

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Postpartum di RSUD I.A Moeis Samarinda

Dwi Sulistyaningsih^{1*}, Tri Wijayanti²

^{1,2}Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, Samarinda, Indonesia.

*Kontak Email: sulistyadwi93@gmail.com

Diterima: 05/08/19

Revisi: 03/09/19

Diterbitkan: 31/08/20

Abstrak

Tujuan studi: Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi postpartum di RSUD I.A Moeis Samarinda.

Metodologi: Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif korelatif. Pengambilan sampel menggunakan teknik *point time approach*, dengan jumlah sampel sebanyak 136 responden. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS).

Hasil: Hasil penelitian ini Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada ibu postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah I.A Moeis Samarinda dengan menggunakan uji *Chi square* maka H_0 ditolak sehingga secara statistik terdapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara variabel dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada ibu postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah I.A Moeis Samarinda dengan tingkat kesalahan (α) 0.05, hasil *p value* yang didapatkan signifikan (0.04) yang berarti $p < 0.05$.

Manfaat: Melalui dukungan keluarga sebagai salah satu bentuk dukungan sosial, seorang ibu setelah melahirkan dapat melakukan penyesuaian yang lebih baik dalam masa nifasnya.

Abstract

Purpose of study: The purpose of this study was to determine the relationship between family support and the level of postpartum depression in I.A Moeis Samarinda Hospital.

Methodology: This study uses a correlative descriptive study design. Sampling uses a point time approach technique, with a total sample of 136 respondents. Data collection techniques using the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) questionnaire.

Results: The results of this study The relationship of family support with the level of depression in postpartum mothers at the IA Moeis Regional General Hospital Samarinda using the Chi square test then H_0 was rejected so statistically there was concluded that there was a significant relationship between family support variables with the level of depression in postpartum mothers at home Regional General Hospital IA Moeis Samarinda with an error rate (α) of 0.05, the results of *p value* obtained are significant (0.04) which means $p < 0.05$.

Applications: Through family support as a form of social support, a mother after giving birth can make better adjustments during her childbirth.

Kata kunci: Dukungan Keluarga, Tingkat Depresi Postpartum

1. PENDAHULUAN

Melahirkan dan merawat seorang anak seharusnya menjadi suatu peristiwa yang membahagiakan bagi wanita dimana kehadiran seorang anak ialah anugerah bagi setiap keluarga. Diluar kebahagiaan tersebut, peristiwa kehamilan itu mempunyai arti emosional yang sangat besar bagi setiap wanita. Kehamilan dan kelahiran akan membawa perubahan yang sangat besar bagi seorang wanita, disamping perubahan fisik juga terdapat banyak perubahan kondisi psikisnya, oleh karena itu dalam menghadapi kehamilan dan kelahiran dibutuhkan persiapan fisik dan psikis (Regina, 2017). Banyak Ibu-ibu yang melewati masa-masa perubahan yaitu mengalami perubahan fisik dan psikologis seperti pada saat Masa *Postpartum* (*peurperium*) yaitu masa dimana setelah plasenta lahir dan berakhir ketika organ-organ kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kurang lebih 6 minggu. Masa *Postpartum* merupakan fase transisi yang dapat menyebabkan krisis kehidupan pada ibu dan keluarga. Pada masa ini ibu akan mengalami perubahan fisik dan psikologis perubahan fisik yang dimaksud ialah adanya perubahan organ-organ reproduksi dan organ tubuh lainnya (Angraini dalam Asmayanti 2017). Kemampuan ibu dalam beradaptasi sangat dipengaruhi oleh usia, sosial, suku, budaya, dan faktor demografi. Upaya perawat dibutuhkan untuk meningkatkan kemampuan ibu dan seluruh anggota keluarga untuk beradaptasi (Bobak et al dalam Asmayanti., 2017). Depresi postpartum atau depresi pasca persalinan merupakan kondisi yang dapat terjadi oleh perempuan pada periode pasca persalinan. Tidak seseorang pun yang menduga akan mengalami hal tersebut, karena pada umumnya perempuan yang hamil, terutama yang pertama kali, tentu sangat menantikan kehadiran bayinya. (Elvira 2016). Faktor utama yang mempengaruhi depresi postpartum adalah dukungan sosial yang diberikan oleh suami dan keluarga. Dukungan suami dan keluarga yaitu *emotional relationship*, komunikasi dan kedekatan serta kepuasan perkawinan. Resiko depresi akan semakin meningkat apabila ibu yang melahirkan tidak memperoleh dukungan dari suami dan keluarga (Hidayat, 2017). Masalah depresi *postpartum* ini sudah banyak dilaporkan dengan tingkat insiden yang bervariasi di seluruh dunia. insiden kasus depresi *postpartum* di beberapa negara yaitu di Kolombia (13,6%), Dominika (3%), dan Vietnam (19,4%). Soep (2009) melaporkan hasil 3 penelitian dari O'Hara dan Swain bahwa kasus depresi *postpartum* masih banyak terjadi di beberapa negara maju seperti di Belanda (2%-10%), Amerika Serikat (8%- 26%), dan

Kanada (50%-70%). Penelitian dari O'Hara dan Swain bahwa kasus depresi *postpartum* masih banyak terjadi di beberapa negara maju seperti di Belanda (2%-10%), Amerika Serikat (8%-26%), dan Kanada (50%-70%). Di Indonesia, insiden kasus depresi *postpartum* bervariasi yaitu di Bandung mencapai 30% (2002), Medan mencapai 48,4% (2009), dan Jatinegara, Jakarta, serta Matraman mencapai 76% (2010). Pieter & Lubis (Kusumadewi, 2010) menyatakan 50–70% dari seluruh wanita paska melahirkan akan mengalami sindrom ini. Sedangkan di Indonesia menurut Hidayat yaitu 50–70% dan hal ini dapat berlanjut menjadi depresi *postpartum* dengan jumlah bervariasi dari 5% hingga lebih dari 25% setelah ibu melahirkan. (Bobak *et al.* dalam Asmayanti, 2017). Ketika mengalami kecemasan dalam menghadapi persalinan maka dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh ibu hamil agar dapat menentramkan dan menenangkannya. Dengan segala permasalahan dan kecemasan serta ketakutan yang dialami oleh ibu post partum. Ada beberapa bentuk dukungan, yaitu dukungan emosional, dukungan harga diri, dukungan perangkat, dukungan informasi dan dukungan jaringan sosial. Dukungan dapat diperoleh dari keluarga yang terdiri dari suami, orang tua, ataupun keluarga dekat lainnya. Dukungan yang penuh dari anggota keluarga penting bagi ibu melahirkan terutama dukungan dari suami. (Taylor dalam Mahmudah 2016).

Selama periode ini sikap istri menjadi lebih sensitif dan cenderung berperasa, cemas, takut, gelisah, atau kadang-kadang terjadi perubahan perasaan yang mendadak, sebentar senang lalu cepat bisa menjadi marah lagi. Si istri sering meminta dan menuntut macam-macam kepada suaminya. Ia kadang-kadang tenggelam dalam perasaan yang mendalam dan sering menangis. Dukungan keluarga terutama dukungan yang didapatkan dari suami akan menimbulkan ketenangan batin dan perasaan senang dalam istri (Dagun dalam Mahmudah 2016). Menurut penelitian Marks dan kumar (Oktavia dalam Mahmudah, 2016) menunjukkan bahwa kecemasan yang dialami oleh wanita hamil lebih banyak terdapat pada mereka yang kurang mendapat dukungan sosial. Faktor yang dapat mengurangi kecemasan yang terjadi pada wanita yang akan melahirkan adalah adanya dukungan keluarga misalnya dari suami, orang tua, mertua, dan dukungan dari keluarga lainnya. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Sedangkan Depresi *postpartum* merupakan istilah yang digunakan pada pasien yang mengalami berbagai gangguan emosional yang timbul setelah melahirkan, khususnya pada gangguan depresi spesifik terjadi pada 10-15% wanita pada tahun pertama setelah melahirkan. Bagi kebanyakan wanita, proses kehamilan dan persalinan adalah proses yang dilalui dengan kegembiraan dan kecemasan serta suka cita. 10-15% wanita dari kehamilan dan persalinan menunjukkan kecemasan yang dialami wanita hamil lebih banyak terdapat pada mereka yang tidak mendapat dukungan social baik dari suami maupun keluarga, dari aspek tersebut maka mereka harus mempersiapkan diri dengan lebih memperhatikan perawatan kesehatannya dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. (Purwanto, 2010). Sedangkan menurut Andarmayo, (2017) keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain yang diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama. Menurut Murwani (2007) mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga, sebagai berikut :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yaitu basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif. Hal itu dapat dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga. Dengan demikian, keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri positif. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah:

- a) Saling mengasuh : cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, mendapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota yang lain. Maka, kemampuannya untuk memberikan kasih sayang meningkat, yang pada akhirnya tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung. Hubungan intim didalam keluarga merupakan modal dasar dalam memberi hubungandengan orang lain diluar keluarga/masyarakat.
- b) Saling menghargai. Bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim yang positif, maka fungsi afektif akan tercapai.
- c) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga dimulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru. Ikatan antar anggota keluarga dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga. Orang tua harus mengembangkan proses identifikasi yang positif sehingga anak-anak meniru tingkah laku yang positif dari kedua orang tuanya.

2) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Keluarga adalah tempat individu untuk belajar bersosialisasi, misalnya anak yang baru lahir dia akan menatap ayah, ibu dan orang-orang yang disekitarnya. Kemudian beranjak balita dia mulai belajar bersosialisasi dengan lingkungan sekitar meskipun demikian keluarga tetap berperan penting dalam bersosialisasi. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar norma-norma budaya dan perilaku melalui hubungan dan interaksi keluarga.

3) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan biologis pada pasangan tujuan untuk membentuk keluarga adalah untuk meneruskan keturunan.

4) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan akan makanan, pakaian, dan tempat tinggal. Banyak pasangan saat ini kita lihat dengan penghasilan yang tidak seimbang antara suami dan istri hal ini menjadikan permasalahan yang berujung pada perceraian.

5) Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberi asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan.

Menurut [Andarmayo dalam Nurwulan \(2017\)](#) tugas`keluarga adalah sebagai berikut :

- 1) Mengetahui masalah kesehatan.
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
- 4) Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- 5) Mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

Menurut [Donsu,dalam Nurwulan \(2017\)](#) tugas keluarga :

- 1) Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
- 2) Pemeliharaan sumber- sumber daya yang ada dalam keluarga
- 3) Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing- masing.
- 4) Sosialisasi antar anggota keluarga.
- 5) Pengaturan jumlah anggota keluarga.
- 6) Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.
- 7) Penempatan anggota- anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas.
- 8) Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga.

Dukungan keluarga menurut [Friedman dalam Nurwulan \(2017\)](#) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

[Murniarsih \(2017\)](#) menyatakan dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Menurut [Harnilawati \(2013\)](#), keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan yaitu :

1) Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu . Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternative berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

2) Dukungan instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan financial dan material berupa bantuan nyata (*Instrumental support material,support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk didalamnya bantuan langsung,seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang,membantu pekerjaan sehari-hari,menyampaikan pesan,menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah.Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

3) Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yaitu baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feed back*. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberian informasi.

4) Dukungan emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional,sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman,merasa dicintai,empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat. Menurut [Purnawan \(2008\)](#) faktor- faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah :

1) Faktor internal

a) Tahap perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

b) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

c) Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan coping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin.

d) Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

2) Eksternal

a) Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

b) Faktor sosio-ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

c) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

Depresi postpartum adalah depresi yang bersifat sementara setelah persalinan, dan merupakan penyakit medis yang bisa diobati, tidak ada yang tahu pasti penyebab depresi pasca melahirkan. Penurunan hormone estrogen dan progesteron, kurang tidur dan perubahan identitas serta tanggung jawab dapat memicu depresi postpartum, (Al Muhaish, *et all* 2017).

Menurut ahli, depresi postpartum merupakan salah satu depresi yang memiliki sifat sementara terkait atau berhubungan dengan persalinan serta kehamilan, adanya perubahan perilaku, sikap, pikiran, bahkan fisik untuk memiliki anak (kehamilan serta persalinan). Gangguan *mood* selama periode postpartum merupakan salah satu gangguan yang paling sering pada wanita baik primipara maupun multipara Menurut DSM-IV, gangguan pascasalin diklasifikasikan 3 tahap, yaitu :

1) *Baby blues*

Merupakan yang paling ringan dan berlangsung beberapa hari saja. Gejala berupa perasaan sedih, khawatir tanpa alasan yang jelas, hal ini berlangsung beberapa hari saja kemudian pelan-pelan ibu pulih kembali dan mulai bisa menyesuaikan diri dengan kehidupan barunya.

2) Depresi postpartum

Pada tahap ini lumayan lebih berat tingkat keparahannya yang membedakan adalah ibu tidak dapat tidur atau sulit untuk tidur.

3) Psychosis postpartum

Tahap ini yang paling parah ibu dapat mengalami halusinasi, memiliki keinginan untuk bunuh diri.

Ada 4 faktor depresi postpartum, yaitu :

1) Faktor Konstitusional

Gangguan postpartum berkaitan dengan status paritas meliputi riwayat obstetri pasien yaitu riwayat kehamilan sampai melahirkan serta apakah ada komplikasi dari hamil sampai persalinan dan riwayat persalinan yang lalu terjadi pada primipara. Karena wanita primipara lebih banyak mengalami *babyblues* karena setelah melahirkan berada pada proses adaptasi, kalau dulu hanya memikirkan diri sendiri begitu bayinya lahir ibu tidak paham perannya, sementara bayi harus tetap dirawat.

2) Faktor fisik dan biologis

Perubahan fisik setelah proses persalinan merupakan faktor penting karena perubahan hormon secara drastis, kadang-kadang hormone progesterone, estrogen dan prolaktin yang terlalu tinggi atau terlalu rendah dalam masa nifas merupakan faktor penyebabnya.

3) Faktor psikologis

Semakin besar trauma fisik yang ditimbulkan pada saat proses persalinan maka akan semakin besar pula trauma psikis yang muncul yang memungkinkan ibu mengalami depresi postpartum.

4) Faktor Sosial dan karakteristik ibu, Kurangnya dukungan dalam keluarga/perkawinan.

Faktor penyebab lain yang mempengaruhi terjadinya depresi postpartum adalah :

- a) Faktor usia
- b) Faktor dukungan sosial
- c) Faktor Hormone
- d) Karakter ibu
- e) Faktor biologi
- f) Faktor pengalaman
- g) Faktor persalinan
- h) Faktor pekerjaan
- i) Berkurangnya energi
- j) Penurunan efek
- k) Hilangnya minat (*anhedonia*)

Gejala lain yang terjadi pada depresi postpartum ada yang terlihat dan adapula yang tidak terlihat yang hanya diketahui oleh ibu yang mengalami depresi, yaitu :

- 1) Ibu tidak akan merasa tidur jika bayinya tidur
- 2) Perasaan emosi yang meningkat, sensitive, cemas
- 3) Ibu mengalami perasaan sedih, merasa tertekan
- 4) Tidak nafsu makan bahkan penurunan berat badan dan tidak memikirkan kebutuhan nutrisi bayi
- 5) Ibu merasa bersalah dan hal ini yang terjadi diluar kuasanya, namun merasa bersalah dan menanggungnya sendiri
- 6) Ibu tidak bisa berkonsentrasi dengan baik, merasa lelah dan perubahan *mood*
- 7) Ibu tidak mencintai bayinya, ingin menyakiti bayinya dan dirinya sendiri
- 8) Ibu tidak mampu memutuskan hal kecil seperti kapan bayinya akan dimandikan atau bagaimana menjemur bayinya dibawah sinar matahari di pagi hari.

Untuk mencegah terjadinya depresi postpartum sebagai anggota keluarga harus memberikan dukungan emosional kepada ibu dan jangan mengabaikan ibu apabila terlihat sedih, dan saran kepada ibu adalah :

- 1) Beristirahat dengan baik
- 2) Berolahraga ringan dengan rutin
- 3) Berbagi cerita dengan orang lain
- 4) Bersikap fleksibel
- 5) Bergaul dengan orang-orang disekitar tempat tinggal
- 6) Berkonsultasi dengan dokter

Adapun yang mempengaruhi depresi pada ibu-ibu postpartum ([Martha Moraitou, PhD, 2010](#)), yaitu:

1) Umur

Masa dewasa merupakan dari bentuk lampau kata *adultus* yang berarti telah tumbuh menjadi kekuatan atau ukuran yang sempurna atau telah menjadi dewasa. ([Myers and Johns, 2018](#)) mengatakan bahwa masa dewasa awal dimulai pada umur 18 tahun sampai umur 40 tahun, saat perubahan-perubahan fisik dan psikologis yang menyertai berkurangnya kemampuan reproduktif. Menurut perkembangannya, Tiga teori Levinson, Gilligan dan Diekelman ([Potter & Perry, 2005](#)), penelitian klasik lama oleh Levinson telah mengidentifikasi fase-fase perkembangan dewasa awal dan tengah, antara lain: awal transisi dewasa (umur 18-20 tahun), memasuki dunia kedewasaan (umur 21-27 tahun), masa transisi (umur 28-32 tahun), masa tenang (umur 33-35) dan tahun keberhasilan (umur >35 tahun), jadi bisa disimpulkan bahwa usia dewasa termasuk pada golongan 20-35 tahun. Sedangkan usia ibu hamil adalah usia ibu yang diperoleh melalui pengisian kuesioner. Penyebab depresi dari faktor reproduksi diantaranya adalah maternal age/usia ibu. Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Depresi pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari pada depresi yang terjadi pada usia 20 sampai 29 tahun. Depresi meningkat kembali sesudah usia 30 sampai 35 tahun ([Sarwono, 2008](#)). Usia seorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, berisiko tinggi untuk melahirkan. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil harus siap fisik, emosi, psikologi, sosial dan ekonomi ([Ruswana, 2006](#)). Umur berpengaruh terhadap kejadian depresi postpartum, namun sebagian besar ibu yang mengalami depresi postpartum berusia 20-35 tahun, meskipun pada beberapa kasus depresi postpartum umumnya terjadi pada ibu melahirkan yang usia muda < 20 tahun. Hal ini kemungkinan karena kurangnya persiapan ibu untuk memiliki anak karena jika ditinjau dari aspek psikis wanita pada usia 20-35 seharusnya memiliki pemikiran yang matang misalnya dalam pengambilan keputusan. Selain itu, usia tersebut merupakan usia yang aman untuk melakukan kehamilan dan persalinan. Tingginya kejadian depresi postpartum pada usia tersebut kemungkinan karena faktor lain seperti masalah sosial ekonomi, sebagaimana penghasilan keluarga sebagian besar mempengaruhi terhadap tingkat depresi ibu.

2) Pendidikan

Pola pikir individu dalam hal penerimaan dan pemahaman atas informasi tersebut yang dapat berpengaruh terhadap pengetahuan yang bersangkutan dan lingkungan sekitar ([Notoatmajo, 2010](#)). Sikap positif yang timbul dari suatu perilaku.

Terwujudnya niat menjadi perilaku tergantung pada beberapa faktor seperti lingkungan sekitar, norma, aturan, dan sebagainya.

3) Pekerjaan

Bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu, bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga yang pada kenyataannya bahwa rutinitas dan aktivitas pekerjaan secara umum memang lebih banyak menyita waktu, pikiran dan tenaga (Nursalam, 2010). Pekerjaan suami atau seorang istri dapat mempengaruhi tingkat depresi seorang ibu, karena disini jika para ibu bekerja sebagai ibu rumah tangga, beban berat yang ditanggung ibu dalam mengurus keluarga, mengurus rumah yang bahkan harus dikerjakan lebih ekstra.

4) Paritas

Paritas adalah keadaan melahirkan anak baik hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya. Dengan demikian, kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas (Stedman, 2003). Jumlah paritas merupakan salah satu komponen dari status paritas yang sering dituliskan dengan notasi G-P-Ab, dimana G menyatakan jumlah kehamilan (gestasi), P menyatakan jumlah paritas, dan Ab menyatakan jumlah abortus. Sebagai contoh, seorang perempuan dengan status paritas G₃P₁Ab₁, berarti perempuan tersebut telah pernah mengandung sebanyak dua kali, dengan satu kali paritas dan satu kali abortus, dan saat ini tengah mengandung untuk yang ketiga kalinya (Stedman, 2003).

5) Penghasilan keluarga

Penghasilan yang diperoleh dapat mempengaruhi faktor lingkungan sekitar, misalkan dalam hal keuangan. Jika para ibu mempunyai penghasilan lebih, maka mereka tidak akan tertekan karena masalah keuangan, namun jika penghasilan berkurang dari kebutuhan sehari-hari, akan menyebabkan masalah pribadi yang akan mempengaruhi tingkat depresi ibu-ibu postpartum. Penghasilan suami memungkinkan kan untuk meningkatkan depresi pada ibu postpartum, karena pada saat usai kelahiran biaya akan membengkak untuk membeli peralatan bayi, yang dimana pengeluaran akan lebih besar, jika penghasilan suami kecil maka dalam katagori ini ibu postpartum akan mengalami stress yang akhirnya akan berdampak pada bayi.

1. Konsep Ibu Post Partum

a. Definisi Ibu

Ibu menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah wanita yang telah melahirkan seseorang, maka anak harus menyayangi ibu, sebutan untuk wanita yang sudah bersuami. Panggilan yang takzim kepada wanita baik yang sudah bersuami maupun yang belum. Ibu adalah seseorang yang mempunyai banyak peran, peran sebagai istri, sebagai ibu dari anak-anaknya, dan sebagai seseorang yang melahirkan dan merawat anak-anaknya. Ibu juga bisa menjadi benteng bagi keluarganya yang dapat menguatkan setiap anggota keluarganya (Sara Thurgood, BS, *et all*, 2009).

b. Definisi Postpartum

Masa nifas atau *post partum* disebut juga *puerperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata "Puer" yang berarti bayi dan "Parous" yang berarti melahirkan. Masa nifas (*Puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Periode *postpartum* adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Periode ini kadang disebut *puerperium* atau trimester ke empat kehamilan (Allades, 2014).

c. Tahap- tahap masa post partum

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahapan menurut Bobak dalam Setiyaningrum (2015) yaitu :

- 1) *Peurperium* dini (*immediate puerperium*) waktu 0-24 jam postpartum, yaitu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan- jalan.
- 2) *Peurperium* intermedial (*early puerperium*) : waktu 1-7 hari postpartum, yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6-8 minggu.
- 3) *Remote Puerperium* (*laterpuerperium*) : waktu 1-6 minggu postpartum. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu apabila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

d. Perubahan fisiologis masa post partum

Perubahan sistem reproduksi masa nifas menurut Bobak et all dalam Setiyaningrum (2015) yaitu :

- 1) Involusi uterus
Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil.
- 2) Tempat plasenta
Segera setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontriksi vascular dan thrombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur.
- 3) Serviks (mulut rahim)
Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan 18 jam setelah pascapartum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi padat dan kembali ke bentuk semula.
- 4) Lochea
Pada awal masa nifas, peluruhan jaringan desidua menyebabkan keluarnya *discharge* vagina dalam jumlah bervariasi. Secara mikroskopis, lochea terdiri atas eritrosit, serpihan desidua, sel-sel epitel dan bakteri. mikroorganisme ditemukan pada lokia yang menumpuk divagina dan pada sebagian besar kasus juga ditemukan bahkan bila *discharge* diambil dari rongga uterus (Asli Goker *et all*, 2012). Pengeluaran lochea menurut Asli Goker (2012) dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, diantaranya :

- a) Lochea rubra atau merah (kruenta)

Lochea rubra mengandung darah dan debris desidua serta debris trofoblastik aliran menyambur, menjadi merah muda atau coklat setelah 3-4 hari [Asli Goker \(2012\)](#).

b) Lochea serosa

Lochea serosa ini muncul sekitar 10 hari setelah bayi lahir. Mengandung darah lama (old blood), serum leukosit, dan debris jaringan. Warna cairan ini menjadi kuning sampai putih [Asli Goker \(2012\)](#).

c) Lochea alba

Lochea alba muncul setelah 10 hari masa nifas/post partum. Akibat campuran leukosit dan berkurangnya kandungan cairan, lokia menjadi berwarna putih atau putih kekuningan ([Asli Goker \(2012\)](#)).

e. Perubahan Vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali ke keadaan tidak hamil. Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan, pada post natal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan ([Marmi dalam Setiyaningrum, 2015](#)).

f. Perubahan sistem pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh. Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mengalami penurunan. Faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal. Pola makan ibu nifas tidak akan seperti biasa dalam beberapa hari dan perineum ibu akan terasa sakit untuk defekasi. Faktor-faktor tersebut mendukung terjadinya konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama ([Emma Robertson PhD, et al 2008](#)).

g. Perubahan Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama post melahirkan. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone esterogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan itu menyebabkan deuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

h. Perubahan psikologi masa postpartum

Perubahan sistem reproduksi masa nifas/post partum menurut [Marmi \(2015\)](#) yaitu : Masa nifas adalah masa 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu berikutnya. Waktu yang tepat dalam rangka pemulihan post partum adalah 2-6 jam, 2 jam-6 hari, 2 jam-6 minggu (atau boleh juga disebut 6 hari 6 minggu). Menjadi orang tua adalah merupakan krisis dan melewati masa transisi menurut [Marmi 2015](#). Masa transisi pada post partum yang harus diperhatikan adalah :

1) Phase Honeymon

Phase Honeymon adalah phase anak lahir dimana terjadi intimasi dan kontak yang lama antara ibu - ayah – anak, dimana masing-masing saling memperhatikan anaknya dan menciptakan hubungan yang baru.

2) Ikatan Kasih (Bonding dan Attachment)

Terjadi pada kala IV, dimana diadakan kontak antara ibu-ayah-anak, dan tetap dalam iktan kasih.

3) Phase pada masa nifas

Penyesuaian psikologi pada masa nifas menurut Reva Rubbin 1960 dalam [Setiyaningrum 2015](#) dibagi dalam 3 tahap yaitu :

a) Takking in (1-2 hari post partum)

Fase ini dikenal dengan fase ketergantungan dimana wanita menjadi sangat pasif dan sangat tergantung sertaberfokus pada dirinya. Sendiri. Pada fase ini ibu juga mengenang pengalaman melahirkan yang baru saja dialami. Untuk pemulihan, ibu perlu istirahat atau tidur untuk mencegah gejala kurang tidur.

b) Taking Hold (2-4 hari post partum)

Fase Taking Hold disebut dengan fase ketergantungan dan ketidaktergantungan. Pada tahap ini ibu khawatir akan kemampuannya merawat bayinya dan khawatir tidak mampu bertanggung jawab untuk merawat bayinya, cara menggendong dan menyusui, memberikan minum, dan mengganti popok. Pada tahap ini ibu sangat sensitive akan ketidakmampuannya dan mudah tersinggung.

c) Letting Go

Tahap ini dimulai pada minggu kelima sampai minggu keenam dan pada fase ini keluarga telah menyesuaikan diri dengan bayi. Ibu merawat bayinya dengan kegiatan sehari-hari yang telah kembali.

i. Masalah Psikologis ibu postpartum

Perubahan emosional pada ibu post partum menurut [Bobak dalam Setiyaningrum \(2015\)](#) yaitu :

1) Baby Blues

Baby blues pasca bersalin, karena perubahan yang tiba-tiba dalam kehidupan, merasa cemas dan takut dengan ketidakmampuan merawat bayinya dan merasa bersalah. Perubahan emosi ini dapat membaik dalam beberapa hari setelah ibu dapat merawat diri dan bayinya serta mendapat dukungan keluarga.

2) Depresi Postpartum

Depresi postpartum adalah depresi yang bervariasi dari hari ke hari dengan menunjukkan kelelahan, mudah marah, gangguan nafsu makan kehilangan libido (kehilangan selera untuk berhubungan intim dengan suami). Kriteria untuk mengklasifikasikan depresi pasca partum bervariasi tetapi sering pada sindrom afektif/emosi yang terjadi selama enam bulan setelah melahirkan. Namun, pengalaman depresi yang dialami juga menunjukkan konsentrasi buruk, perasaan bersalah, kehilangan energy dan aktivitas sehari-hari.

3) Psikosis Postpartum

Psikosis Postpartum ialah krisis psikiatri yang paling parah. Gejalanya seringkali bermula dengan post partum blues atau depresi postpartum. Waham, Halusinasi, konfusi dan panik bisa muncul. Wanita tersebut dapat memperlihatkan gejala yang menyerupai skizofrenia dan kerusakan psikoafektif. Perawatan dirumah sakit selama beberapa bulan mungkin diperlukan. Bunuh diri atau bahaya pada bayi atau keduanya merupakan bahaya psikosis terbesar.

2. METODOLOGI

Pada penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi "*Correlation Study*" yaitu penelitian atau penelaahan hubungan antara dua variabel pada suatu situasi sekelompok subyek dengan pendekatan "*Cross-sectional*". Variabel Penelitian, variabel bebas (*independent variable*) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas pada penelitian ini adalah dukungan keluarga dan variabel dependennya tingkat depresi pada ibu postpartum dan untuk membantu peneliti dalam mempermudah pengolahan dan perumusan data peneliti menggunakan software IBM SPSS Statistic 24 sebagai perangkat dalam mengolah dan merumuskan data penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah 136 ibu postpartum yang diambil di poli kebidanan dan ruang rawat inap (karang asam) dengan teknik *Sample random sampling* dengan kriteria inklusi yaitu : Ibu postpartum hari perawatan ke-0 sampai dengan ke-7 di RSUD I.A Moeis Samarinda, serta bersedia menjadi responden dan kriteria eksklusinya yaitu : Ibu yang mengalami gangguan mental, serta Ibu yang tidak bersedia menjadi responden. Penelitian ini telah dilakukan di RSUD I.A Moeis Samarinda. Alasan peneliti memilih lokasi RSUD I.A Moeis Samarinda sebagai tempat melakukan penelitian ini dikarenakan pada saat peneliti melakukan studi pendahuluan ke RSUD I.A Moeis Samarinda pada saat itu peneliti menemukan 5 pasien ibu postpartum dari jumlah tersebut ada sebanyak 3 orang ibu didampingi suami atau keluarganya, dan 2 orang diantaranya tidak didampingi. Hasil wawancara kepada keluarga yang mengantar atau mendampingi merasa senang atas kelahiran anak pertama mereka, dan sebanyak 2 orang tidak didampingi oleh keluarganya ibu terlihat sendiri tanpa kehadiran keluarganya dengan alasan pasien jauh dari keluarganya atau persalinan yang diluar taksiran partus. Peneliti mengumpulkan data dengan cara memberikan kuesioner Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) yang langsung diisi oleh responden, yang sebelumnya peneliti akan memberikan penjelasan kepada responden sebelum mengisi kuesioner yang diberikan oleh peneliti.

2.1 Karakteristik responden

1. Umur responden

Tabel 1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur ibu postpartum Periode Maret 2019-Mei 2019

No	Kelompok Umur	Frekuensi	%
1	<20 Tahun	13	9.6
2	20-35 Tahun	92	67.6
3	>35 Tahun	31	22.8
Total		136	100.0

Sumber: Data primer 2019

Berdasarkan Tabel 1 diperoleh bahwa dari 136 responden terdapat 92 responden (67.6%) keluarga yang berumur 20-35 tahun, 31 responden (22.8%) keluarga yang berumur >35 tahun, serta 13 responden (9.6%) keluarga yang berumur <20 tahun.

2. Pendidikan terakhir responden

Tabel 2 Distribusi frekuensi untuk responden berdasarkan tingkat pendidikan ibu postpartum Periode Maret 2019-Mei 2019.

No	Tingkat pendidikan	Frekuensi	%
1	SD	25	18.4
2	SMP	27	19.9
3	SMA	75	55.1
4	PT	9	6.6
Total		136	100.0

Sumber: Data primer 2019

Berdasarkan Tabel 2 diperoleh bahwa dari 136 responden terdapat 75 responden (55.1%) keluarga yang berpendidikan SMA, 27 responden (19.9%) keluarga yang berpendidikan SMP, 25 responden (18.4%) keluarga yang berpendidikan SD, 9 responden (6.6%) keluarga yang berpendidikan PT.

3. Pekerjaan responden sekarang

Tabel 3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan ibu postpartum Periode Maret 2019-Mei 2019.

No	Kelompok Pekerjaan	Frekuensi	%
1	Bekerja	4	3
2	Tidak Bekerja	132	97
Total		136	100.0

Sumber: Data primer 2019

Berdasarkan tabel 3 di atas diperoleh bahwa 136 responden terdapat 132 responden (97%) yang tidak bekerja (IRT), 4 responden (3%) yang bekerja.

4. Paritas ibu post partum

Tabel 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan paritas ibu postpartum Periode Maret 2019-Mei 2019.

No	Kelompok paritas	Frekuensi	%
1	Primi Gravida	45	33
2	Multi Gravida	91	67
Total		136	100.0

Sumber: Data primer 2019

Berdasarkan tabel 4 di atas diperoleh bahwa 136 responden terdapat 91 responden (67%) yang memiliki paritas multi gravid dan 45 responden (33%) memiliki paritas primi gravid.

5. Penghasilan keluarga ibu post partum

Tabel 5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan penghasilan ibu postpartum Periode Maret 2019-Mei 2019.

No	Kelompok Penghasilan	Frekuensi	%
1	Rp. 500.000-1.000.000	8	5.9
2	Rp. 1.500.000-2.000.000	55	40.4
3	Rp. >2.000.000	73	53.7
Total		136	100.0

Sumber: Data primer 2019

Berdasarkan Tabel 5 diperoleh bahwa 136 responden Penghasilan perbulannya didapatkan bahwa pendapatan sebesar Rp. >2.000.000 sebanyak 73 responden (53.7%), Rp. 1.000.000-2.000.000 sebanyak 55 responden (40.4%), dan untuk Rp. 500.000-1.000.000 sebanyak 8 responden (5.9%).

6. Dukungan keluarga terhadap ibu post partum

Tabel 6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan keluarga terhadap ibu postpartum Periode Maret 2019-Mei 2019.

No	Dukungan keluarga	Frekuensi	%
1	Mendukung	63	46.3
2	Tidak mendukung	73	53.7
Total		136	100.0

Sumber: Data primer 2019

Berdasarkan tabel 6 diperoleh bahwa dari 136 responden terdapat 73 responden (53.7%) yang tidak mendukung sedangkan 63 responden (46.3%) lainnya mendukung para ibu postpartum.

2.2 Tingkat depresi ibu post partum

Tabel 7 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan ibu postpartum Periode Maret 2019-Mei 2019.

No	Tingkat Depresi	Frekuensi	%
1	Tidak depresi	30	22.1
2	Depresi	106	77.9
Total		136	100

Sumber:

Data primer 2019

Berdasarkan tabel 7 diperoleh bahwa dari 136 responden terdapat yang mempunyai tingkat depresi sebanyak 106 responden (77.9%), serta tidak depresi sebanyak 30 responden (22.1%). Kesimpulan dari data diatas bahwa ibu-ibu postpartum banyak depresi setelah postpartum

Tabel 8 analisis bivariat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi ibu postpartum di RSUD I.A Moeis samarinda

No	Dukungan Keluarga	Tingkat depresi		Jumlah	P value
		Tidak Depresi	Depresi		

		N	%	N	%	N	%	
1	Mendukung	9	6.6	54	39.7	63	46.3	
2	Tidak mendukung	21	15.5	52	38.2	73	53.7	0.04
	Total	30	22.1	106	77.9	136	100	

Sumber: Data Primer 2019

Analisis bivariat pada tabel 8 menggunakan teknik analisis *Chi-Square*. Berdasarkan data di atas diketahui hasil *Chi square* dengan tingkat kesalahan (α) 0.05, hasil *p value* yang didapatkan signifikan (0.04) yang berarti *p value* < 0.05, maka H_0 ditolak sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara variabel dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada ibu postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah I.A Moeis samarinda.

3. HASIL DAN DISKUSI

3.1 Karakteristik Responden

a. Umur Responden

Hasil penelitian ini diketahui bahwa umur paling banyak yaitu 20-35 tahun sebanyak 89 orang (65%), hal ini terjadi karena responden adalah ibu-ibu postpartum, jadi wajar jika umur ibu merupakan umur yang memasuki usia dewasa. Usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun, semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja, dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dan orang yang belum tinggi kedewasaannya, hal ini sebagai pengalaman dan kematangan jiwa (Wawan, 2010). Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Martini (2014) dengan menunjukkan bahwa usia ibu postpartum yang paling banyak adalah 20-35 tahun sebesar 47 responden (58.9%) dan yang paling sedikit adalah usia >35 tahun sebesar 23 responden (29.8%) di Puskesmas Rumbia Lampung Tengah. Penelitian ini juga didukung oleh Wijaya (2017) yang menunjukkan bahwa usia 20-35 tahun merupakan usia paling banyak yang ada di Poliklinik Obgyn RSUD DR. Moewardi Surakarta sebesar 37 responden (33.3%). Menurut asumsi peneliti bahwa umur mempengaruhi pengetahuan seseorang yang terjadi disekitar mereka dikarenakan semakin meningkatnya umur seseorang, maka semakin meningkat juga pengalaman disekeliling mereka, baik maupun buruk mereka mengkonsep pengalaman tersebut menjadi pelajaran pribadi dan menjadikan pengetahuan bagi diri mereka sendiri.

b. Karakteristik berdasarkan pendidikan responden

Hasil penelitian ini diketahui bahwa dari pendidikan, proporsi tertinggi dari pendidikan terakhir responden yang paling banyak dari SMA sebanyak 75 responden (55.1%). Data tersebut menunjukkan bahwa pendidikan sebagian besar responden tergolong kurang baik. Pola pikir individu dalam hal penerimaan dan pemahaman atas informasi tersebut yang dapat berpengaruh terhadap pengetahuan yang bersangkutan dan lingkungan sekitar (Notoatmudo, 2005). Hal ini sesuai dengan pernyataan Adisty (2013) bahwa sikap positif yang timbul dari suatu perilaku. Terwujudnya niat menjadi perilaku tergantung pada beberapa faktor seperti lingkungan sekitar, norma, aturan, dan sebagainya. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Martini (2014) dengan menunjukkan bahwa pendidikan, proporsi tertinggi dari pendidikan terakhir responden yang paling banyak dari SMA sebanyak 78 responden (57.4%). Data tersebut menunjukkan bahwa pendidikan sebagian besar responden tergolong kurang baik di Puskesmas Rumbia Lampung Tengah. Penelitian ini juga didukung oleh Wijaya (2017) yang menunjukkan bahwa pendidikan terakhir ibu postpartum yaitu SMA merupakan pendidikan yang paling banyak yang ada di Poliklinik Obgyn RSUD DR. Moewardi Surakarta sebesar 40 responden (55.9%). Menurut asumsi peneliti bahwa pendidikan berpengaruh pada pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang di lingkungan wilayahnya, proporsi tertinggi pendidikan terakhir yaitu dari SMA, karena pendidikan dapat mempengaruhi seseorang dalam bertindak, maka pendidikan yang baik akan mampu mempengaruhi pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang dalam menyikapi sesuatu, semakin baik pengetahuan, sikap dan tindakannya, semakin baik pula perilaku dalam menata koping dalam menghadapi masalah yang datang. Maka dari itu, para ibu sudah memenuhi kriteria pendidikan yang layak untuk mendukung manajemen koping dalam diri mereka.

c. Karakteristik berdasarkan pekerjaan

Hasil penelitian ini diketahui bahwa dari 136 responden sebagian besar ibu postpartum tidak bekerja sebesar 132 responden (97%). Pekerjaan suami atau seorang istri dapat mempengaruhi tingkat depresi seorang ibu, karena disini jika para ibu bekerja sebagai ibu rumah tangga, beban berat yang ditanggung ibu dalam mengurus keluarga, mengurus rumah yang bahkan harus dikerjakan lebih ekstra (Purnawan, 2008). Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Martini (2014) dengan menunjukkan bahwa pekerjaan responden yang paling banyak adalah ibu rumah tangga (tidak bekerja) sebanyak 60 responden (58.3%) di Puskesmas Rumbia Lampung Tengah. Penelitian ini juga didukung oleh Wijaya (2017) yang menunjukkan bahwa pekerjaan ibu postpartum yang paling banyak yang ada di Poliklinik Obgyn RSUD DR. Moewardi Surakarta adalah ibu rumah tangga sebesar 62 responden (61%). Berdasarkan pendapat tersebut, peneliti berasumsi bahwa pekerjaan dapat berpengaruh, dimana ibu-ibu postpartum yang ada sebagian besar bekerja sebagai ibu rumah tangga sehingga memiliki waktu yang lebih banyak untuk mengurus rumah, namun dalam hal ini pekerjaan rumah lebih menyita energy dan pikiran seorang ibu karena harus membagi badan untuk mengurus segala kebutuhan keluarga besar, maka dari itu wajar saja jika para ibu lebih banyak depresi saat berada dirumah.

d. Karakteristik berdasarkan paritas

Hasil penelitian ini diketahui bahwa dari 136 responden didapatkan bahwa multi gravida lebih banyak 91 responden (67%) dari pada primi gravida yaitu 45 responden (33%). Jumlah paritas merupakan salah satu komponen dari status paritas yang sering dituliskan dengan notasi G-P-Ab, dimana G menyatakan jumlah kehamilan (gestasi), P menyatakan jumlah paritas,

dan Ab menyatakan jumlah abortus. Sebagai contoh, seorang perempuan dengan status paritas $G_3P_1Ab_1$, berarti perempuan tersebut telah pernah mengandung sebanyak dua kali, dengan satu kali paritas dan satu kali abortus, dan saat ini tengah mengandung untuk yang ketiga kalinya (Stedman, 2003). Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Martini (2014) dengan menunjukkan bahwa paritas ibu yang paling banyak adalah multi gravida sebanyak 60 responden (58.3%) di Puskesmas Rumbia Lampung Tengah. Penelitian ini juga didukung oleh Wijaya (2017) yang menunjukkan bahwa paritas ibu yang paling banyak yang ada di Poliklinik Obgyn RSUD DR. Moewardi Surakarta adalah multi gravida sebesar 62 responden (61%). Penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ekasari (2015) yang menyatakan bahwa paritas ibu kebanyakan multi gravida karena para ibu-ibu postpartum hamil dengan anak ke-2 atau lebih sebanyak 38 responden (47.5%). Dari pernyataan tersebut dapat diasumsikan bahwa para ibu-ibu postpartum memiliki lebih dari 1 anak yang disebut multigravida, mempunyai anak merupakan pekerjaan yang sangat mulia, namun jika para ibu tidak siap maka akan menjadi masalah dan tertekan. Apalagi jika sang kakak (anak pertama rewel atau sakit) maka akan menambah masalah dihati para ibu, karenanya tingkat stress para ibu akan lebih cepat meningkat dari pada biasanya.

e. Karakteristik berdasarkan penghasilan

Hasil penelitian ini diketahui bahwa dari 136 responden sebagian besar ibu postpartum terdapat 73 responden (53.7%) yang mempunyai penghasilan >Rp. 2.000.000 per bulan. Penghasilan yang diperoleh dapat mempengaruhi faktor lingkungan sekitar, misalkan dalam hal keuangan. Jika para ibu mempunyai penghasilan lebih, maka mereka tidak akan tertekan karena masalah keuangan, namun jika penghasilan berkurang dari kebutuhan sehari-hari, akan menyebabkan masalah pribadi yang akan mempengaruhi tingkat depresi ibu-ibu postpartum. Dalam penelitian Rahmadi (2016) menyatakan bahwa penghasilan yang tinggi bisa mempengaruhi koping seseorang dalam menghadapi masalah. Dari teori diatas, asumsi peneliti menyatakan bahwa penghasilan rata-rata perbulan dapat mempengaruhi aktivitas seseorang dan lingkungan sekitar. Pengaruh penghasilan sangat signifikan terhadap koping individu, semakin banyak penghasilan maka semakin tinggi kasta yang terjadi di lingkungan sekitar, membedakan tingkatan pergaulan di lingkungan sekitar. Oleh karena itu penghasilan perbulan berpengaruh dalam setiap tindakan dalam menangani setiap masalah, karena jika para ibu mempunyai penghasilan lebih, maka mereka akan memakai penghasilan tersebut untuk menyenangkan hati dan merilekskan diri.

3.2 Analisis Univariat

a. Dukungan Keluarga

Hasil penelitian ini diketahui bahwa dari dukungan keluarga, proporsi tertinggi yang paling banyak adalah tidak mendukungnya keluarga terhadap ibu-ibu postpartum sebanyak 73 responden (53.7%) dan yang mendukung sebanyak 63 responden (46.3%). Distribusi tingkat dukungan keluarga sebagian besar adalah mendukung. Kelelahan yang dialami oleh ibu postpartum mulai dari mengalami rasa sakit setelah melahirkan, mengurus bayi dan menyusui menyebabkan adanya keterbatasan pada ibu postpartum. Dalam kondisi ini sangat penting peran dari keluarga untuk memberikan berbagai dukungan yang dapat diterapkan dalam membantu ibu postpartum seperti mengganti popok bayi, menyendawakan bayi, menggendong, menenangkan bayi saat menangis, memberi pujian pada ibu postpartum saat menyusui bayinya dan lain-lain. Hal tersebut membuat ibu postpartum mendapat istirahat yang cukup dan merasa tenang. Soetjiningsih (2013) mengatakan dukungan atau sikap positif dari pasangan dan keluarga akan memberikan kekuatan tersendiri bagi ibu. Pada hakekatnya keluarga diharapkan mampu berfungsi untuk mewujudkan proses perawatan bayi yang baik. Penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga terhadap ibu postpartum sebagian besar adalah tidak mendukung. Kondisi ini tentunya disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya adalah faktor budaya di masyarakat, ketidak harmonisan hubungan dengan ibu mertua, melahirkan bayi yang tidak sesuai dengan harapan, kehamilan yang tidak direncanakan, bayi yang lama dirawat di rumah sakit, suami yang tidak bekerja serta perselisihan yang serius dengan salah satu anggota keluarga. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Martini (2014) dengan menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang paling banyak adalah keluarga yang tidak mendukung sebanyak 71 responden (80.3%) di Puskesmas Rumbia Lampung Tengah. Penelitian ini juga didukung oleh Wijaya (2017) yang menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang paling banyak yang ada di Poliklinik Obgyn RSUD DR. Moewardi Surakarta adalah keluarga yang tidak mendukung sebesar 63 responden (51.3%). Peneliti berasumsi bahwa pada umumnya budaya di masyarakat Jawa, memiliki bayi merupakan suatu masa yang bahagia dan membanggakan bagi anggota keluarga lainnya, khususnya orang tua dari ibu si bayi, karena permasalahan yang tidak cocok dengan mertua maka akan menjadi bumerang bagi si ibu bahwa keluarga tidak mendukung untuk membantu mengurus si bayi. Karena itu merupakan masa yang sangat sulit ibu lewati sehingga ibu menjadi depresi.

b. Tingkat depresi pada ibu postpartum

Hasil penelitian ini diketahui bahwa dari tingkat depresi ibu, proporsi tertinggi yang paling banyak adalah depresi sebanyak 106 responden (77.9%), dan yang tidak depresi sebesar 30 responden (22.1%). Depresi postpartum atau depresi pasca melahirkan adalah depresi yang dialami setelah melahirkan. Berbeda dengan *baby blues syndrome* yang dialami oleh 70-80% ibu muda, depresi postpartum dialami oleh 10-20% ibu muda. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Martini (2014) dengan menunjukkan bahwa tingkat depresi pada ibu postpartum yang paling banyak adalah depresi sebanyak 67 responden (50.4%) di Puskesmas Rumbia Lampung Tengah. Penelitian ini juga didukung oleh Wijaya (2017) yang menunjukkan bahwa tingkat depresi pada ibu postpartum yang paling banyak yang ada di Poliklinik Obgyn RSUD DR. Moewardi Surakarta adalah depresi sebesar 45 responden (41.9%), yang mana dapat dikatakan bahwa para ibu postpartum mengalami depresi karena belum siap terhadap perubahan fisik dan psikologis. Usia yang masih mudah menyebabkan resiko mengalami depresi menjadi lebih rendah, sebagaimana dikemukakan oleh Suryani (2008),

mengatakan bahwa mereka yang berusia lanjut biasanya mudah terkena depresi. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa terdapat pula 28% responden yang memiliki tingkat depresi yang berat. Salah satu faktor yang mungkin menyebabkan kondisi ini adalah tingkat paritas yang dimiliki oleh responden. Menurut asumsi peneliti, para ibu postpartum memiliki rentan depresi lebih besar dari pada ibu-ibu yang tidak melahirkan, bagaimana pun seorang ibu pasti akan memikirkan masalah yang ada, dari permasalahan keluarga inti, perbedaan pendapat dengan orang tua atau mertua, serta dari budaya dan lingkungan sekitar. Maka dari itu ibu-ibu postpartum seharusnya mampu manajemen koping agar tidak terlalu tertekan dan depresi dengan cara *sharing* dengan suami

3.3 Analisis Bivariat (Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada ibu postpartum di RSUD I.A Moeis Samarinda)

Berdasarkan analisa dengan uji statistik *chi square* didapatkan hasil bahwa dari 63 responden yang memiliki dukungan keluarga yang mendukung terdapat tingkat tidak depresi pada ibu postpartum sebesar 9 responden (6.6%) dan yang depresi sebanyak 54 responden (39.7%), sedangkan dari 73 responden yang memiliki dukungan keluarga yang tidak mendukung terdapat tingkat tidak depresi pada ibu postpartum sebanyak 21 responden (15.4%), dan yang depresi sebanyak 52 responden (38.2%), dengan hasil *p value* atau *p value* 0.04 yaitu lebih kecil dari nilai kepercayaan (0.05) yang artinya ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada ibu postpartum di RSUD I.A Moeis Samarinda. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Martini (2014) dengan judul “hubungan dukungan suami dengan kejadian depresi post partum pada ibu nifas di Puskesmas Rumbia di Lampung Tengah”, diperoleh hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan depresi post partum dengan dukungan suami pada responden dengan hasil penelitian didapatkan bahwa berdasarkan uji *chi square* dan multivariat (*p value* 0,000). Penelitian ini juga didukung oleh Wijaya (2017). dengan judul “hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada ibu post partum di Poliklinik obsgyn RSUD DR. Moewardi Surakarta”. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa uji Korelasi *Rank Spearman* diperoleh nilai *r* sebesar- 0,571 dengan nilai signifikan (*p-value*) sebesar 0,000. Nilai *p-value* lebih kecil dari 0.05 maka keputusan H_0 ditolak, sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada ibu postpartum di Poliklinik Obsgyn Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi.

Tinggi rendahnya dukungan keluarga akan berkorelasi dengan tinggi rendahnya dukungan pada depresi pada ibu postpartum. Melalui dukungan keluarga sebagai salah satu bentuk dukungan sosial, seorang ibu setelah melahirkan dapat melakukan penyesuaian yang lebih baik dalam masa nifasnya. Hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Johnson dan Johnson (1991) yang menyatakan bahwa dukungan sosial akan meningkatkan kesejahteraan psikologis (*psychological well being*) dan kemampuan penyesuaian diri melalui perasaan memiliki, peningkatan harga diri pencegahan neurotisme dan psikopatologi, pengurangan distres serta penyediaan sumber atau bantuan yang dibutuhkan. Peneliti berpendapat bahwa dalam mewujudkan kontrol emosi, kemampuan belajar, tindakan langsung, dan terjaganya hubungan interpersonal, dukungan keluarga yang berupa perhatian emosi, bantuan informasi, bantuan instrumental dan penilaian turut memberikan sumbangan. Melalui bentuk dukungann perhatian emosi yang berupa kehangatan, kepedulian maupun ungkapan empati, akan timbul keyakinan bahwa individu tersebut dicintai dan diperhatikan. Perhatian emosi akan membuat ibu postpartum merasa yakin bahwa ia tidak seorang diri melewati masa nifasnya. Bantuan Instrumental yang berupa materi maupun tindakan akan mempermudah individu dalam melakukan berbagai aktivitas. Tersedianya dana yang memadai akan memungkinkan ibu nifas memenuhi kebutuhan gizi dan perawatan kesehatan yang dibutuhkan selama masa nifas.

4. KESIMPULAN

Hasil analisis univariat untuk karakteristik responden umur didapatkan ibu-ibu postpartum yang berumur 20-35 tahun lebih banyak sebesar 89 responden (65%), umur >35 tahun sebanyak 32 responden (24%), dan yang berumur <20 tahun sebanyak 15 responden (11%). Hasil analisis univariat untuk karakteristik responden pendidikan didapatkan ibu-ibu postpartum yang berpendidikan SMA sebanyak 75 responden (55.1%), SMP sebanyak 27 responden (19.9%), SD sebanyak 25 responden (18.4%) serta perguruan tinggi sebanyak 8 responden (5.9%). Hasil analisis univariat untuk karakteristik responden pekerjaan didapatkan ibu-ibu postpartum yang tidak bekerja sebanyak 132 responden (97%) dan yang bekerja sebanyak 4 responden (3%). Hasil analisis univariat untuk karakteristik responden riwayat paritas didapatkan ibu-ibu postpartum yang multi gravida menunjukkan sebanyak 91 responden (67%) dan primi gravida sebanyak 45 responden (33%). Hasil analisis univariat untuk karakteristik responden riwayat penghasilan didapatkan ibu-ibu postpartum didapatkan bahwa pendapatan sebesar Rp. >2.000.000 sebanyak 73 responden (53.7%), Rp. 1.000.000-2.000.000 sebanyak 55 responden (40.4%), dan untuk Rp. 500.000-1.000.000 sebanyak 8 responden (5.9%).

Analisis univariat dukungan keluarga pada ibu postpartum

Hasil dari analisis univariat dukungan keluarga diperoleh gambaran bahwa dari 136 responden yang terlibat dalam penelitian ini, responden yang mempunyai dukungan keluarga tidak mendukung sebanyak 73 responden (53.7%), mendukung sebanyak 63 responden (46.3%). Kesimpulan yang dapat diambil bahwa dukungan keluarga terhadap ibu postpartum lebih banyak yang tidak mendukung.

Analisis univariat tingkat depresi pada ibu post partum

Hasil dari analisis univariat diperoleh gambaran bahwa dari 136 responden yang terlibat dalam penelitian ini, responden yang mempunyai tingkat depresi sebanyak 106 responden (77.9%), serta tidak depresi sebanyak 30 responden (22.1%). Kesimpulan dari data diatas bahwa ibu-ibu postpartum banyak depresi setelah postpartum. Hasil penelitian ini Hubungan

dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada ibu postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah I.A Moeis Samarinda dengan menggunakan uji *Chi square* maka H_0 ditolak sehingga secara statistik terdapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara variabel dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada ibu postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah I.A Moeis samarinda dengan tingkat kesalahan (α) 0.05, hasil *p value* yang didapatkan signifikan (0.04) yang berarti $p\ value < 0.05$.

SARAN DAN REKOMENDASI

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka ada beberapa saran yang perlu disampaikan, Bagi responden diharapkan para ibu-ibu postpartum harus memiliki pengetahuan sebelum dan sesudah melahirkan agar mampu memajemen koping individual masing-masing dalam menghadapi masalah paska melahirkan. Sebagian para ibu-ibu postpartum dapat mengupdate atau merefreshkan pengetahuannya difasilitas kesehatan terdekat, *searching* di internet, koran, buku bahkan bisa dari pengalaman orang-orang sekitar yang tentunya hal baik saja yang diambil untuk contoh. Bagi institusi Pendidikan Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan wacana atau tambahan kepustakaan bagi pembaca atau peneliti selanjutnya. Bagi peneliti selanjutnya Bagi peneliti selanjutnya diharapkan hasil penelitian ini dapat dikembangkan lagi dengan melihat dari faktor lain seperti penyesuaian diri ibu, paritas ibu dan lingkungan responden. Serta diharapkan jika ada peneliti yang ingin melanjutkan penelitian ini, disarankan penelitiannya lebih tinggi dari yang ada seperti faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi ibu postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah I.A Moeis Samarinda.

REFERENSI

- Al Muhaish, et al. (2017). *Prevalence of Postpartum Depression and its Correlation with Breastfeeding: A Cross-Sectional Study International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 2018, 7(2): 28-34
- Allades, et all. (2014). *Postpartum Blues Syndrom*. Developmental and Clinical Psychology. DCP Volume 3 Edisi 1
- Andarmoyo, S. (2012). *Keperawatan Keluarga: Konsep Teori, Proses, dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Anggraini, Y. (2010). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*, Yogyakarta: Pustaka Riahama.
- Asli Goker, et all. (2012). *Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor?. International Scholarly Research Network ISRN Obstetrics and Gynecology Volume 2012*, Article ID 616759, 6 pages doi:10.5402/2012/616759
- Bobak, Lauder milk, Jensen. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Donsu, Jenita DT., dkk. (2015). *Psikologi Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Emma Robertson PhD, et all. (2003). *Risk Factors For Postpartum Depression. University health network. Financial assistance by health Canada*. 2018, 7(2): 28-34
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik* Jakarta: EGC.
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2010. *Metodelogi penelitian analisis kebidanan Jakarta: Salemba Medika*
- Kusumadewi, I., Irawatati. R., Elvira SD., Wibisono, S. 2010. *Validation Study the Edinburg Postnatal Depression Scale*. Jiwa, Indoensian Psyciatric Quartely. XXX:2 Hal 99-110.
- Marmi. (2012). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas "Puerperium Care"*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Machmudah. (2016). *Pengaruh Persalinan dengan Komplikasi terhadap Kemungkinan Terjadinya Postpartum Blues di Kota Semarang*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Murniasih, E & Rahmawati, A. (2007). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada Anak Usia Pra Sekolah Di Bangsal 1 RSUP Dr. Soedjarwadi Tirtonegoro Klaten. *Jurnal Kesehatan Surya Medika Yogyakarta*. <http://www.google.co.id>. Diakses tanggal 17 Februari 2017.
- Murwani, A. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jogjakarta: Mitra Cendikia
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta
- Martha Moraitou, Ph.D, et all. (2010). Postpartum depression in Cypriot New Mothers. *International Journal of Caring Sciences* 2010 May-August Vol 3 Issue 2
- Myers and Johns (2018), *Postnatal depression is associated with detrimental life-long and multi-generational impacts on relationship quality*. PeerJ 6:e4305; DOI 10.7717/peerj.4305
- Potter, P. A, & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4 Volume 1. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, Sarwono, 2010. *Ilmu Kebidanan*. Yogyakarta: YBPSP
- Purnawan, I. 2008. Dukungan Keluarga. <http://wawan2507.wordpress.com/author/wawan2507/>
- Purwanto, E. A. (2007). *Metode Penelitian Kuantitatif*, Yogyakarta: Gaya Media
- Regina, Pudjibudojo, J.K & Malinton, P. K. (2001). Hubungan Antara Depresi Postpartum dengan Kepuasan Seksual Pada Ibu Primipara. *Anima Indonesian Psychological Journal*. Vol.16. No. 3. 300-314
- Ruswana. (2006). Ibu Hamil Resiko Tinggi (Artikel Online), diakses 17 April 2015: http://medicastore.com/penyakit569Kehamilan_ResikoTinggi.html/.
- Stedman. 2005. *Kamus Ringkas Kedokteran STEDMAN untuk Profesi Kesehatan*. Jakarta : EGC