Sukma et al, 2017).

2) Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa janggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya (Sukma et al, 2017).

3) Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan, ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, kebutuhan akan istirahat masih diperlukan untuk menjaga kondisi fisiknya (Sukma et al, 2017).

Adaptasi psikologis postpartum diklasifikasikan menjadi tiga fase yaitu: fase menerima, menahan, dan melepaskan. Tiga fase tersebut akan terlewati dengan baik jika ibu postpartum didukung secara sosial oleh orang-orang di sekitarnya. Ibu postpartum yang gagal dalam melewati tiga fase itu akan menghadapi postpartum blues (Laela, 2018).

d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan sistem reproduksi

a) *Involusi uterus*

Setelah plasenta lahir, *uterus* merupakan alat yang keras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya, fundus uteri \pm 3 jari bawah pusat. Pada ibu yang telah mempunyai anak biasanya *uterus*nya sedikit lebih besar daripada ibu yang belum pernah mempunyai anak (Sukma dkk, 2017).

Tabel 2.1 Proses Involusi Uteri

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri (TFU)	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Plasenta lahir	Dua jari bawah pusat	750 gr
6 – 24 jam	2 – 3 jari di bawah pusat	600 gr
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Sebesar normal	30 gr

Sumber: Sukma, 2017

b) *Involusi* tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm (Sukma et al, 2017).

2) Perubahan pembuluh darah

Dalam kehamilan, *uterus* mempunyai banyak pembuluh-pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak, maka *arteri* harus mengecil lagi dalam masa nifas (Sukma et al, 2017).

3) *Lochea*

Menurut (Asih dan Risneni, 2016), *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat. *Lochea* juga mengalami perubahan karena proses *involusi*, perubahan *lochea* tersebut adalah:

a) *Lochea Rubra (cruenta)*

Muncul pada hari pertama sampai hari kedua *post partum*, warnanya merah mengandung darah dari luka pada plasenta dan serabut dari *decidua* dan *chorion*.

b) *Lochea sanguilenta*

Berwarna merah kuning, berisi darah lendir, hari ke 3-7 paska persalinan.

c) *Lochea serosa*

Muncul pada hari ke 7-14, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah juga *leukosit* dan *laserasi plasenta*.

d) *Lochea alba*

Sejak 2-6 minggu setelah persalinan, warnanya putih kekuningan mengandung *leukosit*, selaput lendir *serviks* dan serabut jaringan yang mati.

4) Perubahan di *serviks* dan segmen bawah uterus

Segera setelah selesai kala ketiga persalinan, *serviks* dan segmen bawah *uteri* menjadi struktur yang tipis, kolaps dan kendur. Mulut *serviks* mengecil perlahan-lahan. Selama beberapa hari, segera setelah persalinan, mulutnya dengan mudah dapat dimasuki dua jari, tetapi pada akhirnya minggu pertama telah menjadi demikian sempit sehingga sulit untuk memasukkan satu jari (Rukiyah, 2018).

5) Perubahan pada vulva, vagina, dan *perineum*

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Segera setelah melahirkan, *perineum* menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada *postnatal* hari ke-5, *perineum* sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan (*nullipara*) (Rukiyah dan Yulianti, 2018).

6) Perubahan Sistem Pencernaan

Menurut (Rukiyah dan Yulianti, 2018), beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, yaitu:

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga

diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar *progesteron* menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) *Motilitas*

Penurunan *tonus* dan *motilitas* otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir, kelebihan *analgesia* bisa memperlambat pengembalian *tonus* dan *motilitas* ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan *tonus* otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa *pascapartum*, diare sebelum persalinan, kurang makan, dehidrasi, *hemeroid* ataupun *laserasi* jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain: pemberian diet atau makanan yang mengandung serat, Pemberian cairan yang cukup, pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan, pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

7) Perubahan Sistem Perkemihan

Kandung kemih dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya akan bertambah, mencapai 3000 ml perhari pada 2-5 hari *post partum*. Hal ini akan mengakibatkan kandung kemih penuh. sisa *urine* dan trauma pada dinding kandung kemih waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Bila trauma akibat kehamilan dan persalinan, efek *anestesi* dapat meningkatkan rasa penuh pada kandung kemih, dan nyeri perineum terasa lebih lama, dengan mobilisasi dini bisa mengurangi hal tersebut. Dilatasi *ureter* dan *pyelum*, normal kembali pada akhir *pospartum* minggu ke empat (Sukma et al, 2017).

8) Perubahan sistem *musculoskeletal*

Adaptasi sistem *musculoskeletal* ibu yang terjadi mencakup hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan *hipermobilitas* sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran *uterus*. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. *Striae* pada abdomen tidak dapat menghilang sempurna tapi berubah menjadi halus/ samar, garis putih keperakan. Dinding abdomen menjadi lembek setelah persalinan karena teregang selama kehamilan (Asih dan Risneni, 2016).

9) Perubahan *Endokrin*

Hormon plasenta menurun setelah persalinan, HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke tujuh sebagai omset pemenuhan *mamae* pada hari ke- 3 *post partum*. Pada hormon *pituitary prolaktin* meningkat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. *FSH* dan *LH* meningkat pada minggu ke- 3 (Sukma et al, 2017).

10) Perubahan tanda-tanda vital

Tekanan darah seharusnya stabil dalam kondisi normal. Temperatur kembali ke normal dari sedikit peningkatan selama periode *intrapartum* dan menjadi stabil dalam 24 jam pertama *post partum*. Nadi dalam keadaan normal kecuali partus lama dan persalinan sulit (Asih dan Risneni, 2016).

11) Perubahan Perubahan sistem kardiovaskuler

Cardiac output meningkat selama persalinan dan peningkatan lebih lanjut setelah kala III, ketika besarnya volume darah dari *uterus* terjepit didalam sirkulasi. Penurunan setelah hari pertama *puerperium* dan kembali normal pada akhir minggu ketiga (Asih dan Risneni, 2016).

12) Perubahan sistem hematologi

Lekositosis meningkat, sel darah putih sampai berjumlah 15.000 selama persalinan, tetap meningkat pada beberapa hari pertama *post partum*. Jumlah sel darah putih dapat meningkat lebih

lanjut sampai 25.000 – 30.000 diluar keadaan patologi jika ibu mengalami partus lama. Hb, Ht dan eritrosit jumlahnya berubah didalam awal *puerperium* (Asih dan Risneni, 2016).

13) Perubahan berat badan

Ibu nifas kehilangan 5 sampai 6 kg pada waktu melahirkan, dan 3 samapi 5 kg selama minggu pertama masa nifas. Faktor-faktor yang mempercepat penurunan berat badan pada masa nifas diantaranya adalah peningkatan berat badan selama kehamilan, primiparitas, segera kembali bekerja diluar rumah, dan merokok. Usia atau status pernikahan tidak mempengaruhi penurunan berat badan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa *pascapartum* (Asih dan Risneni, 2016).

14) Perubahan kulit

Pada waktu hamil terjadi pigmentasi kulit pada beberapa tempat karena proses hormonal. Pigmentasi ini berupa *kloasma gravidarum* pada pipi, *hiperpigmentasi* kulit sekitar payudara, *hiperpigmentasi* kulit dinding perut (*striae gravidarum*). Setelah persalinan, hormonal berkurang dan *hiperpigmentasi* pun menghilang. Pada dinding perut akan menjadi putih mengkilap yaitu "*striaealbikan*". (Asih dan Risneni, 2016).

e. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan, kunjungan kedua dalam waktu hari ke-4 sampai dengan hari ke-28 setelah persalinan, dan kunjungan ketiga dalam waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke 42 setelah persalinan (Buku KIA, 2016). Pemeriksaan yang diberikan adalah :

- 1) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu
- 2) Pemeriksaan TFU
- 3) Pemeriksaan lochea dan pengeluaran pervaginam lainnya
- 4) Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan

- 5) Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama.
- 6) Pelayanan KB pasca persalinan.

Tabel 2.2 Jadwal Kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1.	6 jam – 3 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah seorang anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir. 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hypotermi. 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran dalam keadaan stabil.
2.	4-28 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau perdarahan abnormal.

3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
3. 29-42 hari
1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami.
 2. Memberikan konseling KB secara dini.

Sumber: (Buku KIA, 2016).

2. Dasar Teori *Depression Postpartum*

a. Pengertian *Depression Postpartum*

Permasalahan psikologis yang seringkali terjadi pada ibu postpartum meliputi *postpartum blues/maternity blues*, depresi postpartum sampai gangguan psikosis yang bersifat delusional dan atau halusinatif. (Elvira et al, 2013).

Depresi pasca persalinan dibagi menjadi tiga yaitu *postpartum blues*, depresi pasca persalinan dan psikosis pasca persalinan. Ketiganya memiliki gejala yang saling tumpang tindih, belum jelas apakah kelainan tersebut merupakan kelainan yang terpisah, lebih mudah dipahami seandainya ketiganya dianggap sebagai suatu kejadian yang berkesinambungan (Harry, 2010).

Depresi *postpartum* merupakan gangguan mood yang terjadi setelah melahirkan. Gangguan ini merefleksikan *disregulasi psikologikal* yang merupakan tanda dari gejala-gejala depresi mayor (Kusuma, 2017).

Kondisi depresi postpartum merupakan suatu keadaan yang serius, dimana sebuah penelitian membuktikan bahwa 25% ibu yang baru pertama melahirkan mengalami depresi pasca melahirkan yang berat dan pada ibu yang melahirkan anak selanjutnya sekitar 20% (Kusuma, 2017).

b. Gejala dan Tanda Depresi Postpartum

Pada postpartum depresi major terjadi perubahan-perubahan secara konsisten pada tingkat mood, tidak dapat berpikir dengan jernih dan terjadi penurunan dalam fungsi psikomotor serta munculnya gejala depresi berat. Gejala depresi *postpartum* yang dialami 60% wanita hampir sama dengan gejala depresi pada umumnya tetapi dibandingkan dengan gangguan depresi yang umum, depresi *postpartum* mempunyai karakteristik yang spesifik, antara lain

- 1) Mimpi buruk
- 2) Insomnia
- 3) Phobia
- 4) Kecemasan
- 5) Meningkatnya sensitivitas
- 6) Perubahan mood (Rusli, 2011).

Menurut beberapa ahli, depresi *postpartum* yang terbagi menjadi 3 memiliki gejala yang tumpang tindih dan belum jelas apakah kelainan tersebut merupakan kelainan yang terpisah atau merupakan suatu kejadian yang berkesinambungan. Depresi *postpartum* yang dimaksud yaitu:

1) *Postpartum blues*

Postpartum blues yang merupakan keadaan transien dari peningkatan reaktifitas emosional memiliki gejala klinis yang jelas terlihat dari hari ke-3 hingga hari ke-5, kemudian menghilang dalam beberapa jam hingga beberapa hari kemudian.

2) Depresi *postpartum* tanpa psikosis

Pada depresi *postpartum* tanpa psikosis dapat ditemukan gejala klasik depresi yang berlangsung setidaknya selama 2

minggu. Sebagai tambahan, adanya gejala gangguan tidur, gangguan nafsu makan, kehilangan tenaga, perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah, kehilangan konsentrasi, dan pikiran tentang bunuh diri..

3) Depresi *postpartum* dengan psikosis

Depresi *postpartum* dengan psikosis merupakan hal terburuk dari kelainan psikiatri pasca persalinan. Gejala klinis psikosis *postpartum* terdiri dari kebingungan, mood swing, delusi, halusinasi, paranoid, perilaku tidak terorganisir, gangguan penilaian, dan gangguan fungsi (Gondo, 2012).

c. Etiologi

Berbagai faktor fisiologis dan psikososial diteliti dapat menjadi penyebab dari depresi *postpartum*. Beberapa hal yang diduga menjadi etiologi depresi *postpartum* antara lain (Brummelte & Galea, 2016) :

1) *Neurologi postpartum*

Depresi *postpartum* secara mekanisme biologi berhubungan dengan adanya gangguan depresif mayor. Secara umum, depresi berintegritas dengan penyakit pada sirkuit neuron dengan ditandai adanya pengurangan volume otak. Pengurangan ini terjadi pada seseorang yang mengalami gejala depresi mayor. Semakin lama seseorang mengalami gejala tersebut, maka akan semakin berkurang volume otaknya. Jumlah yang berkurang yaitu protein otak yang berfungsi mencetuskan pertumbuhan neuron dan formasi sinaps. Adanya stres dan depresi dapat mengurangi jumlah protein otak tersebut. Penelitian juga menunjukkan bahwa setelah dilahirkannya plasenta pada saat persalinan maka kadar *estrogen* dan *progesterone* plasma dari sang ibu mulai turun secara drastis. Kedua hormon tersebut memiliki efek neural pada konsentrasi psikologis. Maka dari itu, dengan adanya penurunan drastis dari hormon tersebut dapat berefek pada psikologis.

2) Gangguan Autoimun

Selama persalinan, seorang ibu terpapar berbagai antigen fetal. Suatu penelitian menduga bahwa akibat adanya paparan tersebut berefek pada kondisi psikologis ibu. Seorang ibu menjadi cenderung emosional yang diduga asalnya dari gangguan autoimun tersebut.

3) Gangguan Tidur dan Ritme Sikardian

Ketika seorang ibu melahirkan maka ia akan mengalami masa adaptasi untuk perannya yang baru. Dengan adanya peran baru tersebut, seorang ibu menjadi kekurangan waktu tidurnya karena harus menjaga bayinya. Aktivitas itu cenderung membuat ibu menjadi kelelahan atau *fatigue* sehingga bisa memicu terjadinya depresi. Kurangnya waktu tidur menyebabkan hormon tidur yang dihasilkan di kelenjar pineal otak menjadi berkurang. Hormon tersebut adalah hormon melatonin. Terganggunya produksi hormon tersebut merupakan kontributor terhadap depresi postpartum (Sharkey et al, 2013).

Menurut (Palupi, 2013), faktor predisposisi pada depresi pasca persalinan meliputi :

- 1) Dukungan sosial
- 2) Keadaan atau kualitas bayi
- 3) Kesiapan ibu melahirkan dan menjadi ibu
- 4) Stressor psikososial
- 5) Riwayat depresi sebelumnya atau problem emosional lainnya
- 6) Faktor hormonal
- 7) Faktor budaya.

Faktor presipitasi ini tergolong menjadi tiga, yakni :

1) Teori Psikoanalitik

Teori psikoanalitik menyatakan bahwa :

- a) Frustrasi dan tugas perkembangan pada fase oral berdampak pada kehamilan

- b) Kehamilan yang dipandang sebagai narcisistik untuk mengurangi kecemasan
- c) Kehamilan menyebabkan regresi pada ego dan gangguan kontrol pada ego
- d) Lepasnya hubungan ibu dan bayi pada saat melahirkan
- e) Konflik-konflik pada fase oedipal yang tidak terselesaikan.

2) Teori Personality

Teori personality diantaranya :

- a) Kecemasan, *obsessional, over control*.
- b) Konflik peran baru
- c) Riwayat tekanan pada masa premenstrual
- d) Imaturitas emosional, harga diri rendah
- e) Kepribadian yang kurang adekuat
- f) Riwayat depresi sebelumnya.

3) Teori Biofisik

Teori biofisik antara lain dengan adanya :

- a) Penurunan kadar hormon estrogen, progesteron, dan prolaktin.
- b) Genetik (Elvira, 2011; Palupi, 2013).

d. Dampak Depresi *Postpartum*

Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa depresi *postpartum* dapat mempengaruhi kehidupan sosial ibu, kemampuan profesional, dan hubungan ibu-anak yang dapat bersifat negatif (Nagy et al, 2011).

Seorang ibu yang mengalami gangguan depresi *postpartum* biasanya memiliki mood yang tertekan, hilangnya ketertarikan atau senang dalam beraktivitas, gangguan nafsu makan, gangguan tidur, agitasi fisik atau pelambatan psikomotor, lemah, merasa tidak berguna, susah konsentrasi, bahkan keinginan untuk bunuh diri (Roswiyani, 2010).

Dampak negatif dari depresi *postpartum* tidak hanya dialami oleh ibu, namun dapat berdampak pada anak dan keluarganya juga. Ibu yang mengalami depresi tersebut, minat dan ketertarikan terhadap bayinya dapat berkurang. Ibu menjadi kurang merespon dengan positif seperti

pada saat bayinya menangis, tatapan matanya, ataupun gerakan tubuh. Akhirnya ibu yang mengalami depresi *postpartum* tidak mampu merawat bayinya secara optimal termasuk menjadi malas memberikan ASI secara langsung (Wahyuni, 2014).

Pada ibu yang mengalami depresi *postpartum* bayi akan mengalami keterlambatan dari berbagai aspek, baik dari segi kognitif, psikologi, neurologi, dan motorik. Bayi juga akan cenderung lebih rewel sebagai respon untuk mencari dan mendapatkan perhatian dari ibunya (*American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists.*, 2012).

Ibu yang mengalami depresi dan dalam kondisi berat bisa memunculkan adanya keinginan untuk mengakhiri penderitaan dengan jalan membahayakan diri maupun anaknya (Ibrahim, 2012).

e. **Diagnosis**

Evaluasi wanita dengan kemungkinan depresi *postpartum* membutuhkan anamnesis yang cermat untuk memastikan diagnosis, mengidentifikasi apakah ada gangguan lainnya, dan mengelola masalah medis dan psikososial yang berkontribusi didalamnya. Sekitar 70% dari ibu yang baru melahirkan memiliki gejala depresi ringan yang umumnya akan memuncak pada rentang 2 hingga 5 hari setelah melahirkan. Gejala tersebut biasanya mulai mereda secara spontan dalam waktu 2 minggu, namun jika tidak terdeteksi dengan cepat dan terlambat ditangani, dapat berkembang menjadi depresi yang disebut depresi *postpartum* (Stewart & Vigod, 2016).

Kriteria yang digunakan dalam skrining penegakkan diagnosis depresi *postpartum* dapat digunakan beberapa instrumen antara lain (Gjerdingen, et al 2014):

1) *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)*

SADS terdiri dari beberapa pertanyaan terbuka yang berkaitan dengan gejala dengan penajakan untuk pertanyaan berikutnya. Terdapat 11 gejala depresif dalam delapan kategori yaitu gangguan makan, gangguan tidur, kelelahan, kurang semangat, perasaan

bersalah, gangguan konsentrasi, keinginan bunuh diri, dan gangguan motorik. Setiap gejala tersebut diberi skor 1-6 oleh pemeriksa dengan skor minimal 3 (ringan) pada setiap gejalanya. Gejala tersebut harus minimal terjadi selama 2 minggu.

2) *Structured Clinical Interview for DSM-IV-R (SCID)*

SCID merupakan wawancara berbasis klinis yang menggabungkan kriteria diagnosis DSM-IV dan memiliki versi berbeda yang digunakan untuk pasien rawat inap, rawat jalan, hingga yang bukan populasi klinis. Instrumen ini terdiri dari enam modul yang memerlukan 45-60 menit untuk melengkapinya.

3) *Standard Psychiatric Interview (SPI)*

SPI merupakan wawancara yang digunakan bukan untuk individu, namun survey komunitas. Instrumen ini terdiri dari 10 gejala psikiatrik.

4) *Present State Examination (PSE)*

PSE merupakan wawancara yang digunakan untuk mencari gejala yang terjadi 4 minggu sebelum dilakukan wawancara tersebut. Biasanya instrumen ini digunakan untuk studi dan penelitian mengenai depresi postpartum.

5) *Hamilton Rating Scale for Depression (HSRD)*

HSRD adalah instrumen untuk menilai keparahan depresi bagi pasien yang sudah terdiagnosa. Terdiri dari 17 gejala depresi dan sering digunakan pada beberapa literatur yang membahas depresi postpartum.

6) *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS)*

EDPS adalah instrument yang berupa kuisioner 10 item yang mudah dijalankan, dan merupakan alat skrining yang efektif dan spesifik untuk menskrining depresi postpartum secara internasional. Dari 10 pertanyaan tersebut, masing-masing pertanyaan memiliki nilai 1-3, dengan skor total maksimal 30 poin. Jika seorang perempuan mendapatkan poin 10 atau lebih dan memiliki pikiran untuk membahayakan diri sendiri maupun bayinya, maka

diperlukan wawancara lebih lanjut dengan psikiater untuk melihat gejala dan menentukan diagnosis. Pada umumnya, perempuan yang mendapatkan hasil EPDS antara 5-9 dengan gejala depresi tanpa ide bunuh diri harus dievaluasi kembali 2-4 minggu setelah tes dilakukan (Gondo, 2012).

f. Penatalaksanaan

Upaya penanganan depresi *postpartum* meliputi pengobatan medis, terapi psikologi, psikososial dan penanganan tanpa obat seperti latihan, akupunktur dan massage terapi (Fitelson.et al,2011).

Tatalaksana dalam perawatan depresi *postpartum* bervariasi tergantung dengan tingkat keparahan dari gejalanya, termasuk kemampuannya untuk merawat dan berinteraksi dengan bayi yang baru lahir. Jika baru terjadi gejala ringan atau sedang maka dapat dikelola dalam perawatan primer terdekat namun lebih baik jika langsung dirujuk ke bagian psikiatrik untuk mencegah komplikasi yang lebih parah, terutama ketika ibu sudah memiliki pikiran untuk mencelakai atau membahayakan diri sendiri dan orang lain. Namun dalam melakukan perawatan depresi *postpartum* dapat terjadi beberapa kendala bagi sebagian orang, seperti masalah keuangan, transportasi, dan penitipan anak. Untuk wanita dengan gejala ringan, intervensi psikososial yang dapat diberikan contohnya ialah meningkatkan dukungan, seperti dukungan dari teman sebaya dan konseling yang dilakukan oleh praktisi kesehatan yang profesional. Intervensi tersebut merupakan lini pertama dalam perawatan depresi *postpartum*. Sebuah penelitian meta analisis menunjukkan bahwa wanita yang dirawat dengan intervensi psikososial lebih kecil memungkinnannya untuk tetap depresi pada 1 tahun *postpartum* dibandingkan wanita yang hanya menerima perawatan standar di layanan primer. Untuk wanita dengan gejala penyakit sedang, dan untuk mereka dengan gejala penyakit ringan yang tidak dapat merespon intervensi psikososial saja, dapat direkomendasikan untuk mendapatkan psikoterapi formal seperti terapi perilaku kognitif dan terapi interpersonal. Terapi ini diberikan secara

berkelompok maupun individu dalam kurun waktu 12 hingga 16 minggu. Terapi perilaku kognitif berfokus pada perubahan pola pikir maladaptif, perilaku, atau keduanya, untuk menghasilkan perubahan positif dalam keadaan emosional. Sementara itu, terapi interpersonal adalah terapi suasana hati untuk hubungan interpersonal dan berfokus pada peningkatan hubungan untuk membantu dengan transisi peran seorang wanita menjadi orang tua baru (Stewart & Vigod, 2016).

Jika sudah dilakukan terapi perilaku kognitif dan interpersonal maupun terapi nonfarmakologis namun tidak berhasil, maka dapat diberikan terapi farmakologi. Terapi ini juga dapat diberikan jika penderita depresi postpartum lebih menyukai obat-obatan daripada terapi perilaku. Antidepresan yang dianggap dapat kompatibel dengan ibu menyusui harus diresepkan oleh psikiater. Selain antidepresan, biasanya dapat juga diberikan sertraline. Untuk ibu depresi postpartum yang sedang menyusui biasanya diberikan pengobatan dengan dosis 50 mg setiap harinya selama 1 minggu. Setelah itu, di evaluasi kembali dan dilihat efek samping dari obat tersebut. Jika masih ada keinginan untuk membahayakan diri sendiri dan orang lain, maka ditambahkan dosis sesuai dengan kebutuhan (misalnya ditambah 50mg setiap 2 minggu dengan dosis harian maksimal 200 mg hingga tercapainya remisi dengan sempurna. Terapi farmakologi umumnya dilanjutkan 6 hingga 12 bulan setelah remisi sempurna untuk mengurangi risiko kekambuhan. Jika gejala-gejala masih berulang dan terus mengalami kekambuhan maka disarankan untuk berkonsultasi kembali dengan psikiater dan mendapatkan perawatan intensif kembali (Stewart & Vigod, 2016).

Seorang ibu yang mengalami depresi jangan segan untuk selalu menceritakan segala keluh kesahnya kepada keluarga atau orang lain yang dapat mengerti dan bisa membantu. Selain itu, istirahat yang cukup juga diperlukan agar dapat menghindari diri dari perasaan depresi akibat kelelahan, misalnya dengan meminta bantuan orang lain yang dapat dipercaya untuk bergantian mengurus bayi. Dari segi pola

makan, harus diberikan secara teratur dengan menu yang sehat dan seimbang diikuti olahraga ringan agar mood dapat membaik (Guille et al, 2013).

Namun bagi ibu yang menderita depresi *postpartum* yang cukup parah, sebaiknya melakukan kunjungan ke dokter agar dapat diberikan terapi farmakologis seperti golongan *tricyclic antidepressant* (TCAs). Terapi ini akan meringankan gejala-gejala dari depresi *postpartum* sehingga dapat menjalani kegiatan sehari-hari secara normal (Guille, et al., 2013).

Secara garis besar dapat dikatakan bahwa dibutuhkan penanganan di tingkat perilaku, emosional, intelektual, sosial dan psikologis secara bersama-sama, dengan melibatkan lingkungannya, yaitu: suami, keluarga dan juga teman dekatnya (Rukiyah, 2010: 378)

3. Dasar Teori Deteksi Dini Menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EDPS)

a. Pengertian Deteksi Dini

Deteksi awal terhadap status kesehatan mental ibu, pengaruh lingkungan sosial, hubungan antar anggota keluarga, dan deteksi awal risiko cacat pada bayi perlu dilakukan (Rambelli et al, 2010).

Skrining untuk mendeteksi gangguan *mood* atau depresi merupakan acuan pelayanan pasca salin yang rutin dilakukan di luar negeri. Sangat penting dilakukan diagnosis dini untuk mencegah depresi *post partum* maupun manajemen ibu yang sudah terdiagnosis agar tidak semakin memperparah kondisinya. Diagnosis dan manajemen tersebut perlu dilakukan sejak dini terutama di negara berkembang karena besarnya jumlah populasi serta tingginya angka kesuburan (Burgut, Bener, Ghuloum, & Sheikh, 2013).

b. Pengertian *Edinburgh Postnatal Depresi Scale* (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depresi Scale (EPDS) digunakan untuk mengukur gejala tingkat depresi pada perempuan *postpartum* dari segi ras, etnis dan sosioekonomi yang melatarbelakangi risiko terjadinya

depresi pasca persalinan. EPDS dapat digunakan selama tujuh hari postpartum sampai dengan enam minggu, dan terdiri dari 10 pertanyaan (King, 2012).

Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan dimana setiap pertanyaan memiliki 4 pilihan jawaban yang mempunyai nilai skor dan harus dipilih satu sesuai dengan gradasi perasaan yang dirasakan ibu pasca salin saat ini. Pertanyaan harus dijawab sendiri oleh ibu dan rata-rata dapat diselesaikan dalam waktu 5 menit. Alat ini telah teruji validitasnya di beberapa negara seperti Belanda, Swedia, Australia, Italia dan Indonesia. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* dapat dipergunakan dalam minggu pertama pasca salin dan bila hasil meragukan dapat diulangi pengisiannya 2 minggu kemudian (Suherni, 2009).

Validasi sepuluh item EPDS di Indonesia telah diuji dan dipublikasikan dengan hasil pengujian EPDS memiliki 87,5% sensitivitas dan 61,6% spesifitas, yang berarti bahwa kemampuan EPDS di Indonesia untuk menskrining depresi *postpartum* adalah 87,5% dan kemampuan untuk menjelaskan bahwa wanita tidak mengalami depresi adalah 61,6%. Hasil validasi mengindikasikan bahwa menggunakan EPDS di Indonesia adalah valid dan reabel sebagai instrument untuk melakukan skrining depresi pasca persalinan wanita di Indonesia (Gondo, 2012).

c. Instruksi penggunaan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)

Instruksi penggunaan EPDS adalah sebagai berikut :

- 1) Ibu diminta untuk memilih jawaban yang paling sesuai dengan apa yang ia rasakan selama 1 minggu terakhir.
- 2) Seluruh item (10 item) harus dilengkapi.
- 3) Perhatian perlu diberikan untuk mencegah ibu mendiskusikan jawaban dengan pihak lain.
- 4) Ibu harus melengkapi sendiri skalanya, kecuali jika ia memiliki pemahaman yang kurang terhadap bahasa atau memiliki kesulitan membaca.

5) EPDS dapat diberikan kepada ibu tiap waktu dari setelah persalinan hingga 6 minggu yang diidentifikasi mengalami gejala depresif baik secara subyektif maupun obyektif (Gondo, 2012).

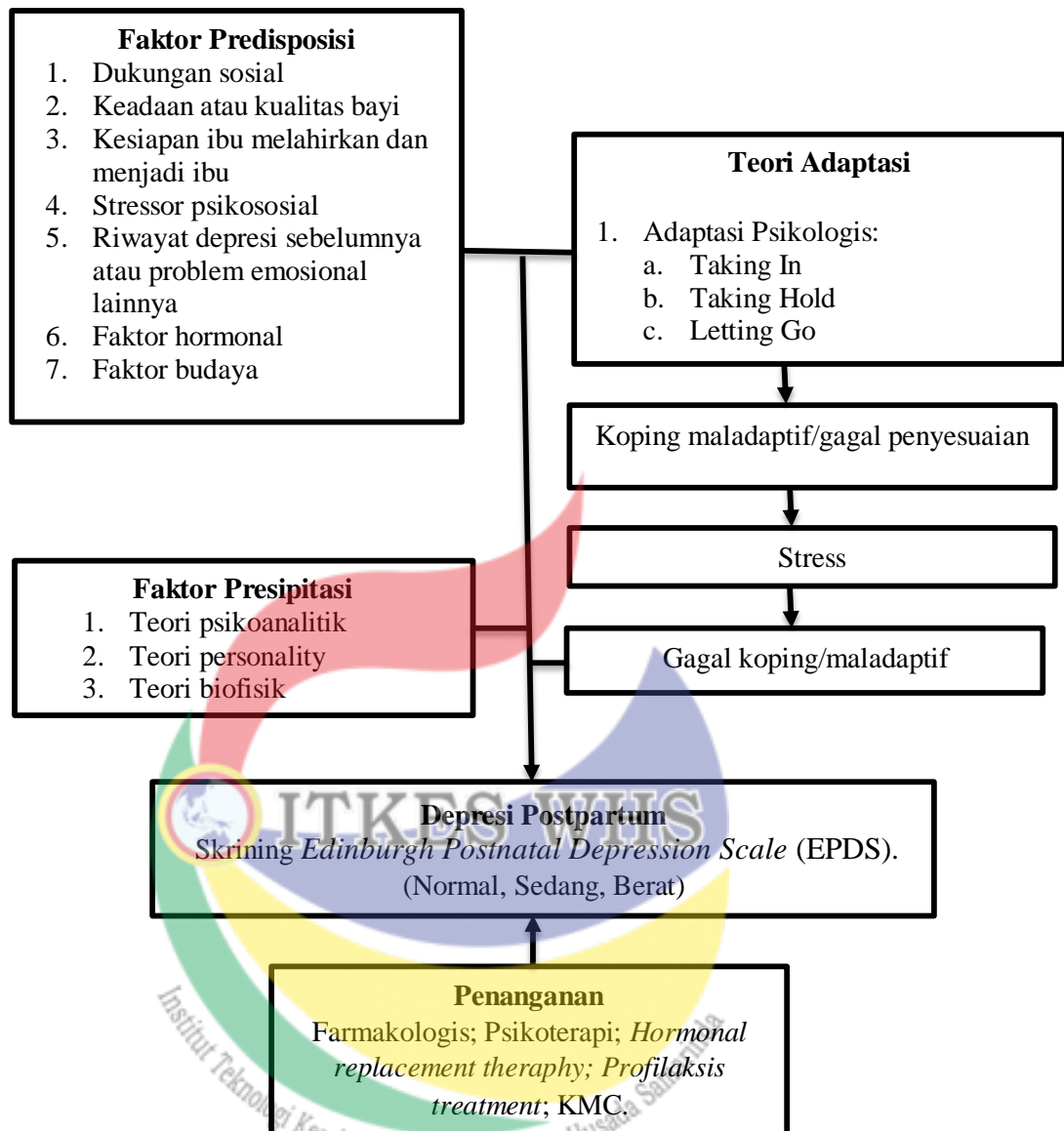
d. Cara Penilaian Skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)

Jawaban diskor 0, 1, 2, dan 3 berdasarkan peningkatan keparahan gejala. Keseluruhan skor pada masing-masing item dijumlahkan kemudian dikelompokkan berdasarkan kategori sebagai berikut :

- 1) 0 – 8 point : Normal
- 2) 9 – 14 point : *Post partum blues*
- 3) 15+ point : Tingginya probabilitas atau mengalami depresi *post partum* komplikasi.
- 4) Khusus nomor 10 dengan pilihan jawaban 3, 2 dan 1 memiliki kemungkinan keinginan bunuh diri dan memerlukan tindakan segera pada psikiatri (Williams, 2014).



B. Kerangka Teori Penelitian

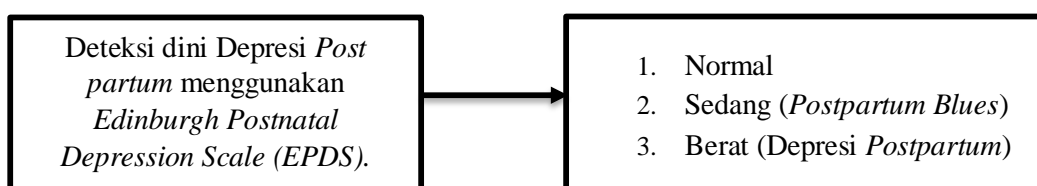


Gambar : 2.1 kerangka teori

(Dimodifikasi Rismintari, 2012; Palupi, 2013; Williams, 2014; Sukma, 2017)

C. Kerangka konsep penelitian

Kerangka konsep adalah yang menggambarkan proses interaksi berbagai faktor sehingga akan memberikan hubungan sebab akibat secara terpisah atau bermakna (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep merupakan sebuah kerangka hubungan antara konsep-konsep dalam bentuk variabel yang akan diteliti:



BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan deskriptif kuantitatif yaitu menggambarkan “Deteksi dini depresi postpartum pada ibu nifas primipara menggunakan *skrining Edinburgh Postnatal Depression Scale* di Puskesmas Sidomulyo Samarinda.”

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu nifas di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo pada bulan Desember 2020 – Januari 2021 sebanyak 178 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling untuk bisa mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2017). Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan cara *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Sugiyono, 2012). Dalam pemilihan sampel peneliti membuat kriteria bagi sampel yang diambil. Sample yang diambil berdasarkan pada kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, yaitu karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau layak untuk diteliti. Kriteria responden untuk diteliti :

- a. Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Nursalam, 2011). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Ibu nifas 1 – 7 hari.

- 2) Ibu nifas primipara.
 - 3) Ibu yang bersedia menjadi responden penelitian.
- b. Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Nursalam, 2011). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :
- 1) Kondisi ibu sangat lemah dan mengalami gangguan kesadaran.
 - 2) Ibu nifas yang bayinya meninggal.

C. Variabel Penelitian

Variabel Penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Variabel dalam penelitian ini adalah *Depresi Postpartum*.

D. Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Depresi postpartum	Perubahan emosional dan suasana hati wanita yang dialami setelah melahirkan, ditandai dengan gangguan perasaan, kehilangan minat atau kesenangan perasaan tidak berguna, harga diri rendah, gangguan tidur dan nafsu makan, rendah energi, dan tidak dapat berkonsentrasi.	Kuesioner terjemahan EPDS	Nilai EPDS : 0-8 point : Normal 9-14 point : Sedang (<i>Postpartum Blues</i>) 15+ point : Berat (<i>Depresi Postpartum</i>) Khusus nomor 10 dengan pilihan jawaban 3, 2 dan 1 memiliki kemungkinan keinginan bunuh diri.	Ordinal
Usia	Lamanya hidup seseorang yang dihitung sejak kelahiran sampai meninggal.	Kuesioner	<20 tahun 20-35 ahun >35 tahun	Interval
Pendidikan	Suatu kondisi jenjang pendidikan yang dimiliki oleh seseorang	Kuesioner	SD SMP SMA Perguruan Tinggi	Interval

Pekerjaan	Kegiatan rutin yang dilakukan seseorang dalam mendapatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan.	Kuesioner	Bekerja Tidak Bekerja	Ordinal
------------------	---	-----------	--------------------------	---------

E. Tempat dan waktu penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada 01 Desember 2020 – 21 Maret 2021.

F. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan peneliti untuk mengumpulkan data agar kegiatan tersebut sistematis dan dapat mempermudah peneliti (Nursalam, 2014).

Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan dimana setiap pertanyaan memiliki 4 pilihan jawaban yang mempunyai nilai skor dan harus dipilih satu sesuai dengan gradasi perasaan yang dirasakan ibu pasca salin saat ini. Pertanyaan harus dijawab sendiri oleh ibu dan rata-rata dapat diselesaikan dalam waktu 5 menit. Alat ini telah teruji validitasnya di beberapa negara seperti Belanda, Swedia, Australia, Italia dan Indonesia. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* dapat dipergunakan dalam minggu pertama pasca salin dan bila hasil meragukan dapat diulangi pengisiannya 2 minggu kemudian (Suherni, 2009).

Validasi sepuluh item EPDS di Indonesia telah diuji dan dipublikasikan dengan hasil pengujian EPDS memiliki 87,5% sensitivitas dan 61,6% spesifitas, yang berarti bahwa kemampuan EPDS di Indonesia untuk menskrining depresi *postpartum* adalah 87,5% dan kemampuan untuk menjelaskan bahwa wanita tidak mengalami depresi adalah 61,6%. Hasil validasi mengindikasikan bahwa menggunakan EPDS di Indonesia adalah valid dan reabel sebagai instrument

untuk melakukan skrining depresi pasca persalinan wanita di Indonesia (Gondo, 2012).

G. Prosedur pengumpulan data

Sebelum penelitian ini dilakukan, peneliti melakukan persiapan dengan mengajukan izin penelitian kepada Dinas Kesehatan Kota Samarinda dan kepala Puskesmas Sidomulyo Samarinda melalui TU Puskesmas Sidomulyo. Setelah mendapatkan izin dari kepala puskesmas, peneliti kemudian mengajukan izin kepada kepala ruang KIA yang menjadi lokasi penelitian. Peneliti menjelaskan mengenai tujuan, manfaat, prosedur, resiko penelitian, waktu pelaksanaan, serta hak yang akan diperoleh responden serta ruang KIA yang menjadi tempat dilaksanakan penelitian. Setelah mendapatkan izin, peneliti mempersiapkan diri untuk melakukan penelitian.

Pada saat memulai penelitian, peneliti melakukan identifikasi pada ibu nifas yang melakukan kunjungan di Puskesmas Sidomulyo, kemudian menjelaskan kepada calon responden mengenai tujuan, manfaat, prosedur, serta hak responden dan waktu pelaksanaan dari penelitian ini. Kemudian peneliti menyebarkan kuesioner penelitian secara daring melalui aplikasi whatsapp dikarenakan *social distancing* selama pandemi covid-19. Setelah itu peneliti melakukan pengolahan data sebagai berikut :

1. *Editing*, dilakukan memastikan kelengkapan data yang telah di input.
2. *Coding*, dilakukan dengan memberikan kode 0, 1, 2, 3 sesuai dengan gradasi perasaan yang dirasakan ibu pasca salin.
3. *Transferring*, dengan memasukkan data pada sistem program excel dan disusun serta ditabulasi untuk memudahkan analisis.
4. *Scoring*, Dalam penelitian ini kuesioner yang diberikan berjumlah 10 soal, untuk masing-masing pilihan jawaban (a, b, c, dan d) akan diberikan nilai 0-3, kemudian skor didapat dari hasil menjumlah nilai dari 10 soal yang telah dijawab responden pada kuesioner tersebut (Skor EPDS). Setelah responden mengisi kuesioner EPDS, peneliti melakukan scoring untuk setiap item jawaban.

Scoring untuk jawaban pertanyaan nomor 1, 2, 4 dan 5 :

- a. Item (a) diberi nilai 0
- b. Item (b) diberi nilai 1
- c. Item (c) diberi nilai 2
- d. Item (d) diberi nilai 3

Sebaliknya skor untuk jawaban pertanyaan nomor 3, 6 sampai 10 :

- a. Item (a) diberi nilai 3
- b. Item (b) diberi nilai 2
- c. Item (c) diberi nilai 1
- d. Item (d) diberi nilai 0

Setelah itu, skor dijumlahkan dengan nilai akhirnya akan menunjukkan ada atau tidaknya gejala depresi *postpartum*. Kriteria penilaian EPDS :

- a. 0-8 point : Normal
- b. 9-14 point : Sedang (*Postpartum Blues*)
- c. 15+ point : Berat (*Depresi Postpartum*)

Khusus nomor 10 dengan pilihan jawaban 3, 2 dan 1 memiliki kemungkinan keinginan bunuh diri.

H. Analisa data

Analisa data menggunakan analisis distribusi frekuensi yaitu susunan data menurut kelas-kelas tertentu. Pada tahap penyajian data, data yang sudah diklasifikasikan, disajikan atau ditampilkan dalam bentuk tabel atau grafik.

I. Etika Penelitian

Etika penelitian bertujuan untuk melindungi hak-hak responden untuk menjamin kerahasiaan identitas responden dan kemungkinan terjadinya ancaman terhadap responden. Sebelum penelitian dilakukan, responden akan dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta jaminan kerahasiaan responden. Menurut (Mujianto, 2017) dalam penelitian ini, peneliti akan memperhatikan etika dalam penelitian yang dilakukan dengan langkah-langkah :

1. Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan menjadi submyek penelitian (*informed consent*) yaitu persetujuan yang diberikan oleh individu kompeten yang telah menerima informasi yang diperlukan, telah cukup memahami dan

membuat keputusan tanpa mengalami paksaan, pengaruh yang tidak semestinya atau bujukan, atau intimidasi.

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data dan cukup dengan memberikan kode atau inisial nama depan.

3. Kerahasiaan (*Confidentialy*)

Setiap manusia memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu, menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*). Penulis menjamin kerahasiaan informasi serta data-data yang diperoleh dari responden. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diizinkan oleh responden dengan bukti persetujuan dari responden.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Tempat Penelitian

1. Gambaran Umum Puskesmas Sidomulyo

UPT Puskesmas Sidomulyo merupakan salah satu puskesmas yang ada di wilayah tengah Kota Samarinda. UPT Puskesmas Sidomulyo, beralamat di Jalan Jelawat Gg 6 RT 8, Samarinda. Puskesmas Sidomulyo memiliki wilayah kerja yang meliputi 5 Kelurahan, yaitu Kelurahan Sidomulyo, Kelurahan Sidodamai, Kelurahan Sungai Dama, Kelurahan Pelita, dan Kelurahan Selili. Batas wilayah kerja UPT Puskesmas Sidomulyo adalah:

- a. Sebelah Utara : Kelurahan Sungai Pinang Dalam.
- b. Sebelah Barat : Sungai Karang Mumus dan Kelurahan Bandara.
- c. Sebelah Selatan : Sungai Mahakam dan Kelurahan Sungai Kapih
- d. Sebelah Timur : Kelurahan Sambutan. (Profil UPT Puskesmas Sidomulyo, 2019).

Puskesmas Sidomulyo mempunyai 5 kelurahan binaan yaitu Kelurahan Sidomulyo, Kelurahan Sidodamai, Kelurahan Sungai Dama, Kelurahan Pelita, dan Kelurahan Selili. dengan total jumlah penduduk 83.671 jiwa yang terdiri dari 43.471 jiwa laki-laki dan 40.200 jiwa perempuan. (Data proyeksi penduduk DKK Samarinda, 2018).

B. Hasil Penelitian

1. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Depresi

Tabel dibawah ini merupakan distribusi tingkat depresi menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* pada ibu *post partum* di wilayah Puskesmas Sidomulyo.

Tabel 4.1
Deteksi Dini Depresi Ibu *Postpartum* di wilayah
Puskesmas Sidomulyo di Wilayah Puskesmas Sidomulyo (Desember 2020 – Januari 2021)

Kategori	n	Persentase (%)
Normal	9	29
Sedang (<i>Postpartum Blues</i>)	15	48,4
Berat (Depresi <i>Postpartum</i>)	7	22,6
Total	31	100

Sumber : Data Primer 2020

Berdasarkan tabel 4.1 di peroleh data dari 31 responden ibu *postpartum* primipara di wilayah Puskesmas Sidomulyo terdapat sebanyak 29% (9 responden) ibu *postpartum* normal, 48% (15 responden) dengan kategori sedang (*postpartum blues*), dan 22,6% (7 responden) orang dengan kategori berat (Tingginya probabilitas mengalami depresi *postpartum* komplikasi).

2. Distribusi Tingkat Depresi berdasarkan Usia

Tabel dibawah ini merupakan distribusi tingkat depresi berdasarkan usia menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* pada ibu *post partum* di wilayah Puskesmas Sidomulyo.

Tabel 4.2
Deteksi Dini Depresi *Postpartum* berdasarkan Usia
di Wilayah Puskesmas Sidomulyo (Desember 2020 – Januari 2021)

Usia	Kategori						n	Persentase (%)
	Normal		Sedang		Berat			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
< 20 tahun	4	12,88	5	16,1	1	3,22	10	32,2
20-35 tahun	4	12,92	10	32,3	6	19,38	20	64,6
>35 tahun	1	3,2	0	0	0	0	1	3,2
Total	9	29	15	48,4	7	22,6	31	100

Sumber : Data Primer 2020

Berdasarkan tabel 4.2 diperoleh data dari 31 responden sebagian besar ibu *postpartum* primipara yang mengalami gejala depresi di wilayah Puskesmas Sidomulyo berada pada rentang usia 20-35 tahun sebanyak 64,6% (20 responden) dengan kategori sedang 32,2% (10 responden).

3. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel dibawah ini merupakan distribusi tingkat depresi berdasarkan tingkat pendidikan menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* pada ibu *post partum* di wilayah Puskesmas Sidomulyo.

Tabel 4.3
Deteksi Dini Depresi *Postpartum* berdasarkan Tingkat Pendidikan
di Wilayah Puskesmas Sidomulyo (Desember 2020 – Januari 2021)

Pendidikan	Kategori						n	Persentase (%)
	Normal		Sedang		Berat			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
SD	0	0	1	3,1	0	0	1	3,1
SMP	2	6,48	5	16,16	5	16,16	12	38,8
SMA	5	16,16	6	19,4	1	3,24	12	38,8
Perguruan Tinggi	2	6,44	3	9,65	1	3,21	6	19,3
Total	9	29,08	15	48,31	7	22,61	31	100

Sumber : Data Primer 2020

Berdasarkan tabel 4.3 diperoleh hasil dari 31 responden sebagian besar ibu *postpartum* primipara yang mengalami gejala depresi di wilayah Puskesmas Sidomulyo berada pada rentang berpendidikan menengah yaitu SMP dan SMA dengan masing-masing sebanyak 38.8% (12 responden). Pada pendidikan SMP dengan kategori sedang dan berat sebesar 16,16% (5 responden). Sedangkan pada pendidikan SMA dengan kategori sedang sebanyak 19,4% (6 responden).

4. Distribusi Tingkat Depresi berdasarkan Pekerjaan

Tabel dibawah ini merupakan distribusi tingkat depresi berdasarkan pekerjaan menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* pada ibu *postpartum* di wilayah Puskesmas Sidomulyo.

Tabel 4.4
Deteksi Dini Depresi *Postpartum* berdasarkan pekerjaan
di Wilayah Puskesmas Sidomulyo (Desember 2020 – Januari 2021)

Bekerja & Berpenghasilan tetap	Kategori						n	Persentase (%)
	Normal		Sedang		Berat			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Ya	5	16,15	5	16,15	3	9,70	13	42
Tidak	3	9,66	10	32,22	5	16,12	18	58
Total	8	25,81	15	48,37	8	25,82	31	100

Sumber : Data Primer 2020

Berdasarkan tabel 4.4 diperoleh hasil dari 31 responden sebagian besar ibu *post partum* primipara yang mengalami gejala depresi adalah ibu

yang tidak bekerja dan tidak berpenghasilan tetap yaitu sebanyak 58% (18 responden) dengan kategori sedang sebanyak 32,22% (10 responden).

C. PEMBAHASAN

1. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Depresi

Berdasarkan tabel 4.1 Hasil analisis mengenai deteksi dini depresi *postpartum* pada 31 responden ibu nifas primipara di Puskesmas Sidomulyo menunjukkan bahwa proporsi responden kategori normal sebanyak 29% (9 responden) dan proporsi yang mengalami kategori sedang atau *postpartum blues* sebanyak 48,4% (15 responden) dan sisanya sebanyak 22,6% (7 responden) dengan kategori berat (tingginya probabilitas atau mengalami depresi *postpartum* komplikasi).

Hal ini diartikan bahwa ibu *postpartum* primipara di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo cenderung untuk mengalami *postpartum blues*. Kondisi *postpartum blues* yang berkepanjangan dapat memicu terjadinya depresi *postpartum*. Bagi ibu yang memiliki riwayat depresi, akan lebih mudah terkena depresi *postpartum*. Di Indonesia, angka kejadian *postpartum blues* diperkirakan mencapai 50-70% (Kurniasari dkk, 2015). Kondisi depresi *postpartum* merupakan suatu keadaan yang serius, dimana sebuah penelitian membuktikan bahwa 25% ibu yang baru pertama melahirkan mengalami depresi pasca melahirkan yang berat dan pada ibu yang melahirkan anak selanjutnya sekitar 20% (Kusuma, 2017). Sebuah studi membuktikan bahwa ibu primipara atau ibu yang baru pertama kali melahirkan lebih banyak mengalami depresi *postpartum*. Hal tersebut terjadi karena ketidaksiapan ibu primipara secara psikologis dalam menghadapi kelahiran bayi lebih besar daripada ibu multipara atau yang sudah melahirkan lebih dari sekali. Ibu multipara sudah memiliki pengalaman mengadapi kelahiran sebelumnya sehingga tidak stres dalam menyambut kelahiran anak tersebut (Soep, 2011).

Postpartum blues terjadi pada ibu yang baru saja melahirkan dengan gejala-gejala seperti nyeri, mudah merasa lesu, capek, malas,

kurang tidur, disertai perasaan khawatir, cemas, dan tegang. Sebagian masyarakat beranggapan bahwa gejala *postpartum* merupakan hal yang wajar terjadi pasca melahirkan (Tindaon & Anggeria, 2018). Depresi *postpartum* adalah suatu gangguan mood yang terjadi setelah melahirkan dan merefleksikan disregulasi psikologikal yang merupakan tanda dari gejala depresi mayor. (Pradnyana et al, 2013). Dalam penelitian ini responden yang mengalami *postpartum blues* dominan mengalami perasaan yang terkadang menyalahkan diri sendiri bila terjadi hal yang tidak menyenangkan, merasa khawatir dan cemas tanpa alasan yang jelas, dan terkadang merasa tidak bahagia sehingga sulit tidur.

Faktor lain yang menyebabkan terjadinya *postpartum blues* diantaranya faktor internal dan eksternal. Faktor internal dapat berupa kondisi biologis, psikologis, kepribadian, riwayat kehamilan, bayi berat badan rendah, hingga kondisi kesehatan ibu ketika perinatal. Sedangkan faktor eksternal dapat berupa dukungan dari suami dan keluarga, pengalaman persalinan, hingga kondisi lingkungan sekitar (Mansyur, 2014).

Selama periode pasca persalinan, gangguan mood biasa dialami wanita hingga 85%, meskipun hanya 10-15% ibu yang mengalami gejala klinis yang signifikan (Sylvén et al, 2017) namun pada 10-15% ibu yang mengalami gejala lanjutan dan sampai memburuk di diagnosa menderita depresi pasca persalinan (Cirik et al, 2016). Sekitar 70% dari ibu yang baru melahirkan memiliki gejala depresi ringan yang umumnya akan memuncak pada rentang 2 hingga 5 hari setelah melahirkan. Gejala tersebut biasanya mulai mereda secara spontan dalam waktu 2 minggu, namun jika tidak terdeteksi dengan cepat dan terlambat ditangani, dapat berkembang menjadi depresi yang disebut depresi *postpartum* (Stewart & Vigod, 2016).

Tatalaksana dalam perawatan depresi *postpartum* bervariasi tergantung dengan tingkat keparahan dari gejalanya, termasuk kemampuannya untuk merawat dan berinteraksi dengan bayi yang baru

lahir. Jika baru terjadi gejala ringan atau sedang maka dapat dikelola dalam perawatan primer terdekat namun lebih baik jika langsung dirujuk ke bagian psikiatrik untuk mencegah komplikasi yang lebih parah, terutama ketika ibu sudah memiliki pikiran untuk mencelakai atau membahayakan diri sendiri dan orang lain. Namun dalam melakukan perawatan depresi postpartum dapat terjadi beberapa kendala bagi sebagian orang, seperti masalah keuangan, transportasi, dan penitipan anak. Untuk wanita dengan gejala ringan, intervensi psikososial yang dapat diberikan contohnya ialah meningkatkan dukungan, seperti dukungan dari teman sebaya dan konseling yang dilakukan oleh praktisi kesehatan yang professional. Intervensi tersebut merupakan lini pertama dalam perawatan depresi postpartum. Sebuah penelitian meta analisis menunjukkan bahwa wanita yang dirawat dengan intervensi psikososial lebih kecil kemungkinannya untuk tetap depresi pada 1 tahun *postpartum* dibandingkan wanita yang hanya menerima perawatan standar di layanan primer. Untuk wanita dengan gejala penyakit sedang, dan untuk mereka dengan gejala penyakit ringan yang tidak dapat merespon intervensi psikososial saja, dapat direkomendasikan untuk mendapatkan psikoterapi formal seperti terapi perilaku kognitif dan terapi interpersonal. Terapi ini diberikan secara berkelompok maupun individu dalam kurun waktu 12 hingga 16 minggu. Terapi perilaku kognitif berfokus pada perubahan pola pikir maladaptif, perilaku, atau keduanya, untuk menghasilkan perubahan positif dalam keadaan emosional. Sementara itu, terapi interpersonal adalah terapi suasana hati untuk hubungan interpersonal dan berfokus pada peningkatan hubungan untuk membantu dengan transisi peran seorang wanita menjadi orang tua baru (Stewart & Vigod, 2016).

Jika sudah dilakukan terapi perilaku kognitif dan interpersonal maupun terapi nonfarmakologis namun tidak berhasil, maka dapat diberikan terapi farmakologi. Terapi ini juga dapat diberikan jika penderita depresi postpartum lebih menyukai obat-obatan daripada terapi perilaku. Antidepresan yang dianggap dapat kompatibel

dengan ibu menyusui harus diresepkan oleh psikiater. Selain antidepresan, biasanya dapat juga diberikan sertraline. Untuk ibu depresi postpartum yang sedang menyusui biasanya diberikan pengobatan dengan dosis 50 mg setiap harinya selama 1 minggu. Setelah itu, di evaluasi kembali dan dilihat efek samping dari obat tersebut. Jika masih ada keinginan untuk membahayakan diri sendiri dan orang lain, maka ditambahkan dosis sesuai dengan kebutuhan (misalnya ditambah 50mg setiap 2 minggu dengan dosis harian maksimal 200 mg hingga tercapainya remisi dengan sempurna. Terapi farmakologi umumnya dilanjutkan 6 hingga 12 bulan setelah remisi sempurna untuk mengurangi risiko kekambuhan. Jika gejala-gejala masih berulang dan terus mengalami kekambuhan maka disarankan untuk berkonsultasi kembali dengan psikiater dan mendapatkan perawatan intensif kembali (Stewart & Vigod, 2016).

Seorang ibu yang mengalami depresi jangan segan untuk selalu menceritakan segala keluh kesahnya kepada keluarga atau orang lain yang dapat mengerti dan bisa membantu. Selain itu, istirahat yang cukup juga diperlukan agar dapat menghindari diri dari perasaan depresi akibat kelelahan, misalnya dengan meminta bantuan orang lain yang dapat dipercaya untuk bergantian mengurus bayi. Dari segi pola makan, harus diberikan secara teratur dengan menu yang sehat dan seimbang diikuti olahraga ringan agar mood dapat membaik (Guille et al, 2013).

Secara garis besar dapat dikatakan bahwa dibutuhkan penanganan di tingkat perilaku, emosional, intelektual, sosial dan psikologis secara bersama-sama, dengan melibatkan lingkungannya, yaitu: suami, keluarga dan juga teman dekatnya (Rukiyah, 2010: 378). Dalam kuesioner EPDS khusus nomor 10 dengan pilihan jawaban 3, 2 dan 1 memiliki kemungkinan keinginan bunuh diri. Pertanyaan khusus nomor 10 ini mengenai perasaan negatif yaitu mengenai seberapa dominan perasaan putus asa yang dirasakan responden dalam penelitian ini terdapat 5 responden yang menjawab pilihan jawaban 1.

Menurut peneliti, depresi *postpartum* berada di tengah-tengah masyarakat namun tenaga kesehatan serta masyarakat masih banyak yang tidak menyadari dampak dari masalah yang ditimbulkan depresi *postpartum*. Sebagian masyarakat beranggapan bahwa gejala depresi *postpartum* merupakan hal yang wajar terjadi pasca melahirkan namun apabila tidak ditangani dengan baik gejala tersebut akan semakin memburuk karena itu penting dilakukan diagnosis dini depresi *postpartum* untuk mencegah maupun meminimalisir gejala yang ditimbulkan. Banyak instrumen yang dapat digunakan untuk skrining dalam penegakan diagnosis depresi *postpartum*, salah satunya yang paling efektif yaitu instrument EDPS. Ibu dengan depresi *postpartum* perlu mendapatkan penatalaksanaan secara luas dan maksimal dari berbagai pihak, meliputi keluarga, orang terdekat, dan tenaga kesehatan dari multidisiplin ilmu. Oleh karena itu peneliti menyarankan agar tenaga kesehatan dapat melakukan deteksi dini depresi *postpartum* menggunakan instrument EPDS secara berkala pada ibu *postpartum*.

2. Distribusi Tingkat Depresi berdasarkan Usia

Berdasarkan tabel 4.2 diperoleh data dari 31 responden sebagian besar ibu *postpartum* primipara yang mengalami gejala depresi di wilayah Puskesmas Sidomulyo berada pada rentang usia 20-35 tahun sebanyak 64,6% (20 responden). Dengan kategori sedang 32,2% (10 responden) dan kategori berat sebesar 19,38% (6 Responden) sedangkan sisanya 12,92 (4 responden) dalam kategori normal. Dan presentase terkecil pada usia >35 tahun dengan kategori normal sebesar 3,2% (1 responden).

Hal ini dimungkinkan karena usia menikah mulai bergeser, yang sebelumnya atau beberapa dekade yang lalu mayoritas remaja putri menikah pada usia dibawah 20 tahun sekarang sudah bergeser di atas usia 20 tahun seiring dengan permasyarakatan program keluarga berencana (Soep, 2011).

Menurut penelitian Kurniasari (2015) terdapat hubungan antara umur ibu, dengan kejadian depresi *postpartum*. Semakin muda usia ibu, maka akan semakin berisiko menimbulkan gangguan depresi *postpartum*. Hal ini dikarenakan usia yang muda cenderung tidak siap dalam perubahan perannya sebagai ibu, yaitu dalam kesiapan fisik, mental, finansial, dan juga sosial. Tidak hanya usia muda, namun usia yang terlalu tua juga dapat menjadi faktor risiko karena adanya faktor kelelahan dan keadaan anatomi tubuh yang sudah tidak baik lagi untuk hamil dan bersalin. Penelitian yang dilakukan (Chasanah et al, 2016) Usia yang masih belia belum menampakkan adanya kematangan emosional, pikis dan biologis. Hal tersebut membuat individu kesulitan dalam menyesuaikan diri pada kondisi dan tanggungjawab yang baru sebagai seorang ibu.

Namun berdasarkan penelitian yang dilakukan (Kusuma, 2017) usia tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian depresi *postpartum* pada ibu primipara dan multipara. Hal ini mungkin disebabkan karena faktor usia perempuan yang bersangkutan saat kehamilan dan persalinan seringkali dikaitkan dengan kesiapan mental perempuan tersebut untuk menjadi seorang ibu.

Menurut peneliti, usia merupakan salah satu faktor yang dapat menjadi salah satu faktor penyebab depresi *postpartum* karena ketidaksiapan mental menghadapi hal-hal yang dianggap mengerikan dan menakutkan maka sering terjadi depresi ketika kehamilan dan kelahiran ataupun mereka yang berusia terlalu tua untuk melakukan kehamilan dan kelahiran.

3. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan

Berdasarkan tabel 4.3 diperoleh hasil dari 31 responden sebagian besar ibu *postpartum* primipara yang mengalami gejala depresi di wilayah Puskesmas Sidomulyo berada pada rentang berpendidikan menengah yaitu SMP dan SMA dengan masing-masing sebanyak 38.8% (12 responden). Pada pendidikan SMP dengan kategori sedang

dan berat sebesar 16,16% (5 responden), dengan kategori normal sebesar 6,48% (2 responden). Sedangkan pada pendidikan SMA dengan kategori sedang sebanyak 19,4% (6 responden), dengan kategori berat 3,24% (1 responden), dan 16,16 (5 responden) dengan kategori normal. Dan presentase terkecil pada pendidikan SD dengan kategori sedang sebesar 3,1% (1 responden).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh (Lanes, Kuk dan Tamim, 2011) menyebutkan bahwa terjadi peningkatan risiko depresi *postpartum* sebesar 2,54 kali bagi ibu yang memiliki tingkat pendidikan sekolah menengah. Hal ini karena tingkat pendidikan akan mempengaruhi tingkat pemahaman dan kemampuan sang ibu untuk melakukan perawatan ataupun adaptasi terhadap 63 perubahan-perubahan fisik dan statusnya. Selanjutnya, kurangnya kemampuan di dalam melakukan perawatan bayi, ditandai sebagai salah satu faktor meningkatnya risiko depresi *postpartum* pada ibu Menurut penelitian (Kurniasari, 2015) Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dan kejadian depresi. 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. Semakin tinggi pendidikan ibu, maka akan semakin baik juga pengetahuannya karena akan banyak informasi yang didapat. Paritas juga berhubungan dengan risiko terjadinya depresi *postpartum*. Gangguan *postpartum* berkaitan dengan status paritas adalah riwayat obstetri pasien yang meliputi riwayat hamil sampai bersalin serta apakah ada komplikasi dari kehamilan dan persalinan sebelumnya dan terjadi lebih banyak pada wanita primipara.

Berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan oleh (Goker et al., 2012), menyebutkan bahwa tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan risiko terjadinya depresi *postpartum* pada ibu. Tingkat pendidikan mungkin secara langsung dapat diasosiasikan dengan pendapatan rumah tangga, yang dimana akan berdampak

terhadap pertimbangan ibu di dalam memenuhi kebutuhan bayinya, akan tetapi kondisi ini berbeda setiap negara dan budaya (Goker et al., 2012).

Penelitian yang dilakukan (Kusuma, 2017) tingkat pendidikan tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian depresi postpartum. Walaupun ibu berpendidikan rendah ataupun tinggi semua bisa mengalami depresi postpartum. Akan tetapi, untuk wanita yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi untuk menangani masalah depresi postpartum lebih mudah daripada wanita yang memiliki pendidikan rendah. Tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian depresi postpartum bisa disebabkan karena wanita sekarang terutama responden mudah mendapatkan informasi-informasi kesehatan dari berbagai macam media. Keterbatasan media tidak mempengaruhi ibu mendapatkan ilmu pengetahuan, ibu bisa menanyakan pada tetangga yang lebih berpengalaman, jadi ibu tersebut dapat belajar mengenai kehamilan, persalinan dan merawat bayi secara jelas. Menurut peneliti, tingkat pendidikan tidak secara langsung berdampak pada tingkat depresi seseorang namun pendidikan membentuk suatu cara pandang terhadap diri sendiri, lingkungan, pola pikir dan pemecahan masalah yang berbeda dibandingkan yang tidak mengenyam pendidikan karena pada dasarnya mereka lebih banyak belajar dan mendapatkan kesempatan untuk belajar dalam mengatasi persoalan dalam hidupnya dan akan berpengaruh secara tidak langsung kepada *coping stress* yang dimiliki tiap individu dan pastinya yang akan mempengaruhi tingkat depresi seseorang.

4. Distribusi Tingkat Depresi berdasarkan Pekerjaan

Berdasarkan tabel 4.4 diperoleh hasil dari 31 responden sebagian besar ibu *postpartum* primipara yang mengalami gejala depresi adalah ibu yang tidak bekerja dan tidak berpenghasilan tetap yaitu sebanyak 58% (18 responden) dengan kategori sedang sebanyak 32,22% (10 responden), kategori berat sebanyak 16,12% (8 responden)

dan sisanya dengan kategori normal yaitu 9,66% (3 responden). Sedangkan pada ibu yang bekerja dan memiliki penghasilan tetap di dapatkan hasil dalam kategori sedang sebanyak 16,15% (5 responden), dan kategori berat 9,70% (3 responden), sisanya 16,15% (5 responden) dalam kategori normal.

Penelitian oleh Sri Wahyuni (2014) menunjukkan bahwa pekerjaan terbukti berpengaruh terhadap kejadian depresi postpartum. Ibu yang tidak bekerja berisiko terjadinya depresi pasca melahirkan sebesar 10.7 kali lebih besar dibanding ibu yang bekerja. Penelitian yang telah dilakukan oleh (Goker et al., 2012) menyimpulkan bahwa menjadi seorang ibu rumah tangga dapat meningkatkan terjadinya risiko depresi *postpartum* sebanyak 2 kali lipat. Hal ini karena ibu yang menghabiskan lebih banyak waktunya di rumah dengan bayinya, akan menimbulkan perasaan bosan dan jenuh. Sehingga risiko terjadinya gangguan mood yang menjadi salah satu faktor terjadinya depresi *postpartum*, akan meningkat. Namun penelitian yang dilakukan oleh (Kusuma, 2017) keadaan ibu yang harus kembali bekerja setelah melahirkan dapat memicu timbulnya depresi. Ibu yang tidak berhasil menyesuaikan diri dengan peran dan aktivitas barunya sebagai seorang ibu dapat mengalami gangguan psikologis atau depresi *postpartum*. Ibu nifas yang tidak bekerja memiliki kondisi psikologis depresi sebanyak 23 orang (54,8%). Begitu pula dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Martinnia (2020), didapatkan hasil bahwa ibu yang bekerja sebagai karyawan memiliki peluang mengalami depresi *postpartum* lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja ($p\text{-value} = 0,03$).

Menurut peneliti, tingkat depresi ibu yang tidak bekerja atau berpenghasilan juga berperan penting karena ibu rumah tangga yang tidak bekerja berpengaruh terhadap pendapatan keluarga dimana faktor ekonomi juga merupakan salah satu faktor penyebab depresi *postpartum*.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Adapun simpulan dari analisis sebagai berikut :

1. Ibu *postpartum* primipara di wilayah Puskesmas Sidomulyo yang mengalami kategori depresi sedang atau *postpartum blues* sebanyak (48,4%) dan kategori depresi berat tingginya probabilitas atau mengalami depresi *postpartum* komplikasi sebanyak (22, 6%). Sedangkan sisanya (29%) adalah ibu *postpartum* normal atau tidak menunjukkan gejala depresi *postpartum*.
2. Ibu *postpartum* primipara di wilayah Puskesmas Sidomulyo yang paling tinggi mengalami gejala depresi berada pada rentang usia 20-35 tahun (64,6%).
3. Ibu *postpartum* primipara di wilayah Puskesmas Sidomulyo yang paling tinggi berisiko mengalami depresi pendidikan menengah yaitu SMP dan SMA (38,8).
4. Ibu *postpartum* primipara di wilayah Puskesmas Sidomulyo yang paling tinggi berisiko mengalami gejala depresi *postpartum* merupakan ibu yang tidak bekerja dan tidak memiliki penghasilan tetap (58%).

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan Kebidanan

Meningkatkan peran dan keahlian bidan, untuk mengenali adanya gangguan mood menggunakan skrining EPDS sehingga dapat mencegah terjadinya gangguan mood yang lebih parah yaitu psikosis *postpartum* dengan halusinasi dan atau delusi.

2. Bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Deteksi dini atau screening adanya kemungkinan terjadinya depresi *postpartum* menggunakan skrining EPDS sebaiknya menjadi bagian dari pengkajian tetap pada ibu *postpartum*. Antisipasi kemungkinan terjadinya depresi *postpartum* sebaiknya dilakukan di awal kehamilan yaitu dengan

dilakukannya pendidikan kesehatan tentang perubahan fisiologis dan psikologis pada kehamilan, persalinan, dan nifas pada saat ibu melakukan *Antenatal Care* (ANC).



DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Pediatrics. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). *Guidelines for perinatal care. 7th ed.* American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Ardiyanti, D., & Dinni, S. M. (2018). *Aplikasi Model Rasch dalam Pengembangan Instrumen Deteksi Dini Postpartum Depression.* *Jurnal Psikologi*, 45(2), 81. <https://doi.org/10.22146/jpsi.29818>.
- Asih, dan Riseni (2016). *Buku ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.* Jakarta: Trans Info Media.
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2016). *Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care.* *Hormones and Behavior*, 77, 153-166. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>.
- Buku KIA (2016). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Burgut, F. T., Bener, A., Ghuloum, S., & Sheikh, J. (2013). *A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar.* *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.* <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.786036>.
- Burgut, F. T., Bener, A., Ghuloum, S., & Sheikh, J. (2013). *A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar.* *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.* <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.786036>.
- Chasanah, et al (2016). *Postpartum blues pada persalinan di bawah usia dua puluh tahun.* *Jurnal Psikologi Undip*. 15(2). 117-123.
- Cirik DA, Yerebasmaz N, Kotan VO, Salihoglu KN, Akpınar F, Yalvac S, Kandemir O (2016). *The impact of prenatal psychologic and obstetric parameters on postpartum depression in late-term pregnancies: A preliminary study.* *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology.* 55(3): 374–378.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2017.* Samarinda: Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur.
- Diniyah, K. (2017). *Gambaran depresi postpartum di rskia sadewa.* *Media Ilmu Kesehatan*, 6(2), 162-167.

- Elvira, S. D., Ismail, R. I., Moegni, F., & Herqutanto. (2013). *Deteksi, Pencegahan dan Tata Laksana Depresi pada Ibu Hamil dan Pascapersalinan*. Majalah Kedokteran Indonesia, 63, 207-212.
- Elvira, S. D., Ismail, R. I., Moegni, F., & Herqutanto. (2013). *Deteksi, Pencegahan dan Tata Laksana Depresi pada Ibu Hamil dan Pascapersalinan*. Majalah Kedokteran Indonesia, 63, 207-212.
- Fairus M, Widiyanti S (2014). *Hubungan dukungan suami dengan kejadian depresi postpartum pada ibu nifas*. Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai. 7(1):11-18.
- Fitelson E, Kim S, Baker A and Leight K. (2011) *Treatment of Postpartum Depression: Clinical, Psychological and Pharmacological Options*. *International Journal of Women's Health*; 1(3): 1-14.
- Gjerdingen D, McGovern P, Attanasio L, Johnson PJ, Kozhimannil KB (2014). *Maternal depressive symptoms, employment, and social support*. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 27(1): 87–96.
- Goker, A., Yanikkerem, E., Demet, M. M., Dikayak, S., Yildirim, Y., & Koyuncu, F. M. (2012). *Postpartum Depression : Is Mode of Delivery a Risk Factor ?*, 2012. <http://doi.org/10.5402/2012/616759>
- Gondo, H.K. (2012). *Skrining edinburgh postnatal depression scale (EPDS) pada postpartum blues*. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma Surabaya.
- Guille, C., Newman, R., Fryml, L. D., Lifton, C. K., & Epperson, C. N. (2013). *Management of postpartum depression*. *Journal of Midwifery and Women's Health*. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12104>.
- Gutiérrez-Zotes, A. Labad J, Martin-Santos R, Garcia-Esteve L, Gelabert E, Jover M, Guillamat R, Mayoral F, Gornemann I, Canellas F, Gratacos M, Guitart R, Roca M, Costas J, Ivorra JL, Navines R, Diego-Otero Y, Vilella E, Sanjuan J (2016). *Coping strategies for postpartum depression: a multi-centric study of 1626 women*. *Archives of Women's mental health*. 19(3): 455– 461.
- Habel C, Feeley N, Hayton B, Bell L, Zelkowitz P (2015). *Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and Women's Perceptions*. *Midwifery*. 31(7): 728–734.
- Hutagaol, E.T. (2010). *Efektivitas Intervensi Edukasi pada Depresi Postpartum*. [Tesis Ilmiah]. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Ibrahim, Fatmah. Dkk. 2012. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Depresi Postpartum di RSIA Pertiwi Makassar*. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

- Kemenkes RI (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Ministry of Health Republic of Indonesia 1: 1–303.
- Kurniasari, D., & Astuti, Y. A. (2015). *Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Kondisi Bayi dan Dukungan Sosial Suami dengan Postpartum Blues pada Ibu Dengan Persalinan SC di Rumah Sakit Umum Ahmad Yani Metro Tahun 2014*. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 9(3), 115-125.
- Kurniasari, D., & Astuti, Y. A. (2015). *Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Kondisi Bayi dan Dukungan Sosial Suami dengan Postpartum Blues pada Ibu Dengan Persalinan SC di Rumah Sakit Umum Ahmad Yani Metro Tahun 2014*. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 9(3), 115-125.
- Kusuma, P. D. (2017). *Karakteristik Penyebab Terjadinya Depresi Postpartum pada Primipara dan Multipara*. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, 5(1), 36-45.
- Laela, S., & Keliat, B. A. (2018). *Thought stopping and supportive therapy can reduce postpartum blues and anxiety parents of premature babies*. *Enfermeria clinica*, 28, 126-129.
- Motzfeldt, I., Andreasen, S., Pedersen, A. L., & Pedersen, M. L. (2013). *Prevalence of postpartum depression in Nuuk, Greenland - A cross-sectional study using Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *International Journal of Circumpolar Health*. <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21114>.
- Muchtar, A. Sursilah, I. Isir, M. Dkk. (2014). *Kesehatan Ibu dan Anak Continumm of Carelife Cycle*. Jakarta. Pusdiklatnakes.
- Murwati, Suroso (2017) *Penerapan Cognitif Behavior Therapi (CBT) Pada Ibu Nifas Sebagai Upaya Pencegahan Depresi Post Partum Di Kabupaten Klaten*. *Jurnal Kebidanan Dan Kesehatan Tradisional*, Volume 2, No 2, September 2017, hlm 60-115.
- Nagy, E., Molnar, P., Pal, A., & Orvos, H. 2011. Prevalence rates and socioeconomic characteristics of post-partum depression in Hungary. *Psychiatry Research*, 185(1–2), 113–120. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.05.005>.
- Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA (2013). *Social support during the postpartum period: Mother's views on needs, expetation and mobilization of support*. *Maternal and Child Health Journal*. 17(4): 616–623.
- Palupi, P (2019) *Studi Fenomenologi: Pengalaman Primipara Saat Mengalami Depresi Postpartum*. *JPPNI Vol. 04/No.02/Agustus-November 2019*.
- Palupi, Puspita (2013). *Depresi Pasca Persalinan*. Tangerang Selatan : UIN Jakarta Press.

- Pradnyana, E., Wayan Westa, & Ratep, N. (2013). *Diagnosis Dan Tata Laksana Depresi Postpartum Pada Primipara. Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah, 1-16.*
- Prayoga, I. K., Dira, A., Ayu, A., & Wahyuni, S. (2016). *Prevalensi dan Faktor Risiko Depresi Postpartum Di Kota Denpasar Menggunakan EPDS. E-Jurnal Medika, 5(7), 5-9*
- Rockhill KM, Ko JY, Tong VT, Morrow B, Farr SL (2017). *Trends in postpartum depressive symptoms - 27 states, 2004, 2008, and 2012. MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report. 66(6): 153–158.*
- Roswiyani. (2010). *Post-partum depression. In Pharmaceutical and Biological Evaluations (Vol. 3, pp. 450-455).*
- Rukiyah, dan Yulianti (2018). *Buku Saku: Asuhan Kebidanan Pada Ibu Masa Nifas: Berdasarkan Kurikulum Berbasis Kompetensi. Jakarta: Trans Info Media.*
- Rusli, R. A., Meiuntariningsih, T., & Warni, W. E. (2011). *Perbedaan Depresi Pasca Melahirkan pada Ibu Primipara Ditinjau dari Usia Ibu Hamil. Jurnal INSAN. Vol 13, No 01: 21-31.*
- Sharkey, K. M., Pearlstein, T. B., & Carskadon, M. A. (2013). *Circadian phase shifts and mood across the perinatal period in women with a history of major depressive disorder: A preliminary communication. Journal of Affective Disorders. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.046>.*
- Sheikh, M., et al (2017). *The efficacy of early iron supplementation on postpartum depression, a randomized double-blind placebo-controlled trial. European journal of nutrition, 56(2), 901- 908.*
- Soep, (2011) Penerapan *Edinburgh Postpartum Depression Scale* sebagai Alat Deteksi Dini Risiko Depresi Nifas pada Primipara dan Multipara. *Jurnal Keperawatan. Poltekkes Kemenkes Medan.*
- Solehati, T., Sriati, A., Kosasih, C.E (2020) *Intervensi untuk mengurangi Depresi Postpartum. Jurnal Keperawatan Jiwa Volume 8 No 2, Hal 177 – 184.*
- Stepanikova I, Kukla L (2017). *Is perceived discrimination in pregnancy prospectively linked to postpartum depression? exploring the role of education. Maternal and Child Health Journal. 21(8): 1669–1677.*
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2016). *Postpartum Depression. The New England Journal of Medicine, 375(22), 2177–2186. <http://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>.*
- Sukma, dkk. (2017). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.*

- Sylvén, SM, Thomopoulos TP, Kollia N, Jonsson M, Skalkidou A (2017). *Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact*. *European Psychiatry*. 40: 4–12.
- Tikmani SS, Soomro T, Tikmani P (2016). *Prevalence and determinants of postpartum depression in a tertiary care hospital*. *Austin J Obstet Gynecol*. 3(2): 0–4.
- Tindaon, Rotuna Lenawati., Anggeria, Elis (2018). *Efektifitas konseling terhadap post partum blues pada ibu primipara*. *Jurnal Jumantik*. 3(2). 115-12
- Wahyuni, S. M. S. (2014). *Faktor Internal dan Eksternal yang Mempengaruhi Depresi Postpartum*. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 3(2), 131-137.
- Wahyuni, S., Murwati, & Supiati. (2014). *Faktor Internal Dan Eksternal Yang mempengaruhi Depresi Postpartum*. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 3(2), 106–214.
- World Health Organization* (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization. 1–24.
- Yusuff ASM, Tang L, Binns CW, Lee, AH (2015). *Prevalence and risk factors for postnatal depression in Sabah, Malaysia: A cohort study*. *Women and Birth*. 28(1): 25–29.



LAMPIRAN-LAMPIRAN



Lembar Persetujuan Responden (*Inform Consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden pada penelitian yang akan dilakukan oleh :

Nama : Aprilia Ariani

Nim : 19041004

Asal : Mahasiswi S1 Kebidanan Reguler Transfer Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda.

Judul penelitian : **DETEKSI DINI DEPRESI POSTPARTUM PADA IBU NIFAS PRIMIPARA MENGGUNAKAN *SKRINING EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE* DI PUSKESMAS SIDOMULYO SAMARINDA.**

Saya bersedia untuk menjadi responden demi kepentingan peneliti dan semata-mata untuk kepentingan ilmu pengetahuan. Demikian surat pernyataan ini saya buat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, Januari 2021

Responden,

(.....)

KARAKTERISTIK SOSIODEMOGRAFI IBU POSTPARTUM

Petunjuk pengisian :

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

Hari tanggal, jam :
Nama Responden :
Alamat :
No HP :

No	Karakteristik Sosiodemografi Ibu
1.	Umur ibu saat ini adalah a. < 20 tahun b. 20 – 35 tahun c. > 35 tahun
2.	Pendidikan terakhir ibu adalah : a. SD b. SMP c. SMA d. Perguruan tinggi
3.	Apakah Ibu bekerja dan memiliki penghasilan tetap a. Ya b. Tidak

KUESIONER

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

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

No	Pertanyaan
1	Saya dapat tertawa bila melihat sesuatu yang lucu a. sering b. kadang-kadang c. jarang d. tidak pernah
2	Saya dapat mengerjakan banyak hal dengan senang a. sering b. kadang-kadang c. jarang d. tidak pernah
3	Saya menyalahkan diri saya sendiri apabila terjadi hal yang tidak menyenangkan a. sering b. kadang-kadang c. jarang d. tidak pernah
4	Saya merasa khawatir dan cemas tanpa alasan yang jelas a. tidak pernah b. kadang-kadang c. jarang d. sering
5	Saya merasa ketakutan atau panik tanpa alasan yang jelas a. tidak pernah b. kadang-kadang c. jarang

d. sering

- 6** Segala sesuatu terasa membebani saya sehingga
- a. hampir selalu saya merasa tidak bersemangat
 - b. kadang-kadang saya merasa tidak bisa mengatasi sebaik biasanya
 - c. hampir selalu saya merasa bisa mengatasi dengan baik
 - d. selalu saya bisa mengatasi sebaik biasanya
-

- 7** Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga sulit tidur
- a. hampir setiap hari
 - b. kadang-kadang
 - c. jarang
 - d. tidak pernah
-

- 8** Saya merasa sedih dan jengkel tanpa alasan:
- a. hampir setiap waktu
 - b. kadang-kadang
 - c. jarang
 - d. tidak pernah
-

- 9** Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga saya menangis:
- a. hampir setiap waktu
 - b. kadang-kadang
 - c. jarang
 - d. tidak pernah
-

- 10** Pernah ada pikiran putus asa
- a. sering
 - b. kadang-kadang
 - c. jarang
 - d. tidak pernah
-



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN

JALAN MILONO NO. 1 TELP (0541) 735660, 743822 Fax (0541) 737606
SAMARINDA KALIMANTAN TIMUR KODE POS 75121

LEMBAR DISPOSISI

Sifat	Kode: 443	No. Urut: 61	Diterima Tgl. 26-8-2020
-------	-----------	--------------	-------------------------

Perihal
Isi Ringkas

Pengambilan Data an APHUA APHANI

Asal Surat: WHS	Tgl: 19/8/20	No.: 132/ITKES-WHS/LT/2020
-----------------	--------------	----------------------------

Dijarkan/Diteruskan
Kepada

Instruksi/Informasi

Mohon dibantu sesuai surat terlampir.
Terima kasih.

P2P

↓
Pkm Sedomulyo



ITKES WHS

Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda

TABEL 23

CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN PADA IBU HAMIL, IBU BERSALIN, DAN IBU NIFAS MENURUT KECAMATAN DAN PUSKEBMAS
KABUPATENKOTA SAMARINDA
TAHUN 2020

NO	KECAMATAN	PUSKEBMAS	IBU HAMIL				IBU BERSALIN/NIFAS						IBU NIFAS MENDAPATI VITA									
			JUMLAH	K1 JUMLAH	%	K4* JUMLAH	%	JUMLAH	PERSALINAN DITOLONI NIFAS	%	PERSALINAN DI FASVAKRES**	%	KF1 JUMLAH	%	KF2 JUMLAH	%	KF3 JUMLAH	%	JUMLAH	%		
1																						
1	PALARAN		890	740	83,0	740	83,0	821	742	90,4	742	90,4	742	90,4	742	90,4	742	90,4	742	90,4	517	63,0
2	PALARAN	BAWLUAS	96	87	90,6	72	75,0	92	82	88,1	82	88,1	82	88,1	84	91,3	87	94,6	87	94,6	82	89,1
3		BUKUNJAS	376	328	87,2	283	75,3	359	307	85,5	340	94,7	341	95,0	360	100,3	294	81,9	341	95,0	457	78,6
4	SAMARINDA SEBERAN	MAANGKUPALAS	639	438	68,5	388	60,4	610	407	66,7	407	66,7	407	66,7	390	62,3	335	54,9	457	78,6	832	115,2
5		BAKA	757	690	91,1	632	83,5	722	642	88,9	642	88,9	642	88,9	660	91,4	634	87,8	642	88,9	96,9	11,5
6	LOA JAMAN LIR	HARAPAN BARU	774	658	85,0	652	84,2	729	642	88,0	642	88,0	642	88,0	406	60,2	466	73,0	450	78,0	78,0	100,0
7		TRAJUMA CENTER	620	504	81,3	402	64,8	592	488	82,4	488	82,4	488	82,4	408	62,6	408	62,6	408	62,6	196	31,5
8		KARANG ASAM	807	354	43,9	291	36,1	770	447	58,1	447	58,1	447	58,1	292	37,9	196	20,3	522	77,8	509	94,0
9	SUNGAI KULUNG	LOK BAHU	595	572	96,1	578	97,1	671	607	90,4	607	90,4	607	90,4	501	74,7	535	79,7	522	77,8	509	94,0
10		WOKREJO	700	671	95,9	651	93,0	698	607	86,9	607	86,9	607	86,9	541	81,0	605	90,6	607	86,9	509	94,0
11		JUANDA	634	358	56,5	373	58,8	606	441	72,8	441	72,8	441	72,8	451	71,1	464	71,6	451	71,6	487	88,9
12	SAMARINDA ULU	APR PUTIH	857	893	104,2	838	97,8	818	802	97,9	759	92,8	759	92,8	760	92,9	760	92,9	760	92,9	707	88,9
13		SECURI	540	795	147,2	773	143,1	802	747	93,3	747	93,3	747	93,3	760	107,3	760	107,3	760	107,3	707	88,9
14		PASUNDAN	574	955	166,4	519	90,4	548	457	83,4	487	88,9	487	88,9	487	84,4	384	78,9	384	78,9	487	88,9
15	SAMARINDA KOTA	SAMARINDA KOTA	750	768	102,4	731	97,5	716	688	96,1	758	105,9	758	105,9	758	105,9	758	105,9	758	105,9	758	105,9
16		SIDOKULYO	1.263	790	62,6	703	55,7	1.481	928	62,7	928	62,7	928	62,7	924	89,9	924	89,9	924	89,9	924	89,9
17	SAMARINDA LIR	SUNGAI KAPIN	298	246	82,6	243	81,5	295	230	77,9	230	77,9	230	77,9	230	77,9	230	77,9	230	77,9	230	77,9
18		SAMBUTAN	544	345	63,4	251	46,1	334	302	90,4	302	90,4	302	90,4	265	77,5	265	77,5	265	77,5	265	77,5
19		MAKROMAN	350	334	95,4	251	71,7	334	302	90,4	302	90,4	302	90,4	265	77,5	265	77,5	265	77,5	265	77,5
20		BENGKURUNG	958	539	56,3	457	47,7	412	412	100,0	412	100,0	412	100,0	311	75,5	311	75,5	311	75,5	311	75,5
21	SAMARINDA UTARA	SEMPALA	454	392	86,3	390	85,9	433	412	95,2	412	95,2	412	95,2	406	93,6	412	95,2	412	95,2	412	95,2
22		SUNGAI SIRING	356	194	54,5	205	57,6	342	240	70,2	239	70,3	239	70,3	265	77,5	265	77,5	265	77,5	265	77,5
23		LEMPAKE	432	382	88,4	342	79,2	412	311	75,5	311	75,5	311	75,5	311	77,4	311	77,4	311	77,4	311	77,4
24		REMAVA	810	697	86,0	477	58,9	773	599	77,5	599	77,5	599	77,5	598	77,4	598	77,4	598	77,4	598	77,4
25	SUNGAI PIANG	TEMBOUNG	1.504	1.493	99,3	1.493	99,3	1.435	1.436	100,1	1.436	100,1	1.436	100,1	1.440	100,3	1.440	100,3	1.440	100,3	1.440	100,3
26																						
JUMLAH (KABKOTA)			17.891	14.734	82,3	13.838	76,4	17.040	14.486	85,0	14.480	85,0	14.480	85,0	14.813	85,2	13.516	79,3	13.158	77,2	14.214	82,4

Sumber: Seka Kegan dan Gizi Bidang Keperawatan Kota Samarinda Tahun 2020



TABEL 29

CAKUPAN KUNJUNGAN IBU HAMIL, PERSALINAN DITOLONG TENAGA KESEHATAN, DAN PELAYANAN KESEHATAN IBU NIFAS
 MENURUT KECAMATAN DAN PUSKESMAS
 PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
 TAHUN 2017

NO	KABUPATEN/KOTA	PUSKESMAS	IBU HAMIL						IBU BERSALIN/NIFAS					
			JUMLAH	K1 JUMLAH	%	K4 JUMLAH	%	JUMLAH	PERSALINAN DITOLONG NAKES JUMLAH	%	MENDAPAT YANKES NIFAS JUMLAH	%	IBU NIFAS MENDAPAT VIT A JUMLAH	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	PASER	18	6.196	6.041	97.5	5.182	84.6	5.915	5.159	87.2	4.818	81.5	5.119	86.5427
2	KUTAI BARAT	19	3.148	3.106	98.7	2.526	80.2	3.003	2.444	81.4	2.227	74.2	2.491	82.9504
3	KUTAI KARTANAGARA	32	17.292	16.649	96.3	13.666	79.0	16.509	13.240	80.2	11.825	71.6	13.371	80.9922
4	KUTAI TIMUR	21	7.189	6.800	94.6	5.675	78.9	6.859	5.706	83.2	5.383	78.5	5.854	85.3477
5	BERAU	21	5.152	5.018	97.4	3.871	75.1	4.917	4.866	99.0	4.122	83.8	1.827	37.1537
6	PANAJAM PASER UTARA	11	3.588	4.289	119.0	3.725	103.8	3.425	3.540	103.4	3.377	98.6	3.597	105.022
7	MAHAKAM ULU	5	588	426	72.4	438	74.5	540	496	91.9	444	82.2	449	83.1481
8	BALIKPAPAN	27	13.812	13.734	99.4	13.330	95.5	13.496	12.794	94.8	12.741	94.4	12.800	94.8395
9	SAMARINDA	26	19.798	18.461	93.2	16.594	83.8	18.898	16.275	86.1	15.184	80.3	16.041	84.882
10	BONTANG	6	4.080	4.097	100.9	4.018	99.0	3.874	3.815	98.5	2.622	67.7	3.789	97.8059
JUMLAH (KAB/KOTA)			80.823	78.601	97.3	69.025	85.4	77.437	68.335	88.2	62.743	81.0	65.338	84.3758

Sumber: - Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2017

Nama (inisial)	Usia	Pendidikan	Apakah	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	Hasil
RS	< 20 tahun	Tamat SMA	Tidak	1	1	3	1	2	2	1	1	2	0	14	Sedang
GA	20 – 35 tahun	Tamat SMA	Ya	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	8	Normal
AP	20 – 35 tahun	Tamat SMP	Ya	2	1	2	1	2	1	3	2	1	0	15	Berat
SM	< 20 tahun	Tamat SMP	Tidak	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	15	Berat
Izzah	20 – 35 tahun	Tamat SMA	Tidak	1	1	0	1	1	2	0	2	0	0	8	Normal
A	20 – 35 tahun	Tamat SMA	Ya	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	4	Normal
SM	20 – 35 tahun	Perguruan Tinggi	Ya	1	2	1	1	2	2	0	1	0	0	11	Sedang
R	< 20 tahun	Tamat SMA	Tidak	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Normal
SP	20 – 35 tahun	Tamat SMP	Ya	1	1	2	2	2	2	3	2	2	0	17	Berat
M	< 20 tahun	Tamat SMP	Tidak	0	0	0	2	1	2	1	1	0	0	9	Sedang
CK	< 20 tahun	Tamat SMP	Tidak	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	Normal
Z	20 – 35 tahun	Tamat SMA	Tidak	0	1	2	1	1	2	2	1	2	0	12	Sedang
H	20 – 35 tahun	Perguruan Tinggi	Ya	0	1	0	1	1	1	0	2	0	0	7	Normal
CMF	< 20 tahun	Tamat SMA	Ya	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	Normal
K	> 35 tahun	Perguruan Tinggi	Ya	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	5	Normal
D	20 – 35 tahun	Tamat SMP	Tidak	1	1	1	1	0	2	0	2	1	0	10	Sedang
SJ	< 20 tahun	Tamat SMP	Tidak	0	0	1	0	1	1	0	2	2	0	7	Normal
B	20 – 35 tahun	Tamat SMA	Tidak	2	3	0	0	0	2	2	1	1	0	12	Sedang
RT	< 20 tahun	Tamat SMP	Tidak	0	1	2	3	0	2	2	1	2	0	13	Sedang
ST	< 20 tahun	Tamat SMA	Tidak	1	2	1	2	2	2	0	0	2	1	13	Sedang
RSD	20 – 35 tahun	Perguruan Tinggi	Ya	1	2	1	3	0	1	2	0	2	0	12	Sedang
NH	20 – 35 tahun	Tamat SMP	Tidak	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	16	Berat
I	20 – 35 tahun	Tamat SMA	Ya	0	1	1	3	3	2	0	2	2	0	15	Berat
JK	20 – 35 tahun	Tamat SMP	Ya	1	1	2	2	2	2	2	2	1	0	14	Sedang
H	20 – 35 tahun	Tamat SMP	Tidak	0	1	2	2	2	2	2	1	2	1	15	Berat
RS	20 – 35 tahun	Tamat SMA	Tidak	0	0	2	2	1	2	1	2	0	0	10	Sedang
YS	< 20 tahun	Tamat SD	Tidak	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	13	Sedang
ES	20 – 35 tahun	Tamat SMA	Ya	2	1	1	1	1	1	2	1	1	0	11	Sedang
J	20 – 35 tahun	Tamat SMP	Tidak	1	2	2	1	1	1	2	1	2	0	13	Sedang
KJ	< 20 tahun	Perguruan Tinggi	Tidak	1	2	2	2	2	2	1	2	1	0	15	Berat
CL	20 – 35 tahun	Perguruan Tinggi	Ya	0	2	1	1	1	2	2	1	1	0	11	Sedang

