

**TINJAUAN KASUS *POST-PARTUM BLUES*
PADA TENAGA KERJA WANITA BERPENDIDIKAN TINGGI
DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. HASAN SADIKIN - BANDUNG**

RADITYA WRATSANGKA



T E S I S

Untuk memenuhi salah satu syarat
guna memperoleh gelar
Spesialis Obstetri dan Ginekologi.
Program Pendidikan Dokter Spesialis - 1

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS PADJADJARAN
BANDUNG**

1996



TINJAUAN KASUS *POST-PARTUM BLUES*
PADA TENAGA KERJA WANITA BERPENDIDIKAN TINGGI
DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. HASAN SADIKIN - BANDUNG

Oleh:
RADITYA WRATSANGKA
NPM: MSD 92049

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan
di hadapan Panitia Sidang Ujian Tesis
Program Pendidikan Dokter Spesialis-I bidang Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran - Bandung

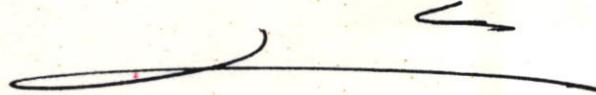
Bandung, 4 Maret 1997



Prof. Dr. Djamhoer Martaadisoebrata, dr., DSOG, MSPH.
Ketua Komisi Pembimbing



Hidayat Wijayanegara, dr., DSOG
Kepala Bagian / Ketua SMF



Dr. Firman F. Wirakusumah, dr., DSOG
Ketua Program Pendidikan Dokter Spesialis-I,
Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi



Prof. Iman Supandiman, dr., DSPD-H
Ketua Tim Koordinasi Pelaksana
Program Pendidikan Dokter Spesialis-I

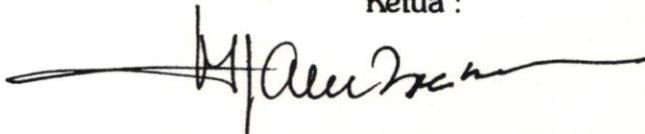
PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh Komisi Pembimbing Tesis
Spesialis Obstetri dan Ginekologi - Program Pendidikan Dokter Spesialis-I
Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran - Bandung

Bandung, 23 Desember 1996

Komisi Pembimbing

Ketua :



Prof. Dr. Djamhder Martaadisoebrata, dr., DSOG, MSPH.
NIP. 130 160 469

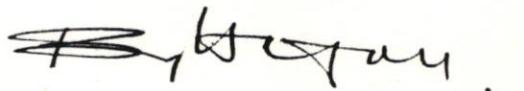
Anggota :



Prof. Dr. John S. Nimpoeno, Dipl. Psych.



Hidayat Wijayanegara, dr., DSOG
NIP. 130 217 735



Benny Hasan Purwara, dr., DSOG
NIP. 140 150 110

PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-I
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS PADJADJARAN

Bandung, 4 Maret 1997

Ketua,



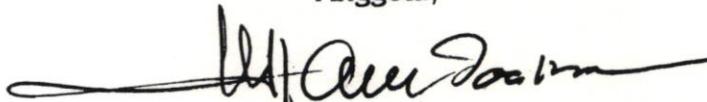
Hidayat Wijayanegara, dr., DSOG
NIP. 130 217 735

Sekretaris,

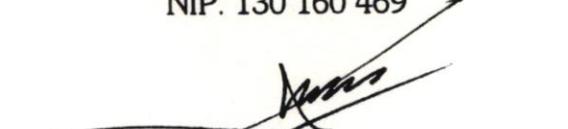


Achmad Suardi, dr., DSOG
NIP. 140 054 357

Anggota,



Prof. Dr. Djambhor Mertaadisoebrata, dr, DSOG, MSPH
NIP. 130 160 469



Dr. Dinan S. Bratakoesoema, dr., DSOG
NIP. 130 891 281



Dr. Firman F. Wirakusumah, dr., DSOG
NIP. 130 367 225





TINJAUAN KASUS *POST-PARTUM BLUES*
PADA TENAGA KERJA WANITA BERPENDIDIKAN TINGGI
DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. HASAN SADIKIN - BANDUNG

Oleh:

Raditya Wratsangka

ABSTRAK

Telah dilakukan penelitian *cross-sectional* untuk mendapatkan angka kejadian dan hubungan antara beberapa faktor risiko non-biologik yang diduga berperan pada kasus *post-partum blues* (PPB) di antara para tenaga kerja wanita berpendidikan tinggi yang melahirkan di SMF Obstetri dan Ginekologi RSUP Dr. Hasan Sadikin - Bandung selama periode 1 Januari 1996 - 30 Juni 1996.

Pada penelitian ini didapatkan 108 orang tenaga kerja wanita berpendidikan tinggi yang melahirkan dan memenuhi kriteria sebagai subyek penelitian. Dengan menggunakan kuesioner sebagai alat diagnostik PPB (pada skala reliabilitas *Cronbach's alpha* rata-rata 0,7467) dan 2 (dua) kali penilaian, yaitu pada saat 48 jam dan antara 10-14 hari pasca-salin, didapatkan sebanyak 32 subyek (29,6%) mengalami PPB.

Faktor-faktor risiko seperti: umur, pekerjaan, hasil kehamilan sebelumnya, intervensi medis, jenis anestesi, penyulit kehamilan dan jenis tindakan persalinan sekarang secara statistik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna ($p > 0,05$) dengan kejadian PPB.

Faktor paritas (primipara), pengalaman partus buatan pada persalinan sebelumnya, persalinan lama (>12 jam), kurangnya informasi dari petugas obstetri dan kurangnya dukungan sosial dari lingkungan (suami dan keluarga) secara statistik mempunyai hubungan yang bermakna ($p < 0,05$) dengan kejadian PPB, yaitu bahwa kasus PPB lebih banyak dijumpai pada kelompok subyek dengan faktor-faktor risiko tersebut di atas.

Pada analisis multivariat regresi logistik didapatkan bahwa faktor kurangnya dukungan sosial dari lingkungan selama persalinan merupakan faktor non-biologik yang paling berpengaruh terhadap kejadian PPB ($p = 0,0001$; $OR = 29,9934$ dan $95\% CI : 5,44 - 165,25$), karenanya suami dan keluarga perlu memberikan dukungan sosial yang memadai pada saat persalinan untuk mencegah atau mengurangi risiko terjadinya PPB.

**EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF POST-PARTUM BLUES
AMONG HIGH-EDUCATED WORKER WOMEN
AT HASAN SADIKIN HOSPITAL - BANDUNG**

By :

Raditya Wratsangka

ABSTRACT

A cross-sectional study of the prevalence of post-partum blues (PPB) and its correlation with some non-biological predisposing factors among high-educated worker women who deliver at the Department of Obstetrics and Gynaecology - Hasan Sadikin Hospital during the period of 1st January 1996 to 30th June 1996 were carried-out.

One hundred and eight women that met the inclusion criteria were recruited as subjects. A questionnaire was used as a diagnostic tools of PPB (at Cronbach's alpha reliability level of 0.7467), and had to be completed by the subjects at 48 hours and 10-14 days after delivery. PPB was diagnosed in 32 subjects (29.6%) out of 108 subjects.

The correlation between the occurrence of PPB and age, job or activity, previous pregnancy outcome, medical intervention, anesthetic method, recent pregnancy complications and delivery method as non-biological predisposing factors were statistically not significant.

Primiparity, previous assisted delivery method, 'prolonged labour' (>12 hours), lack of having information (about pregnancy and labour) from the provider and lack of having social or psychological environment support

(spouse and family) were statistically, significantly correlated with the occurrence of PPB.

By multiple logistic regression analysis of some predisposing or risk factors of PPB, the social or psychological environment support during labour shown as the most influencing factor of the occurrence of PPB among high-educated worker women ($p=0,0001$; $OR=29,9934$ and $95\% CI : 5,44 - 165,25$), so that their spouse and family should give more adequate social support to decrease the risk or possibility of PPB.

PRAKATA

Rasa syukur pada Tuhan terpancar di dalam hati ketika tesis yang merupakan salah satu syarat guna memperoleh gelar Spesialis Obstetri dan Ginekologi pada Program Pendidikan Dokter Spesialis-I Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran (FKUP) / Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin (RSHS) - Bandung ini berhasil saya selesaikan; karena Dia lah yang telah membimbing serta menguatkan saya sejak awal hingga akhir penulisan. Namun, saya menyadari bahwa pertolonganNya terwujud melalui perhatian dan bantuan nyata dari mereka yang ada di sekitar saya.

Karenanya saya ingin menghaturkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada Pimpinan Universitas Trisakti - Jakarta, khususnya Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti yang telah memberikan kesempatan dan bantuan untuk mengikuti Program Pendidikan Spesialisasi ini.

Rasa hormat dan terimakasih yang mendalam saya haturkan kepada dr. Sofjan Sjahid, selaku Kepala Bagian / Ketua SMF Obstetri dan Ginekologi FKUP/RSHS yang lama, atas kesediaan Beliau menerima dan memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan spesialisasi dalam bidang Obstetri dan Ginekologi, serta membimbing saya dengan penuh kesabaran dan

menanamkan watak profesional selama masa pendidikan yang saya jalani maupun dalam penyusunan tesis ini.

Rasa terimakasih yang mendalam juga saya haturkan kepada dr. Hidayat Wijayanegara, selaku Kepala Bagian / Ketua SMF Obstetri dan Ginekologi FKUP/RSHS saat ini, yang telah banyak memberikan bimbingan, dorongan, nasihat, pengarahan dan suritauladan, selama mengikuti pendidikan, serta berkenan pula sebagai Anggota Komisi Pembimbing dalam penyusunan tesis ini.

Kepada Dr. dr. Dinan S. Bratakoesoema sebagai Ketua Program Studi yang lama dan Dr. dr. Firman F. Wirakusumah, sebagai Ketua Program Studi yang baru, saya haturkan banyak terimakasih atas bimbingan, dorongan dan pengarahan yang telah diberikan di antara kepadatan tugas dan kesibukannya.

Rasa terimakasih yang khusus saya haturkan pula kepada Prof. Dr. dr. Djamhoer Martaadisoebrata, MSPH, selaku Ketua Komisi Pembimbing Tesis, serta Prof. Dr. John S. Nimpoeno, Dipl. Psych. selaku Anggota Komisi Pembimbing, dan dr. Benny Hasan Purwara, selaku anggota Komisi Pembimbing dan juga Pembimbing Akademik saya selama ini, atas segala perkenannya untuk memberikan arahan, bimbingan, dorongan, koreksi dan saran dalam penyusunan tesis ini. Terimakasih saya haturkan pula kepada

Bapak Drs. Hadyana Sukandar, Msc. yang telah banyak memberikan koreksi dan masukan perihal analisis statistik dalam penyusunan tesis ini.

Ucapan terimakasih yang tulus dan mendalam juga saya haturkan kepada Dr. dr. James Thouw, dr. Tina Agoestina, dr. Achmad Biben, dr. Pories Setyadi, dr. Achmad Suardi, dr. Rustama Natakusumah, dr. Duddy S. Nataprawira, Almarhum dr. A. Wenas Ngantung, dr. Herman Susanto, dr. Nanang W. Astarto, dr. Sofie Rifayani Krisnadi, dr. Wawang S. Sukarya, MARS, dr. Udin Sabarudin, dr. Supriadi Gandamihardja, dr. Jusuf S. Effendi, dr. Herman Wibisono, dr. Wiryawan Permadi, dan dr. Maringan D.L. Tobing yang telah banyak memberikan bantuan dan bimbingan dalam masa pendidikan spesialisasi yang saya jalani.

Demikian pula saya ucapkan terimakasih kepada para sejawat residen Obstetri dan Ginekologi FKUP/RSHS Bandung, semua bidan, perawat, karyawan dan karyawan di Ruang 17, Ruang 7, Kamar Bedah B dan C, dan Gawat Darurat, Sub Bagian Perinatologi dan Sekretariat Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi FKUP/RSHS atas segala bantuan dan kerjasamanya yang baik selama masa pendidikan.

Terlebih lagi rasa terimakasih yang tak mungkin dapat terungkap melalui kata-kata ingin saya persembahkan kepada orangtua, mertua dan saudara-

saudaraku tercinta atas doa, kasih sayang, perhatian, dorongan, semangat, serta dukungan moril dan materiil yang tak berkesudahan yang saya terima.

Untuk anak-anakku - Arya Wicaksana dan Satrya Wibawa - terimakasih penuh cintaku padamu berdua, karena engkaulah penghiburan, kegembiraan, kesejukan di saat keletihanku dan dengan memandangmu terpacu semangatku di saat perjalanan tesis ini.

Tak akan lupa ucapan terimakasih yang tulus untuk diajeng Retno, isteriku tercinta yang telah menemani, melakukan segalanya untuk meringankan beban dan merupakan 'pelabuhan' bagi kekecewaan dan kesulitan. Terimakasih untuk pengorbanan, pengertian, bantuan, semangat dan dorongan yang senantiasa engkau berikan, yang terkadang terasa 'melelahkan dan menyakitkan' namun penuh cinta.

Akhirnya saya ucapkan terimakasih kepada semua pihak yang tidak mungkin saya sebutkan satu-persatu seluruhnya, atas segala bantuan dan kerjasamanya selama ini. Dengan disertai kesadaran untuk selalu membuka hati dan pikiran bagi segala masukan, saya berharap kiranya dari hasil karya ini ada yang dapat diambil manfaatnya bagi pihak-pihak yang berkepentingan. Semoga Tuhan selalu melimpahkan berkat dan rahmatNya bagi kita semua.

Bandung, Desember 1996

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|---------|
| ABSTRAK | v |
| ABSTRACT | vii |
| PRAKATA | ix |
| DAFTAR ISI | xiii |
| DAFTAR TABEL | xix |
| | |
| BAB I. PENDAHULUAN | |
| 1.1. Latar belakang penelitian | 1 |
| 1.2. Identifikasi masalah | 6 |
| 1.3. Tujuan penelitian | 7 |
| 1.3.1. Tujuan umum | 7 |
| 1.3.2. Tujuan khusus | 7 |
| 1.4. Kegunaan penelitian | 8 |
| 1.5. Kerangka pemikiran | 9 |
| 1.6. Metodologi penelitian | 13 |
| 1.7. Waktu dan lokasi penelitian | 14 |

| | Halaman |
|--|---------|
| BAB II. TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1. Wanita dan rumah tangga | |
| 2.1.1. Peran wanita : antara rumah tangga dan karir | 15 |
| 2.1.2. Pandangan dan harapan masyarakat terhadap peran wanita | 19 |
| 2.1.3. Situasi konflik peran wanita Indonesia | 22 |
| 2.2. Keputusan untuk mempunyai anak | 24 |
| 2.3. Wanita, kehamilan dan persalinan | 27 |
| 2.3.1. Situasi emosional pada kehamilan dan persalinan | 27 |
| 2.3.2. Faktor somatis dan psikis dalam proses persalinan | 29 |
| 2.4. <i>Post-partum blues</i> (PPB) | |
| 2.4.1. Adaptasi pasca-salin | 33 |
| 2.4.2. Pengertian dan batasan | 35 |
| 2.4.3. Angka kejadian | 36 |

| | Halaman |
|--|---------|
| 2.4.4. Faktor-faktor yang berpengaruh | 37 |
| 2.4.4.1. Faktor-faktor biologik | 39 |
| 2.4.4.2. Faktor-faktor karakteristik dan latar belakang ibu | 43 |
| 2.4.4.2.1. Faktor umur ibu | 43 |
| 2.4.4.2.2. Faktor paritas | 45 |
| 2.4.4.2.3. Faktor pendidikan | 47 |
| 2.4.4.3. Faktor pengalaman dalam proses persalinan | 48 |
| 2.4.4.4. Faktor dukungan sosial lingkungan..... | 49 |
| 2.4.5. Diagnosis | 51 |
| 2.4.6. Penanganan <i>post-partum blues</i> | 54 |
| 2.4.7. Prognosis | 57 |
| 2.4.8. Dampak negatif <i>post-partum blues</i> | 58 |
| 2.4.8.1. Perawatan bayi | 58 |
| 2.4.8.2. Pertumbuhan dan perkembangan anak | 59 |
| 2.4.8.3. Pengertian tentang keibuan | 60 |

| | Halaman |
|---|---------|
| 2.4.8.4. Hubungan perkawinan | |
| 2.4.8.4.1. Peran suami | 62 |
| 2.4.8.4.2. Aspek seksual | 63 |
| | |
| BAB III. METODOLOGI PENELITIAN | |
| 3.1. Subyek | 64 |
| 3.1.1. Pemilihan atau penentuan kasus | 64 |
| 3.1.2. Jumlah sampel | 65 |
| 3.2. Metodologi | 66 |
| 3.3. Tata-kerja pengambilan data | 66 |
| 3.4. Variabel penelitian | 67 |
| 3.4.1. Variabel independen | 67 |
| 3.4.2. Variabel dependen | 67 |
| 3.5. Alat ukur yang digunakan | 68 |
| 3.6. Pengolahan dan analisis data | 68 |
| 3.7. Batasan-batasan | 69 |
| 3.8. Etik penelitian | 71 |

BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**4.1. Hasil-hasil penelitian**

4.1.1. Jumlah dan karakteristik subyek penelitian.... 72

4.1.2. Analisis dan hasil uji reliabilitas kuesioner 74

4.1.3. Angka kejadian PPB 76

4.1.4. Hubungan antara faktor-faktor karakteristik,
obstetrik dan lingkungan dengan kejadian
kasus *post-partum blues* 78

4.1.5. Analisis multivariat 85

4.2. Pembahasan

4.2.1. Angka kejadian PPB 87

4.2.2. Faktor-faktor karakteristik 90

4.2.2.1. Faktor karakteristik ibu 90

4.2.2.2. Faktor karakteristik suami 95

4.2.3. Faktor riwayat obstetrik 98

| | Halaman |
|--|---------|
| 4.2.4. Faktor-faktor persalinan..... | 100 |
| 4.2.4.1. Penyulit dan tindakan persalinan | 100 |
| 4.2.4.2. Lama persalinan, intervensi medis dan jenis anestesi | 101 |
| 4.2.5. Faktor lingkungan | |
| 4.2.5.1. Faktor petugas dan kecukupan informasi | 105 |
| 4.2.5.2. Dukungan psikis/sosial lingkungan pada saat kehamilan dan persalinan | 107 |
| 4.2.6. Analisis multivariat | 108 |
| BAB V. RANGKUMAN KESELURUHAN | 111 |
| BAB VI. KESIMPULAN | 118 |
| BAB VII. REKOMENDASI | 119 |
| DAFTAR PUSTAKA | 120 |
| LAMPIRAN : | |
| - Pernyataan persetujuan | 129 |
| - Lembar isian data subyek | 130 |
| - Petunjuk pengisian kuesioner | 132 |
| - Kuesioner diagnostik | 133 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| Tabel 2.1. Angka kejadian dan kriteria diagnosis untuk <i>post-partum blues</i> berbagai studi dan tempat penelitian | 52 |
| Tabel 4.1. Daftar pernyataan pendukung gejala <i>post-partum blues</i> , kriteria penentuan adanya gejala dan hasil uji skala reliabilitas <i>Cronbach's alpha</i> | 74 |
| Tabel 4.2. Sebaran kasus <i>post-partum blues</i> berdasarkan saat penilaian | 76 |
| Tabel 4.3. Hubungan antara beberapa karakteristik subyek dengan kejadian <i>post-partum blues</i> | 78 |
| Tabel 4.4. Hubungan antara beberapa karakteristik suami dengan kejadian kasus <i>post-partum blues</i> | 79 |
| Tabel 4.5. Hubungan antara riwayat obstetrik dengan kejadian kasus <i>post-partum blues</i> | 80 |
| Tabel 4.6. Hubungan antara proses persalinan dengan kejadian kasus <i>post-partum blues</i> | 81 |

Halaman

| | | |
|------------|---|----|
| Tabel 4.7. | Hubungan antara faktor petugas dan kecukupan informasi selama perawatan antenatal dengan kejadian kasus <i>post-partum blues</i> | 83 |
| Tabel 4.8. | Hubungan antara kecukupan dukungan psikis/ sosial dari lingkungan pada saat kehamilan dan persalinan dengan kejadian kasus <i>post-partum blues</i> | 84 |
| Tabel 4.9. | Hasil analisis multivariat regresi logistik faktor-faktor risiko ($p < 0,25$) kejadian <i>post-partum blues</i> | 85 |





BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang penelitian

Pengalaman menjadi seorang ibu atau orangtua tidak selalu merupakan suatu hal yang menyenangkan bagi setiap wanita atau pasangan suami-isteri. Realisasi tanggungjawab sebagai seorang ibu setelah melahirkan bayi seringkali menimbulkan konflik dalam diri seorang wanita dan merupakan faktor pemicu munculnya gangguan penyesuaian emosi, intelektual dan tingkah laku. Hal penting yang berkembang saat ini adalah makin banyaknya wanita yang berpendidikan tinggi dan mempunyai karir sendiri yang tetap di luar rumah setelah menikah, di luar perannya sebagai isteri atau ibu rumah-tangga. Meningkatnya taraf pendidikan seseorang seringkali dikaitkan dengan keinginan untuk mengembangkan karir dan mengaktualisasikan diri di tengah masyarakat.⁽¹⁾ Wanita-wanita yang aktif bekerja sejak sebelum hamil dan 'menikmati' pekerjaannya, atau mereka yang terpaksa bekerja karena tuntutan ekonomi keluarga, mungkin akan menghadapi situasi konflik yang sulit di antara kedua peran tersebut.

Beban tanggung-jawab seorang wanita sebagai ibu akan segera muncul dan terus bertambah segera setelah kelahiran bayinya, sehingga perawatan bayi dirasakan menyita seluruh waktunya selama 24 jam sehari. Mereka merasa seakan-akan tidak ada lagi waktu yang tersisa untuk kegiatan lain di luar perannya sebagai seorang ibu yang harus merawat bayinya, termasuk juga kesempatannya dalam berperan sebagai isteri yang mungkin telah berkurang karena kesibukannya bekerja sejak sebelum hamil, sehingga dirasakan sangat membatasi aktivitas serta merubah seluruh gaya-hidupnya. Di satu sisi, wanita yang bersangkutan merasa bahagia dan bangga karena telah menunjukkan kejati-dirianya sebagai seorang wanita yang mampu hamil dan melahirkan bayi; akan tetapi di sisi lain beranggapan bahwa kelahiran bayi tersebut akan menghambat karir dan aktualisasi dirinya, atau mengurangi kesempatannya bekerja karena tuntutan ekonomi.⁽²⁾ Konflik yang tidak teratasi dengan baik akan menimbulkan gangguan-gangguan psikologis dan memberi dampak negatif bagi kehidupan keluarganya.

Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai ibu pada minggu-minggu atau bulan-bulan pertama setelah melahirkan, baik dari segi fisik

maupun segi psikologis. Sebagian wanita berhasil menyesuaikan diri dengan baik, tetapi sebagian lainnya tidak berhasil menyesuaikan diri dan mengalami gangguan-gangguan psikologis dengan berbagai gejala atau sindroma yang oleh para peneliti dan klinisi disebut *post-partum blues*⁽³⁾ atau *maternity blues*.^(4,5)

Post-partum blues (PPB) adalah suatu gangguan mental ringan pada wanita pasca-salin, yang diagnosisanya ditegakkan dengan mendapatkan adanya minimal 4 (empat) di antara 7 (tujuh) gejala yang mungkin muncul⁽³⁾, yaitu: 1) depresi/sedih/disforia; 2) labilitas perasaan; 3) menangis; 4) cemas; 5) gangguan tidur; 6) gangguan nafsu makan; dan 7) iritabilitas (mudah tersinggung).

Walaupun *post-partum blues* ini dikategorikan sebagai suatu sindroma gangguan mental yang ringan, namun bagaimana pun dapat merupakan masalah yang menyulitkan, tidak menyenangkan dan membuat perasaan tidak nyaman bagi wanita yang mengalaminya; dan bahkan kadang-kadang gangguan ini dapat berkembang menjadi keadaan yang lebih berat, yaitu *depresi* dan atau *psikosis post-partum*, yang mempunyai dampak lebih buruk, terutama dalam hal masalah hubungan perkawinan dengan suami dan perkembangan anaknya.⁽³⁾

Dalam dekade terakhir ini, banyak peneliti dan klinisi di luar negeri memberikan perhatian khusus pada gejala psikologis yang menyertai seorang wanita setelah melahirkan, dan telah melaporkan beberapa angka kejadian dan berbagai faktor yang diduga mempunyai kaitan dengan gejala-gejala tersebut. Berbagai studi mengenai *post-partum blues* di luar negeri^(3,6) melaporkan angka kejadian yang cukup tinggi dan sangat bervariasi antara 26 sampai 85%, yang kemungkinan disebabkan karena adanya perbedaan populasi dan kriteria diagnostik yang digunakan.

Banyak faktor diduga berperan pada sindroma ini, antara lain adalah: 1) faktor hormonal, berupa perubahan kadar estrogen, progesteron, prolaktin dan estriol yang terlalu tinggi atau terlalu rendah⁽²⁾ 2) faktor demografik, yaitu umur dan paritas⁽³⁾; 3) pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan^(2,3) serta 4) latar belakang psiko-sosial wanita yang bersangkutan, seperti: tingkat pendidikan, status perkawinan, sosial-ekonomi dan kecukupan dukungan sosial dari lingkungannya (suami, keluarga dan teman).^(2,3,6)

Sampai saat ini belum pernah dilaporkan adanya penelitian mengenai kasus-kasus *post-partum blues* ini di Indonesia. Pada

penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya (Pebruari 1995) oleh penulis di Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi FKUP/RSHS - Bandung, didapatkan angka kejadian sebesar 33,1% di antara para wanita yang melahirkan secara spontan di RSHS, dan ternyata didapatkan pula bahwa *post-partum blues* tersebut lebih banyak dijumpai pada wanita pekerja dan mereka yang berpendidikan tinggi dibandingkan dengan kelompok lainnya.⁽⁷⁾

Laju pertumbuhan penduduk di Indonesia yang masih tinggi (1,97%) menunjukkan pula banyaknya jumlah wanita Indonesia yang melahirkan. Di sisi lain sarana yang makin banyak dan kesempatan yang makin terbuka luas untuk mengikuti pendidikan tinggi di Indonesia, membawa dampak makin tinggi pula jumlah wanita Indonesia yang berkesempatan dan berhasil mengenyam pendidikan tinggi. Karena itu penulis bermaksud melakukan penelitian lanjutan terhadap wanita yang mengalami *post-partum blues*, khususnya para tenaga kerja wanita (nakerwan) berpendidikan tinggi, untuk melihat apakah faktor-faktor karakteristik demografik (umur, paritas dan pekerjaan) dan pengalaman dalam proses persalinan, yaitu lama proses persalinan dan cara persalinan, dan kecukupan dukungan sosial dari lingkungannya

berpengaruh atau mempunyai hubungan yang bermakna dalam kejadian *post-partum blues*.

1.2. Identifikasi masalah

1. Apakah terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik demografik (umur, paritas, pendidikan dan pekerjaan) dengan kejadian *post-partum blues*?
2. Apakah pengalaman dalam persalinan (sekarang dan sebelumnya) mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian *post-partum blues*?
3. Apakah kecukupan dukungan sosial dari lingkungan (suami, keluarga, teman, serta dokter/paramedis) pada saat kehamilan dan persalinan mempunyai hubungan bermakna dengan kejadian *post-partum blues*?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran epidemiologik mengenai *post-partum blues* pada tenaga kerja wanita (nakerwan) berpendidikan tinggi atau wanita berpendidikan tinggi yang aktif membina karir pribadi dan melahirkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin - Bandung.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Menentukan angka kejadian (prevalensi) *post-partum blues* di antara wanita pasca-salin berpendidikan tinggi yang aktif bekerja dan atau membina karir pribadi dan melahirkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin - Bandung.
2. Melihat hubungan antara beberapa faktor karakteristik demografik (umur, paritas, pendidikan dan pekerjaan) dengan kejadian *post-partum blues* pada wanita pasca-salin tersebut di atas.
3. Melihat hubungan antara beberapa faktor pengalaman persalinan (saat ini dan sebelumnya), yaitu : penyulit, intervensi medis, jenis tindakan persalinan dan lama

persalinan, intervensi medis, dengan kejadian *post-partum blues* pada wanita pasca-salin tersebut di atas.

4. Melihat peranan faktor dukungan sosial dari lingkungan (suami, keluarga, teman, serta dokter/paramedis) pada saat kehamilan dan persalinan serta hubungannya dengan kejadian *post-partum blues* pada wanita pasca-salin tersebut di atas.

1.4. Kegunaan penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu acuan dalam memberikan konseling kepada para wanita dalam mempersiapkan dan menyesuaikan diri menghadapi peran ganda sebagai ibu rumah-tangga dan sebagai wanita yang aktif bekerja dan atau membina karir, sehingga masa-masa kehamilan, persalinan dan pasca-salin dapat dilalui dengan aman dan nyaman, serta menunjang terciptanya keluarga bahagia dan sejahtera. Selain itu, hasil penelitian ini diharapkan juga dapat digunakan sebagai data dasar bagi penelitian-penelitian selanjutnya yang erat kaitannya dengan masalah *post-partum blues*.

1.5. Kerangka pemikiran

Setiap proses biologis dari fungsi keibuan dan reproduksi -yaitu sejak turunnya benih ke dalam rahim ibu sampai pada saat kelahiran bayi- senantiasa dipengaruhi oleh faktor-faktor psikis tertentu, maka terdapat interdependensi (ketergantungan) di antara faktor-faktor somatis dan faktor-faktor psikis. Jadi fungsi reproduksi yang bersifat biologis itu selalu juga mengandung elemen-elemen psikis. Dengan demikian, segenap perkembangan psikis dan pengalaman-pengalaman emosional seorang wanita akan ikut berperan juga selama masa kehamilan, persalinan dan masa-masa selanjutnya.

Diungkapkan oleh Kartini Kartono⁽⁸⁾ bahwa dinamisme proses kelahiran adalah sesuatu yang sangat khas, yaitu: (i) energi psikis dan kemampuan jasmaniah calon ibu yang bersangkutan akan dikonsentrasikan pada aktivitas melahirkan bayinya; (ii) kemudian sang ibu akan merasakan emosi-emosi kebahagiaan dan kenikmatan terlepas-bebas dari segala kecemasan, kesakitan, dan penderitaan fisik yang panjang; (iii) hal tersebut kemudian ditambah dengan keingintahuan akan jenis kelamin; (iv) dan disusul dengan hubungan afeksional. Selanjutnya dikemukakan pula bahwa hal yang membuat pengalaman

tersebut menjadi sangat mengesankan adalah munculnya rasa bangga, karena merasa dapat mengatasi semua kesulitan, kesakitan dan penderitaan; dan timbulnya relasi dengan anak yang membahagiakan, segera setelah bayi lahir.

Di sisi lain, pengalaman menjadi seorang ibu atau orangtua tidak selamanya atau tidak selalu merupakan suatu hal yang menyenangkan bagi setiap wanita.⁽²⁾ Dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai ibu dibutuhkan beberapa penyesuaian, baik dari segi fisik maupun psikologis. Sebagian wanita tidak berhasil menyesuaikan diri dan mengalami gangguan-gangguan psikologis dengan berbagai gejala atau sindroma yang dikenal dengan sebutan *post-partum blues* atau *maternity blues*.^(2,3,4)

Selain faktor-faktor biologik yang diduga mempunyai peranan pada kejadian *post-partum blues*, latar belakang sosial wanita yang melahirkan merupakan salah satu faktor utama pada wanita-wanita yang mengalami *post-partum blues*.^(2,3,4,6) Bagi sebagian wanita, realisasi tanggung-jawab sebagai seorang ibu setelah melahirkan bayi dirasakan sebagai hal yang sangat menyita waktu sehingga membatasi aktivitasnya di luar rumah, serta merubah seluruh gaya hidupnya. Beberapa wanita

yang aktif bekerja atau mempunyai karir tetap di luar rumah, baik karena keinginan untuk dapat mengaktualisasikan diri di tengah masyarakat (terutama pada mereka yang berpendidikan tinggi), maupun mereka yang bekerja karena tuntutan ekonomi keluarga, seringkali menghadapi situasi konflik karena peran dan aktivitas barunya tersebut.

Dalam kepustakaan dikatakan, bahwa faktor-faktor lain yang diduga berperan pada sindroma ini antara lain adalah faktor umur dan paritas, pengalaman dalam proses persalinan, dan faktor dukungan sosial dari lingkungan (suami, keluarga, teman, serta dokter/paramedis).^(2,3,6)

Faktor umur wanita bersangkutan pada saat kehamilan dan persalinan seringkali dikaitkan dengan kesiapan mental untuk menjadi seorang ibu. Dikaitkan dengan tahap perkembangan psikologis, mereka yang melahirkan pada usia muda diduga belum cukup siap untuk menghadapi peran sebagai ibu.⁽⁹⁾ Ditinjau dari faktor paritas, dikatakan bahwa wanita primipara (yang baru pertama kali melahirkan) dianggap belum berpengalaman dalam proses penyesuaian diri menjadi seorang ibu.^(10,11) Beberapa penelitian tidak berhasil menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna dalam hal umur sebagai faktor yang

berperan dalam terjadinya *post-partum blues*. Gordon⁽¹²⁾ melaporkan lebih banyak masalah timbul pada wanita-wanita yang lebih tua, akan tetapi sebaliknya Paykel et al⁽¹³⁾ dan Gotlib⁽¹⁴⁾ mendapatkan bahwa depresi pasca-salin banyak dijumpai di antara wanita yang berumur muda. Ditinjau dari segi paritas, Gotlib⁽¹⁴⁾ juga melaporkan bahwa *post-partum blues* lebih banyak ditemukan pada wanita primipara karena adanya masalah penyesuaian terhadap peranan sebagai orangtua.

Faktor lama persalinan yang makin panjang dikaitkan dengan makin besar kemungkinan seorang wanita mengalami *post-partum blues*.⁽²⁾ Demikian juga, jenis tindakan persalinan yang dialami dikaitkan dengan kemungkinan pengalaman *post-partum blues*, yaitu diduga bahwa makin besar trauma fisik yang ditimbulkan pada saat persalinan makin besar pula trauma psikis dan kemungkinan wanita yang bersangkutan mengalami *post-partum blues*.⁽²⁾

Dukungan sosial dari lingkungan (suami, keluarga, teman dan dokter/paramedis) yang memadai pada saat kehamilan, persalinan dan pasca-salin diduga merupakan faktor penting pula, yaitu bahwa ternyata kejadian *post-partum blues* ini jarang ditemukan pada wanita yang mendapat dukungan sosial yang mencukupi dari lingkungannya.^(2,3,4,13)

Dikatakan bahwa berbagai faktor risiko tersebut di atas saling mempengaruhi satu sama lain, dan hingga kini belum dapat dibuktikan faktor risiko yang paling berperan dalam kejadian *post-partum blues*.

1.6. METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan cara pendekatan *cross-sectional*. Subyek penelitian adalah para wanita yang aktif bekerja dan berpendidikan tinggi (D-3/S-1 atau lebih), serta melahirkan di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin - Bandung. Data yang dikumpulkan berupa data jawaban kuesioner yang diisi sendiri oleh subyek sebanyak 2 (dua) kali pengisian, yaitu selama perawatan pasca-salin di rumah sakit pada saat sekitar 48 jam pasca-salin dan setelah 10 - 14 hari pasca salin.^(16,17) Kuesioner yang digunakan sebagai alat diagnostik menggunakan sistem skor dan terlebih dulu diuji kesahihan (validitas) serta keandalannya (reliabilitasnya) dengan mengukur konsistensi internal (*internal consistency*) dan koefisien reliabilitasnya dengan menggunakan metode *Cronbach's Alpha*.⁽¹⁸⁾

Seluruh data yang didapat selanjutnya diolah dan dilakukan analisis/pengujian statistik dengan menggunakan program komputer

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows version 6.0.

Uji statistik yang digunakan adalah uji non-parametrik berupa uji *Chi-square*, *Exact-Fisher* dan analisis multivariat regresi logistik pada batas kepercayaan 95% atau tingkat signifikansi (α) 0,05.^(18,19)

1.7. WAKTU DAN LOKASI PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran/Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin - Bandung selama periode 6 (enam) bulan, yaitu 1 Januari 1996 sampai dengan 30 Juni 1996.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Wanita dan rumah-tangga

2.1.1. Peran wanita : antara rumah-tangga dan karir

Sejak lama dan hingga saat ini, wanita memegang peranan penting dalam rumah-tangga. Wanita lah yang menyelenggarakan pelbagai urusan rumah-tangga, mulai dari mengatur rumah, memasak, mencuci, mengasuh dan mendidik anak, dan ditambah lagi dengan tugas melayani suami serta merawat diri sendiri. Semua itu oleh sebagian besar wanita dikerjakan sendiri, tanpa bantuan orang lain. Dapat dikatakan bahwa hampir seluruh waktu dari seorang wanita yang sudah berumah-tangga dihabiskan dalam rumahnya sendiri, dan sedikit sekali kemungkinan seorang ibu rumah-tangga untuk mengadakan interaksi sosial dengan orang-orang seumurnya. ⁽²⁰⁾

Sebaliknya, laki-laki sejak zaman dahulu bekerja di luar rumah untuk mencari nafkah bagi keluarganya. Mulai dari zaman berburu, bertani, sampai kini berdagang dan berpolitik, dilakukan oleh kaum laki-laki di luar rumah. Rumah bagi mereka merupakan tempat untuk

beristirahat dan tidak mau diganggu oleh macam-macam persoalan 'sepele', karena bagi mereka pekerjaan di luar rumah sudah cukup melelahkan.⁽²⁰⁾

Keadaan tersebut di atas sudah berlangsung lama, sehingga seakan-akan di dunia ini ada pembagian menurut jenis kelamin.^(1,20) Tempat wanita di lingkungan rumah-tangga, sedangkan tempat laki-laki di luar lingkungan rumah-tangganya. Hal ini sudah berlangsung cukup lama sehingga setiap orang beranggapan bahwa pembagian kerja semacam ini sifatnya alamiah. Dampaknya lebih lanjut terlihat dalam pola pendidikan dan pengasuhan anak, yaitu anak wanita dididik untuk menjadi ibu rumah-tangga yang baik, sedangkan anak laki-laki dididik untuk menjadi pencari nafkah yang baik.^(20,21,22)

Pembangunan yang dilaksanakan oleh bangsa Indonesia antara lain berupa peningkatan jumlah sarana pendidikan, termasuk sarana pendidikan tinggi. Kesempatan untuk mengenyam pendidikan tinggi pun kini makin terbuka lebar, termasuk bagi kaum wanita, sehingga banyak di antara mereka yang melanjutkan pendidikannya sampai dapat menyelesaikan perguruan tinggi atau akademi.⁽¹⁾ Kesadaran untuk memperluas pengetahuan melalui pendidikan tinggi makin bertambah

pula setelah Pemerintah Republik Indonesia terus berupaya meningkatkan pelaksanaan Undang-Undang Dasar 1945, yaitu: *Pasal 31 ayat 1: Tiap-tiap warganegara berhak mendapat pengajaran.*

Majunya pendidikan wanita Indonesia membuka cakrawala baru bagi para wanita. Kini mereka lebih menyadari bahwa dunianya lebih luas daripada lingkungan rumah-tangga saja, dan bahwa banyak orang yang membutuhkan uluran tangannya di luar suami dan anak-anaknya.⁽¹⁾ Semua itu menyebabkan kaum wanita mulai melangkahkan kaki ke luar rumah. Mereka mulai menaruh perhatian pada hal-hal di luar urusan rumah-tangganya. Perkembangan zaman yang diikuti dengan kemajuan teknologi yang telah dicapai pada saat ini telah banyak menciptakan alat-alat yang dapat membantu meringankan pekerjaan wanita, di mana banyak lembaga yang menyediakan diri untuk membantu, maka banyaklah waktu yang luang bagi wanita. Di samping itu kesempatan kerja pun makin terbuka, sehingga cukup banyak pula wanita yang bekerja di kantor-kantor pemerintah atau pun swasta, yang memang membutuhkan para tenaga kerja dengan latar belakang pendidikan yang baik (pendidikan tinggi).⁽¹⁾

Di sisi lain, perkembangan tersebut di atas mempunyai dampak yang kurang menguntungkan. Ada banyak wanita yang merasa kosong atau hampa, tidak berarti hidupnya dan tidak mempunyai tujuan hidup, bila ia hanya membatasi diri pada peran ibu rumah-tangga. Bahkan ada wanita yang merasa tidak mempunyai identitas diri dalam perannya hanya sebagai ibu rumah tangga.⁽²¹⁾ Gejala-gejala ini menunjukkan bahwa ada wanita yang tidak bahagia dalam perannya sebagai ibu rumah-tangga. Ini berarti, hidup dalam lingkungan rumah-tangga bagi wanita belum tentu merupakan kodrat alamiah wanita.^(21,22) Wanita ingin lebih dari sekedar ibu rumah-tangga dan mempunyai kebutuhan-kebutuhan lain, yang harus direalisasikan demi kesejahteraan dirinya. Hal itu dibuktikan dengan makin banyaknya wanita yang cenderung untuk memilih profesi-profesi yang semula hanya ditempati oleh kaum pria saja. Dengan demikian maka peran wanita bertambah dan tidak hanya menjalankan peran sebagai wanita rumah-tangga saja, tetapi juga sebagai wanita yang mempunyai karir sendiri.^(22,23)

Beberapa hal yang mungkin dapat merupakan dorongan bagi para wanita untuk bekerja antara lain adalah.^(22,23)

1. menambah penghasilan suami

2. mengikuti arus / kecenderungan dalam masyarakat
3. untuk menemukan identitas dan eksistensi diri
4. untuk mencari makna diri
5. menghilangkan kesepian karena ditinggal suami bekerja⁽²⁴⁾
6. keinginan untuk berpartisipasi aktif dalam perubahan sosial⁽²⁵⁾

2.1.2. Pandangan dan harapan masyarakat terhadap peran wanita

Adanya sifat-sifat psikologis yang khas pada seorang wanita, menyebabkan timbulnya pandangan tertentu dalam masyarakat yang kemudian tumbuh menjadi harapan masyarakat tentang peran seorang wanita. Masyarakat mengatakan bahwa peran wanita adalah sebagai isteri dan ibu, dan mempertahankan feminitasnya. Menurut pandangan ini, maka hidup wanita barulah mempunyai arti atau baru benar-benar aktif terealisasikan bila ia telah menjadi seorang ibu. Tanpa menjadi seorang ibu, wanita tidak dapat mencapai arti "ada"nya di dunia ini dan tidak dapat mencapai kebahagiaan. Jadi hidup dalam rumah-tangga bagi wanita merupakan kodrat alamiah wanita.^(23,24)

Banyak orang, secara sadar maupun tidak, masih mempunyai pandangan tradisional tentang tugas kaum wanita dan sumber pemenuhannya. Mempunyai anak akan memberikan kepuasan dalam banyak hal, namun tuntutan dalam membesarkan anak pun demikian besar, dan karenanya banyak pasangan yang mempunyai anak kadang-kadang merasa terbebani, bahkan iri serta benci kepada pasangan yang tidak mempunyai anak atas kemauan sendiri.⁽²⁶⁾ Walaupun tersedia kesempatan untuk melakukan pilihan, masyarakat masih mengharapkan bahwa pasangan yang menikah mempunyai keturunan dan terdapat suatu tekanan sosial agar menyesuaikan diri dengan harapan ini.⁽²⁷⁾ Beberapa orang menganggap pasangan tanpa anak ibarat pengelak wajib militer, yang mengelak dari tanggung jawab sosial mereka. Tekanan sosial ini lebih besar dirasakan oleh kaum wanita dan tugas inilah yang secara terang-terangan dipilih sebagai alasan utama menentang persamaan hak bagi kaum wanita. Wanita adalah ibu; wanita tinggal di rumah dan merawat anak-anak. Banyak orang menyesali atau terancam oleh bertambahnya persamaan hak di dalam perkawinan dewasa ini.^(26,27) Kaum wanita dibebaskan dari tugas-tugas tertentu dan kaum pria mengambil alih tugas-tugas tertentu di rumah.

Beberapa orang menghubungkan gerakan pembebasan kaum wanita dan tugas-tugas yang sama bagi pria dan wanita dengan kebebasan baru dari kaum wanita yaitu memilih tidak menjadi seorang ibu.⁽²⁶⁾ Karena itu, baik tuntutan-tuntutan sebenarnya dari membesarkan anak maupun tugas tradisional kaum wanita, wanita berkeluarga akan dicela pertama kali jika mereka memilih untuk tidak menjadi ibu.^(23,24) Walaupun wanita ingin bekerja, maka pekerjaan itu pun sebaiknya dilakukan sebelum wanita berumah-tangga atau bila sudah berumah tangga, sebaiknya dilakukan sebagai pekerjaan sambilan (paruh-waktu).⁽²⁴⁾

Dari pihak pemerintah memang dibuka kesempatan yang luas bagi wanita untuk bekerja dan menuntut ilmu. Tetapi tidak semua golongan masyarakat dapat menerima pandangan ini, sehingga timbullah pandangan-pandangan tertentu terhadap wanita yang bekerja. Sebagian masyarakat berpandangan bahwa bertambahnya ibu yang bekerja di luar rumah dianggap mengancam stabilitas keluarga dan sering dianggap sebagai penyebab perceraian dan kenakalan remaja.^(22,27) Selain dianggap sebagai penyebab malapetaka dalam keluarga, wanita bekerja juga dianggap menyalahi sifat-sifat psikologisnya sebagai wanita.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat dikatakan bahwa wanita Indonesia, khususnya yang mempunyai tingkat intelektual yang tinggi dan mempunyai aktivitas di luar rumah, menghadapi 2 macam harapan sesuai dengan '*role-expectation*' masyarakat terhadap seorang ibu rumah-tangga. dan '*role-expectation*' terhadap seorang yang berpendidikan tinggi untuk mengamalkan keilmuannya.^(1,25,26)

2.1.3. Situasi konflik peran wanita Indonesia

Wanita Indonesia saat ini sedang berada pada masa transisi dari wanita yang terikat oleh norma-norma tradisional untuk menjalankan peran sebagai ibu rumah tangga, kepada wanita yang dapat membangun karir untuk mengembangkan diri dan mendapat identitas. Wanita Indonesia pada saat ini seolah-olah sedang berada di persimpangan jalan antara norma-norma tradisional dengan norma-norma baru, di mana norma lama sudah dianggap usang, sedang norma yang baru belum diinternalisasikan, sehingga timbullah konflik ini.^(1,23,24)

Konflik peran itu terjadi pada masa kini dan melanda wanita di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Konflik peran ini terutama dirasakan oleh wanita dari golongan menengah yang berpendidikan

tinggi, karena wawasan mereka sudah lebih luas dari pada sekedar rumah-tangga saja dan mereka inilah yang biasanya mempunyai banyak ikatan-ikatan tradisional.⁽¹⁾ Di satu pihak mereka ingin '*conform*' dengan norma-norma dan nilai-nilai masyarakat, sedang di lain pihak mereka mempunyai dorongan-dorongan sendiri yang tidak sesuai dengan norma dan nilai masyarakat, yaitu bahwa dalam diri wanita itu sendiri ada motif-motif atau dorongan untuk bekerja atau melakukan aktivitas di luar rumah.^(25,26,27)

Dengan demikian maka wanita berpendidikan tinggi yang melakukan kegiatan di luar rumah mengalami apa yang disebut '*role-conflict*', yaitu antara peran sebagai seorang yang berpendidikan tinggi dan peran sebagai ibu rumah tangga.⁽¹⁾ Harapan kedua peran ini relatif tidak dapat dapat saling bekerjasama, karena sebagai seorang berpendidikan tinggi ia dituntut untuk banyak beraktivitas di luar rumah, sedangkan sebagai ibu rumah-tangga ia dituntut banyak berada di rumah. Di samping itu di dalam dirinya juga terdapat '*self-role conflict*', yaitu antara nilai-nilai dan kebutuhannya untuk melakukan aktivitas di luar rumah dengan perannya sebagai seorang wanita yang sudah berumah tangga.^(27,28)

2.2 Keputusan untuk mempunyai anak

Menjadi orangtua merupakan perubahan terbesar yang terjadi dalam kurun waktu kehidupan keluarga. Sebelum masa ini mempunyai anak lebih merupakan suatu 'kewajiban' daripada sebagai suatu pilihan bagi pasangan-pasangan yang menikah. Kini, sebagian besar anggota masyarakat kita telah mempunyai kemungkinan untuk memilih atau memutuskan apakah akan mempunyai anak atau tidak. Bagi pasangan yang ingin mempunyai anak, mereka dapat merencanakan kapan saat yang tepat untuk mewujudkan pilihannya tersebut.⁽²⁸⁾

Dalam masyarakat beragama mempunyai anak dipandang sebagai salah satu alasan utama (jika bukan satu-satunya alasan pokok) perkawinan. Anak adalah salah satu anugerah perkawinan yang besar karena seksualitas dianggap manusiawi demi tujuan penciptaan atau prokreasi. Prokreasi hampir selalu dihasilkan oleh hubungan seksual; dan sebagai hal yang utama dalam perkawinan yang merupakan wadah resmi bagi hubungan seksual dan anak-anak yang dihasilkannya.⁽²⁴⁾ Karena itu, masyarakat beranggapan bahwa pasangan yang menikah akan mempunyai anak (dan orang lain tidak). Sebagai akibatnya, karena

kaum wanita jelas mempunyai peranan yang penting dalam penciptaan keturunan, masyarakat beranggapan bahwa mempunyai anak merupakan salah satu tugas pokok (jika bukan yang terutama) dari kaum wanita. Mereka mendapat pemenuhan yang paling sempurna dengan mempunyai anak, dan seorang wanita dianggap tidak sempurna jika tidak mempunyai anak. Perkawinan yang tidak dikaruniai anak dianggap kekurangan suatu unsur penting dan karena itu patut dikasihani, atau, jika pasangan tersebut sengaja tidak mau mempunyai anak, mereka dicela.^(24,25,26)

Norma atau anggapan ini tetap berlaku walaupun gerakan Keluarga Berencana dengan berbagai metode kontrasepsi yang dapat diandalkan mulai berkembang dan perencanaan keluarga menjadi suatu hal yang memungkinkan. Berbagai metode kontrasepsi dapat digunakan untuk menunda kehamilan yang pertama pada wanita-wanita yang belum merasa "siap" menjadi seorang ibu (karena berbagai alasan atau pertimbangan) segera setelah menikah dan pembatasan jumlah kelahiran disahkan terutama untuk memberi jarak antara kelahiran anak yang satu dengan anak berikutnya, dan bukan untuk menghindari status sebagai ibu.

Keputusan untuk mempunyai anak merupakan salah satu keputusan yang sangat penting dan akan mempengaruhi seluruh kehidupan kita (bersama dengan keputusan mengenai perkawinan dan pekerjaan). Keputusan ini tidak dapat ditarik kembali: kita tidak dapat berhenti atau pensiun dari tugas sebagai ibu sebagaimana dalam hal pekerjaan, atau menceraikan anak-anak seperti menceraikan suami (kecuali bagi wanita yang melepaskan hal untuk mengasuh anak-anaknya atau melepaskan anaknya untuk diadopsi).⁽²⁴⁾ Walaupun tidak semua wanita menikah dewasa ini menjadi ibu, kebanyakan perkawinan menuju ke arah menjadi orangtua. Mungkin bagi sebagian besar orangtua, pengalaman melahirkan dan mempunyai anak ini pada umumnya memberi kepuasan dan pemenuhan; walaupun pengalaman selanjutnya tidak selalu menyenangkan, karena membesarkan anak merupakan tugas yang sulit, seringkali menegangkan saraf, serta sangat menuntut dan menantang.⁽²⁴⁾

Dewasa ini pandangan sebagian masyarakat terhadap masalah kehadiran anak dalam keluarga telah mulai berubah. Keputusan untuk mempunyai anak dan menjadi ibu lebih merupakan pilihan yang realistis dan tidak lagi merupakan suatu 'kewajiban' bagi pasangan-pasangan

yang menikah. Menjadi ibu tidak lagi dipandang sebagai tugas utama atau pemenuhan bagi kaum wanita yang menikah.^(23,24)

Beberapa perubahan lain telah pula terjadi dewasa ini dan merupakan keadaan yang menguntungkan bagi pasangan yang menikah untuk mengambil keputusan dalam hal kehadiran anak dalam keluarga. Pembagian tugas sebagai orangtua antara suami dan isteri yang lebih fleksibel, yaitu bahwa pengasuhan anak bukan saja semata tugas wanita, dan tersedianya lebih banyak tempat penitipan anak sebagai salah satu alternatif dalam membesarkan anak, merupakan dukungan yang positif bagi wanita-wanita bekerja yang ingin mempunyai anak.

2.3. Wanita, kehamilan dan persalinan

2.3.1. Situasi emosional pada kehamilan dan persalinan

Kehamilan dan persalinan pada umumnya memberikan arti emosional yang sangat besar pada setiap wanita. Bersangkutan dengan peristiwa kehamilan tersebut ada teori yang berpendapat bahwa calon ibu atau wanita yang sedang hamil melanjutkan kecenderungan-kecenderungan psikologis dan ciri-ciri tingkah laku yang dimiliki sebelum ia menjadi hamil. Hampir dapat dipastikan bahwa kehamilan pada

umumnya menambah intensitas emosi dan tekanan batin pada kehidupan psikisnya.⁽⁸⁾

Seorang ibu yang hidup bahagia, pada lazimnya dapat merasakan kepuasan dan kebahagiaan ketika ia menjadi hamil. Ia bangga akan keadaan dirinya serta kesuburannya; dan sangat bergairah menyambut bayinya yang akan lahir.⁽⁸⁾ Jika kehamilan tersebut merupakan peristiwa yang pertama kali, maka besar kemungkinannya bahwa calon ibu itu akan mengembangkan mekanisme kepuasan dan kebanggaan, karena ia merasa mampu menjalankan tugas kewajiban sebagai wanita normal dan sebagai penerus generasi.⁽⁸⁾ Dengan sabar dan seksama ia mempersiapkan diri menghadapi satu fase kehidupan baru dan tugas-tugas baru sebagai seorang ibu muda.⁽⁸⁾ Namun demikian, sekalipun seorang wanita itu berhasrat benar untuk menjadi ibu, dan cukup realistis, disertai sikap hidup yang sehat terhadap diri sendiri dan orang lain, kehamilan itu tetap merupakan suatu ujian berat baginya, dan menimbulkan ketakutan-ketakutan tertentu.^(8,24)

Jika terdapat kesukaran-kesukaran khusus dalam rumah-tangganya, umpama berupa kesulitan keuangan, kewajiban mengurus rumah-tangga yang amat berat, selisih paham dengan salah satu

anggota keluarga, konflik dengan suami, dan lain-lain, maka beban ujian berupa kehamilan itu pasti akan terasa makin berat menekan pada dirinya.^(8,24)

Di samping itu kehamilan tersebut mengandung risiko mempertaruhkan jiwa dan raga, khususnya pada saat melahirkan bayinya. Karena itu kehamilan dan melahirkan bayi merupakan perjuangan yang cukup berat bagi setiap wanita, yang tidak luput dari rasa ketakutan dan kesakitan.⁽⁸⁾ Ketakutan itu antara lain berupa: kerisauan disebabkan oleh kelelahan dan kesakitan jasmaniah, merasa bingung, timbul kecemasan karena tidak mendapatkan dukungan emosional; mengembangkan reaksi-reaksi kecemasan terhadap cerita-cerita takhayul yang mengerikan, ketakutan saat menghadapi kelahiran bayinya; ketakutan kalau bayinya meninggal dan abortus, atau menderita cacat jasmani maupun mental.^(8,15)

2.3.2. Faktor somatis dan psikis dalam proses persalinan

Setiap proses biologis dari fungsi keibuan dan reproduksi, yaitu sejak turunnya bibit ke dalam rahim ibu sampai saat kelahiran bayi itu

senantiasa dipengaruhi oleh pengaruh-pengaruh psikis tertentu. Dapat dikatakan bahwa terdapat interdependensi di antara faktor-faktor somatis dan psikis, sehingga pada fungsi reproduksi yang sifatnya biologis itu selalu dimuati oleh elemen-elemen psikis pula.⁽⁸⁾ Dengan demikian segenap perkembangan psikis dan pengalaman-pengalaman emosional di masa silam dari wanita yang bersangkutan ikut berperan dalam kegiatan mempengaruhi mudah atau sukarnya proses kelahiran bayinya.⁽⁸⁾

Para dokter atau bidan hampir-hampir tidak mempunyai waktu untuk memperhatikan kondisi psikis para wanita yang sedang dalam proses kehamilan dan persalinan, karena biasanya sudah cukup disibukkan dengan faktor somatis. Mereka juga kadang-kadang terlampau tegang dan lelah untuk memperhatikan kehidupan psikis wanita yang baru melahirkan tersebut.⁽⁸⁾ Para dokter dan bidan umumnya beranggapan bahwa tugasnya telah selesai apabila bayinya telah lahir dengan selamat, dan ibunya tidak menunjukkan tanda-tanda patologik atau kelainan-kelainan kondisi tubuhnya. Biasanya para dokter segera melakukan intervensi jauh sebelum kelahiran bayi apabila mereka melihat tanda-tanda kelainan pada kehamilan. Sebab mereka

sama sekali tidak mengharapkan terjadinya proses persalinan yang abnormal.

Kelahiran bayi senantiasa diawali dengan beberapa tanda pendahuluan. Beberapa minggu sebelum kelahiran bayi, uterus atau rahim ibu itu 'menurun' karena bagian terendah janin masuk ke dalam rongga panggul. Pada setiap luapan emosi yang disebabkan oleh rangsangan kuat dari luar, akan timbul kontraksi-kontraksi dalam kandungan yang hampir mirip dengan kontraksi saat akan melahirkan. Rahim yang 'menurun' itu mengakibatkan tekanan-tekanan yang makin terasa berat di dalam perut, ketegangan-ketegangan batin, dan sesak nafas. Bahkan bagi seorang wanita yang paling sehat pun, kondisi somatis menjelang kelahiran bayi ini dirasakan sangat berat dan tidak menyenangkan. Seringkali timbul pula rasa jengkel, tidak nyaman badan, merasa kegerahan, tidak sabar, cepat menjadi letih dan lesu; dan identifikasi serta harmoni antara ibu dengan janin yang dikandungnya menjadi terganggu.⁽⁸⁾ Bayi yang semula sangat diharapkan dan mulai dicintai secara psikologis selama berbulan-bulan itu kini mulai dirasakan sebagai beban yang amat berat.

Penderitaan fisik dan beban jasmaniah selama minggu-minggu terakhir masa kehamilan itu menimbulkan banyak gangguan psikis; dan pada akhirnya merenggangkan kesatuan Ibu-Anak yang semula tunggal dan harmonis. Perubahan-perubahan organik pada minggu-minggu terakhir itu menimbulkan pula makin banyaknya perasaan-perasaan tidak nyaman. Maka beban derita fisik itu menjadi latar belakang impuls-impuls emosional yang diwarnai oleh 'sikap-sikap bermusuhan' terhadap bayinya.^(8,29) Lalu ibu tersebut mengharapkan dengan sangat agar janin yang dikandungnya bisa cepat-cepat dikeluarkan dari rahim atau dilahirkannya.

Dengan makin bertambah beratnya beban kandungan dan bertambah banyaknya rasa tidak nyaman secara fisik, ego wanita yang sedang hamil itu secara psikologis menjadi makin lelah dan lesu secara lahir-batin. Akibatnya, relasi ibu dengan janin menjadi terpecah, sehingga polaritas Aku-Kamu (Aku sebagai pribadi Ibu dan Kamu sebagai Bayi) menjadi makin nyata. Selanjutnya timbullah dualisme perasaan, yaitu: harapan-cinta-kasih; dan impuls-impuls bermusuhan-kebencian.⁽⁸⁾ Oleh sebab itu, 'musuh' yang ada dalam kandungan itu harus cepat-cepat keluar dari rahim, agar tidak terlampau lama menjadi

sumber ketidaksenangan, untuk kemudian dijadikan obyek 'kesayangan'.

Peristiwa melahirkan bayi itu betul-betul memerlukan penguasaan diri, terutama untuk mengatasi gejala macam ketakutan dan seribu satu penderitaan. Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan di kala merasakan kesakitan-kesakitan pertama menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa rasa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar akan terjadi satu realitas kewanitaan sejati atau kejati-dirian seorang wanita, karena dapat hamil dan melahirkan seorang anak, sehingga menimbulkan kebanggaan tersendiri.⁽⁸⁾

2.4. *POST-PARTUM BLUES*

2.4.1. Adaptasi pasca-salin

Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita-wanita selama minggu-minggu dan bulan-bulan pertama setelah melahirkan. Secara teoritis dikatakan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan salah satu krisis dan peralihan dalam kehidupan yang membutuhkan suatu adaptasi dan reorganisasi intrapsikik yang substansial.^(3,4) Pengalaman

selama masa kehamilan dan persalinan menimbulkan suatu konflik sekitar masalah identifikasi diri sebagai wanita, pemeliharaan atau pengasuhan anak, ketergantungan, serta hubungan wanita tersebut dengan ibunya sendiri. Dalam masalah hubungan interpersonal, kehamilan dan persalinan menimbulkan perubahan-perubahan yang dramatik di sekitar hubungan perkawinan, peran sosial dan keluarga, serta kehidupan sehari-hari, termasuk yang berhubungan dengan pekerjaannya di luar rumah. Kebanyakan wanita dapat menanggulangi dengan baik kebutuhan-kebutuhan perawatan bayi yang baru dilahirkannya dan dampaknya terhadap tugas tanggung-jawab mereka lainnya serta kehidupan sosial. Sebagian wanita tidak siap dan tidak dapat menyesuaikan diri secara optimal terhadap perubahan-perubahan dalam masa nifas atau pasca-salin tersebut. Realisasi tanggungjawab sebagai seorang ibu setelah melahirkan bayi seringkali menimbulkan konflik dalam diri seorang wanita dan merupakan pemicu munculnya gangguan penyesuaian emosi, intelektual dan tingkah laku. Penyesuaian yang tidak optimal dan konflik yang tidak teratasi dengan baik akan menimbulkan gangguan-gangguan psikologis atau kejiwaan berupa

selama masa kehamilan dan persalinan menimbulkan suatu konflik sekitar masalah identifikasi diri sebagai wanita, pemeliharaan atau pengasuhan anak, ketergantungan, serta hubungan wanita tersebut dengan ibunya sendiri. Dalam masalah hubungan interpersonal, kehamilan dan persalinan menimbulkan perubahan-perubahan yang dramatik di sekitar hubungan perkawinan, peran sosial dan keluarga, serta kehidupan sehari-hari, termasuk yang berhubungan dengan pekerjaannya di luar rumah. Kebanyakan wanita dapat menanggulangi dengan baik kebutuhan-kebutuhan perawatan bayi yang baru dilahirkannya dan dampaknya terhadap tugas tanggung-jawab mereka lainnya serta kehidupan sosial. Sebagian wanita tidak siap dan tidak dapat menyesuaikan diri secara optimal terhadap perubahan-perubahan dalam masa nifas atau pasca-salin tersebut. Realisasi tanggungjawab sebagai seorang ibu setelah melahirkan bayi seringkali menimbulkan konflik dalam diri seorang wanita dan merupakan pemicu munculnya gangguan penyesuaian emosi, intelektual dan tingkah laku. Penyesuaian yang tidak optimal dan konflik yang tidak teratasi dengan baik akan menimbulkan gangguan-gangguan psikologis atau kejiwaan berupa

suatu depresi dan memberi dampak negatif bagi kehidupan pribadi dan juga keluarganya.^(2,3,6)

2.4.2. Pengertian dan Batasan

Pengertian tentang gangguan mental pasca-salin telah makin jelas dalam beberapa tahun terakhir. Gangguan kejiwaan pasca-salin secara umum dibagi menjadi 3 (tiga) kategori sesuai dengan beratnya gangguan ialah : *blues*, depresi dan psikosis.^(3,6)

Kelainan psikosis yang berhubungan dengan kelahiran atau dikenal dengan istilah *psikosis post-partum* telah lama diteliti dan relatif jarang ditemukan, akan tetapi mempunyai dampak negatif terhadap hasil persalinan. *Depresi post-partum* dan *post-partum blues* merupakan kelainan yang lebih ringan dari psikosis post-partum, meskipun demikian kelainan-kelainan tersebut potensial untuk menimbulkan kesulitan atau masalah bagi wanita atau ibu yang mengalaminya.⁽⁶⁾

Post-partum blues (PPB) atau sering juga disebut sebagai *maternity blues*^(3,4,6) adalah suatu sindroma gangguan mental ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan, dan ditandai dengan gejala-gejala seperti: reaksi depresi/sedih/disforia,

menangis, mudah tersinggung (iritabilitas), cemas, labilitas perasaan, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan. Gejala-gejala ini mulai muncul dalam beberapa hari setelah persalinan dan pada umumnya akan menghilang dalam waktu antara beberapa jam sampai beberapa hari. Namun pada beberapa kasus, gejala tersebut terus bertahan dan baru menghilang setelah beberapa minggu atau bulan kemudian, bahkan dapat berkembang menjadi keadaan yang lebih berat. ^(2,3)

Ketiga kelainan tersebut di atas saat ini terdaftar dalam buku edisi yang ketiga (revisi) dari *Diagnostic and Stastitical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. Meskipun ketiga kelainan tersebut menunjukkan perbedaan yang nyata dalam hal beratnya penyakit, tetapi tidak ada butir-butir pemisah antara ketiga kelainan tersebut satu sama lain, dan para wanita yang “berada di daerah perbatasan” akan menunjukkan gejala yang sama satu dengan lainnya.

2.4.3. Angka Kejadian

Beberapa studi mengenai angka kejadian *post-partum blues* yang dilakukan oleh beberapa peneliti di berbagai tempat melaporkan angka kejadian dengan rentang yang lebar, yaitu antara 26% sampai

85%.^(2,3,6,14,30) Peneliti yang melaporkan angka kejadian yang relatif tinggi menggunakan kriteria hanya berupa adanya gejala kadang-kadang menangis selama minggu pertama pasca-salin untuk menegakkan diagnosis *post-partum blues*. Angka kejadian yang rendah telah dilaporkan dari peneliti-peneliti yang menggunakan kriteria yang lebih ketat untuk menegakkan diagnosis *post-partum blues*, seperti skor tinggi pada skala perasaan dan depresi yang standar, yaitu *Beck Depression Inventory* dan *the Multiple Affect Adjective Check List*. Perbedaan angka kejadian tersebut di atas kemungkinan juga disebabkan karena adanya perbedaan populasi penelitian dari masing-masing studi. Studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis di RSUP Dr. Hasan Sadikin - Bandung pada tahun 1995 mendapatkan angka kejadian *post-partum blues* sebesar 33% di antara semua wanita yang melahirkan secara spontan di rumah sakit tersebut.⁽⁷⁾

2.4.4. Faktor-faktor yang berpengaruh

Perilaku manusia dalam banyak hal merupakan sesuatu yang kompleks atau rumit untuk dapat dianggap sebagai hasil dari satu pengaruh. Demikian pula dalam hal terjadinya perubahan atau

gangguan pada masa nifas, seperti pada kejadian *post-partum blues*, beberapa faktor yang berinteraksi ikut mempengaruhi terjadinya *post-partum blues* tersebut.^(3,6)

Meskipun kebanyakan penelitian terdahulu tentang *post-partum blues* menitikberatkan tujuan penelitiannya kepada aspek biologisnya, cukup banyak pula penelitian yang mencoba mengungkap hubungan antara faktor-faktor demografik, stres dan variabel-variabel riwayat psikiatrik dengan *post-partum blues*. Beberapa penelitian mencoba melihat hubungan antara faktor-faktor demografik, seperti: umur, paritas, pendidikan dan sosial ekonomi.

Beberapa peneliti juga mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara gangguan perasaan/emosi sebelum dan selama kehamilan dengan *post-partum blues*.^(31,32,33) Seringkali didapatkan kesulitan untuk membedakan gejala-gejala *post-partum blues* dengan depresi post-partum, sehingga juga dalam hal etiologi antara *post-partum blues* dan depresi seringkali dibicarakan bersama sebagaimana berikut ini.

2.4.4.1. Faktor-faktor biologis

Penjelasan yang predominan tentang *post-partum blues* adalah kadar hormon-hormon seperti: estrogen, progesteron, prolaktin dan kortisol yang terlalu tinggi atau terlalu rendah dalam masa nifas atau mungkin karena perubahan-perubahan kadar hormon-hormon tersebut yang terlalu cepat atau terlalu lambat. Hipotesis tentang disfungsi hormonal pada masa nifas ini mirip dengan apa yang dikemukakan tentang gangguan psikologis pada masa premenstrual dan selama menopause. Meskipun kebanyakan hormon yang diteliti adalah yang dianggap berkaitan dengan kelainan pada masa nifas (seperti: estrogen dan progesteron), hormon-hormon lainnya diduga pula mempunyai hubungan dengan gangguan perasaan secara umum (seperti: kortisol, norepinefrin dan triptofan).^(34,35,36,37,38)

Penelitian-penelitian tentang peran estrogen, progesteron, dan prolaktin dalam kejadian *post-partum blues* belum dapat mencapai suatu hasil yang konklusif. Feksi et al.⁽³⁹⁾ mendapatkan hasil kadar estradiol yang lebih tinggi pada subyek yang mengalami *post-partum blues* dibandingkan dengan mereka yang tidak mengalaminya. Meski demikian penelitian-penelitian lain tidak mendapatkan hubungan yang

bermakna antara kadar estrogen dengan kejadian *post-partum blues* atau beberapa peneliti lain mendapatkan korelasi yang belum dapat diinterpretasikan sebagai korelasi yang bermakna.

Dalton⁽⁴⁰⁾ menyusun suatu hipotesis bahwa kadar progesteron pasca-salin yang relatif rendah mempunyai hubungan dengan *post-partum blues* (dan depresi), tetapi hanya sedikit bukti-bukti yang mendukung. Sebagai contoh, terdapat satu studi yang melaporkan didapatkannya kadar progesteron yang lebih tinggi pada kasus-kasus *post-partum blues*, tetapi beberapa studi lainnya tidak mendapatkan hubungan antara kejadian *post-partum blues* dengan kadar progesteron. Meski demikian, Nott et al.⁽⁴¹⁾ mendapatkan bahwa makin besar penurunan kadar progesteron setelah persalinan makin besar kecenderungan seorang wanita mengalami depresi dalam waktu 10 hari pertama setelah melahirkan. Demikian juga, Gard et al.⁽³⁴⁾ mendapatkan kadar progesteron prenatal yang lebih tinggi pada kasus-kasus *post-partum blues*.

Beberapa penelitian telah meneliti peran prolaktin dalam kejadian *post-partum blues* dan mereka mendapatkan hasil yang kontradiktif. Kadar prolaktin yang sangat tinggi pada akhir kehamilan

menurun lebih lambat dibandingkan dengan hormon-hormon gonadotropin. Menyusui akan merangsang sekresi prolaktin, dan kadar prolaktin pada wanita menyusui jauh lebih tinggi daripada mereka yang tidak menyusui. Pada wanita-wanita yang tidak baru melahirkan, keadaan hiperprolaktinemia berhubungan dengan keadaan cemas dan depresi. Beberapa penelitian mencoba untuk mendapatkan adanya hubungan antara tingginya kadar prolaktin dan perubahan mental pasca-salin. Nott et al.⁽⁴¹⁾ tidak mendapatkan hubungan antara kadar prolaktin dengan *post-partum blues*, sementara itu George et al.⁽⁴²⁾ mendapatkan korelasi positif yang bermakna antara kadar prolaktin dengan perasaan-perasaan disforia pasca-salin. Walaupun perubahan kadar hormon prolaktin ini terjadi pada semua wanita pasca-salin, namun terbukti bahwa tidak semua wanita pasca-salin mengalami gangguan mental pasca-salin, sehingga fenomena mengenai pengaruh hormon prolaktin ini belum memiliki cukup bukti.

Beberapa penelitian tentang faktor-faktor biologis yang bermakna sebagai faktor etiologi pada depresi non-puerperal telah pula dilakukan pada masa nifas. Sebagai contoh, triptofan, sebagai prekursor serotonin, dan kortisol, telah diteliti karena keduanya memiliki potensi

berhubungan dengan *post-partum blues*.^(43,44) Dua penelitian mendapatkan bahwa kadar triptofan plasma bebas yang lebih tinggi mempunyai hubungan dengan tingkat gangguan perasaan yang lebih berat.⁽⁴⁵⁾

Meskipun telah terdapat bukti tentang adanya disregulasi dari sistem hipotalamus-hipofise-adrenokortikoid dalam kejadian depresi⁽⁴⁶⁾, hanya didapatkan sedikit dukungan konsisten terhadap setiap hipotesis hormonal terhadap *post-partum blues*. Jumlah sampel yang relatif sedikit mungkin membatasi kekuatan (*power*) dari banyak penelitian untuk mendeteksi perbedaan antara wanita yang mengalami *post-partum blues* dengan mereka yang tidak mengalaminya. Lebih jauh lagi, kebanyakan studi melaporkan banyak uji statistik tentang hubungan antara variabel-variabel hormonal dengan *post-partum blues*, sehingga meningkatkan kemungkinan bahwa temuan-temuan yang bermakna disebabkan karena kesempatan (*chance*).

2.4.4.2. Faktor-faktor karakteristik dan latar belakang ibu

Meskipun faktor kesulitan ekonomi dan pengalaman pertama mempunyai anak merupakan contoh-contoh yang mungkin berpengaruh terhadap peningkatan stres pada masa nifas dan meningkatkan risiko seorang wanita untuk mengalami *post-partum blues* dan depresi, hingga kini belum didapatkan bukti-bukti yang cukup kuat untuk mendukung adanya hubungan yang bermakna antara keduanya. Hubungan antara faktor latar belakang lainnya, seperti: umur, paritas, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, status perkawinan telah dicoba diamati dalam beberapa studi. Beberapa studi yang telah dilakukan mendapatkan bahwa belum terdapat bukti yang cukup kuat bahwa latar belakang /karakteristik ibu mempunyai hubungan dengan meningkatnya kemungkinan seorang ibu mengalami *post-partum blues* atau depresi.

2.4.4.2.1. Faktor umur ibu

Sebagian besar masyarakat percaya bahwa saat yang tepat bagi seorang wanita untuk melahirkan adalah antara umur 20 - 30 tahun, dan hal ini mendukung masalah periode yang optimal bagi perawatan bayi oleh seorang ibu. Pada usia yang lebih awal (kehamilan remaja)

atau lebih lanjut, telah diyakini akan meningkatkan risiko biomedik, mengakibatkan pola tingkah laku yang tidak optimal, baik pada ibu yang melahirkan maupun bayi atau anak yang dilahirkan dan dibesarkannya.⁽⁹⁾ Stres yang berhubungan dengan kehamilan pada wanita usia muda (adolesens) dan ketidakmatangan emosional atau egosentrisme pada ibu-ibu muda disebutkan sebagai komponen-komponen yang mungkin berperan dalam pembentukan tingkah-laku yang berhubungan dengan usia ibu.^(47,48) Diduga bahwa dengan meningkatnya usia ibu akan meningkat pula kematangan emosional, sehingga meningkatkan pula keterlibatan dan kepuasan dalam peran sebagai orangtua, dan membentuk pola tingkah laku maternal yang optimal pula. Beberapa ahli melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan antara umur ibu dengan gangguan emosi dan tingkah laku pada periode pasca-salin (nifas).⁽⁴⁷⁾ Sebagian peneliti melaporkan hasil bahwa wanita yang berumur lebih muda mempunyai risiko yang lebih dibandingkan mereka yang berumur lebih tua, tetapi sebagian peneliti lainnya tidak mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara faktor umur dengan kejadian *post-partum blues*.^(14,47,48)

2.4.4.2.2. Faktor paritas

Beberapa peneliti mencoba untuk meneliti hubungan antara paritas dengan *post-partum blues* dan depresi. Beberapa peneliti yang berpegang pada teori stres sosial pada depresi post-partum berpendapat bahwa kelahiran dan pengenalan bayi terhadap rumah sebagai peristiwa sosial akut (*acute social event*), suatu stres major yang mengganggu pola hidup orangtua dan menjadikan mereka harus melaksanakan pola tingkah-laku baru pada masa pasca-salin. Sejumlah peneliti lainnya beranggapan bahwa gangguan tersebut selama masa nifas akan meningkatkan kepekaan wanita terhadap gangguan emosional. ^(11,49)

Teori stres sosial mengatakan bahwa pada kebanyakan wanita gangguan emosi pada masa nifas merupakan fungsi dari seberapa berat gangguan yang ditimbulkan terhadap pola tingkah-laku lama oleh kebutuhan-kebutuhan untuk perawatan bayi dan faktor eksternal lainnya, dibandingkan variabel internal atau fisiologis, dan merupakan faktor determinan utama dari gangguan emosi atau depresi pada masa nifas. Fakta-fakta bahwa para ibu yang beradaptasi dan juga para ayah yang mengalami depresi setelah kelahiran bayinya, terutama pada anak

pertama, mendukung adanya pengaruh dari faktor-faktor eksternal tersebut.^(50,51)

Pada beberapa hasil penelitian bahkan dikemukakan bahwa depresi atau *post-partum blues* ini didapatkan lebih banyak pada wanita multipara, terutama bila gangguan emosi atau perasaan tersebut telah muncul sejak masa kehamilan. Hal ini mungkin disebabkan karena faktor anak-anak yang sudah ada sebelumnya dan mungkin telah cukup melelahkan dan menimbulkan masalah ekonomi, dan masih harus ditambah dengan masalah yang ditimbulkan oleh anak yang akan dilahirkannya.^(11,14,49)

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk melihat hubungan antara faktor paritas dengan kejadian *post-partum blues* atau depresi. Di antara sebanyak 18 penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya, tidak didapatkan adanya hubungan antara paritas dan *post-partum blues* atau depresi pada 12 penelitian, sebanyak 3 penelitian menunjukkan hasil bahwa paritas yang lebih tinggi berhubungan dengan risiko yang meningkat terhadap *post-partum blues*, sedangkan pada 3 penelitian lainnya bahkan menunjukkan adanya hubungan antara paritas yang

lebih rendah dengan peningkatan risiko pengalaman *post-partum blues*.^(49,50,51)

2.4.4.2.3. Faktor pendidikan

Salah satu faktor latar belakang lain yang diduga mempunyai kaitan atau pengaruh terhadap munculnya pengalaman *post-partum blues* adalah tingkat pendidikan wanita. O'Hara⁽³⁵⁾ melaporkan hasil penelitiannya mengenai pengaruh latar belakang pendidikan terhadap gangguan mental pasca-salin, dan tidak mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara kedua hal tersebut. Penulis pernah meneliti hal yang sama di RSUP Dr. Hasan Sadikin, dan mendapatkan adanya kecenderungan angka kejadian *post-partum blues* yang lebih tinggi pada kelompok wanita berpendidikan tinggi.⁽⁷⁾ Wanita-wanita yang berpendidikan tinggi menghadapi tekanan sosial dan konflik peran, antara tuntutan sebagai wanita berpendidikan tinggi yang memiliki dorongan untuk bekerja dan melakukan aktivitas di luar rumah dan peran sebagai ibu rumah tangga atau orangtua jika ia mempunyai anak.^(26,27)

2.4.4.3. Faktor pengalaman dalam proses persalinan

Variabel lain yang mungkin berperan dalam *post-partum blues* adalah pengalaman ibu pada saat bersalin. Intervensi medis mungkin akan menimbulkan rasa takut dalam diri seorang wanita dan dapat menimbulkan reaksi emosional yang tidak diharapkan, sebagai contoh: persalinan yang lama, penggunaan obat-obatan, induksi persalinan, analgesia epidural, peralatan untuk membantu kelahiran/persalinan (ekstraksi forseps dan vakum) atau bahkan tindakan operatif (seksio-sesarea). Dampak yang ditimbulkan oleh prosedur-prosedur ini pada seorang wanita dapat dipengaruhi oleh apa yang diharapkan dan pengenalan wanita tersebut atas prosedur-prosedur yang dihadapinya. Wanita-wanita yang sudah mengenal dengan baik dan terbiasa dengan prosedur-prosedur rutin di rumah sakit mungkin lebih sedikit bereaksi dibandingkan dengan mereka yang belum pernah mengenalnya sama sekali. Demikian juga wanita-wanita yang lebih siap untuk suatu prosedur tertentu di rumah sakit, seperti: tindakan persalinan seksio-sesarea (yang sudah direncanakan jauh sebelumnya), mungkin hanya sedikit mengalami gangguan dibandingkan dengan mereka yang mengharapkan suatu persalinan pervaginam yang spontan. ^(51,52,53)

2.4.4.4. Faktor dukungan sosial lingkungan

Selain faktor-faktor di atas, di sisi lain faktor utama lain yang mempunyai peran penting terhadap depresi atau *post-partum blues* adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan kehidupan sosial ibu dan keadaan keluarga setelah persalinan.^(15,55,56,57) Sebagai contoh, perubahan-perubahan dalam gaya hidup yang dibutuhkan ketika menjadi seorang ibu mungkin merupakan faktor utama.^(56,57) Perkembangan realisasi tanggung-jawab yang harus dipikul sebagai orangtua yang memiliki bayi mungkin merupakan salah satu faktor yang berpengaruh pula terhadap kejadian *post-partum blues*. Kurangnya dukungan keluarga dan teman, khususnya dukungan dari suami selama periode pasca-salin (nifas) diduga kuat merupakan faktor penting dalam terjadinya *post-partum blues*.⁽⁵⁷⁾ Berkaitan dengan masalah ini adalah konflik dalam diri seorang wanita dalam hal konsep tentang keibuan, atau juga tentang kewanitaan. Suatu kemungkinan pula bahwa kurangnya persiapan atau harapan yang tidak tepat terhadap konsekuensi peranan seorang ibu ikut berperan dalam kejadian depresi atau *post-partum blues*. Kepribadian ibu dan riwayat kehidupannya di masa lalu mungkin juga mempengaruhi keadaan emosional pasca-salin.

Perilaku bayi (seperti: bayi yang menangis terus) mungkin dengan mudah akan mencetuskan munculnya *post-partum blues*, seperti juga reaksi dari staf perawatan, dokter, suami dan keluarga terhadap ibu baru.⁽⁵⁸⁾ Aspek fisik sama dengan aspek sosial dari pengalaman seorang wanita pasca-salin ikut berperan dalam perkembangan depresi pada seorang wanita. Pengaruh-pengaruh kognitif -sebagai contoh, 'pengendalian' terhadap pikiran-pikiran tertentu- mungkin memegang peranan dalam menentukan apakah *post-partum blues* tersebut akan timbul atau tidak.

Variasi dalam hal intensitas atau terjadinya setiap faktor mungkin dapat dipahami dari perbedaan-perbedaan dalam hal kejadian dan lamanya *post-partum blues* tersebut dialami. Berbagai variasi dapat juga dipahami dengan melihat mengapa *post-partum blues* terjadi pada seorang wanita setelah melahirkan seorang bayi dan mungkin tidak setelah kelahiran bayi lainnya dari ibu yang sama.

2.4.5. Diagnosis

Berbagai kriteria digunakan oleh peneliti yang berbeda untuk menegakkan diagnosis *post-partum blues*, sebagaimana dapat dilihat pada tabel di bawah ini. ^(3, 59,60)

Yalom et al. ⁽⁶⁰⁾ menggunakan hanya kriteria gejala menangis dan Davidson serta Stein menggunakan kriteria gejala menangis dan kesedihan dengan sistem peringkat untuk menegakkan diagnosis *post-partum blues*, sehingga didapatkan angka kejadian *post-partum blues* yang sangat tinggi (*over-diagnosis*). Pitt ⁽³⁰⁾ menegakkan diagnosis *post-partum blues* pada wanita-wanita pasca-salin yang merasa sedih dan atau depresi dalam 6-8 minggu pertama setelah melahirkan dan menyusun suatu skala peringkat yang mencakup gejala-gejala *post-partum blues* yang diidentifikasi oleh Hamilton ⁽⁵⁹⁾, seperti : kelelahan, menangis, perasaan cemas, bingung, sakit kepala, sulit tidur, hipokondria dan sikap bermusuhan dengan suami. Harris menggunakan kriteria diagnostik dan sistem peringkat yang sama dengan Pitt dalam pemantauan selama 10 hari pertama pasca-salin.

Angka kejadian (prevalensi) dan kriteria diagnosis untuk *post-partum blues*.⁽³⁾

| Studi/Peneliti | Jumlah sampel dan Negara | Angka kejadian/prevalensi | Kriteria |
|----------------|--------------------------|---------------------------------------|---|
| Yalom et al. | 39 Amerika Serikat | 67% | Menangis selama minimal 5 menit dalam 10 hari pertama setelah melahirkan |
| Davidson | 43 Jamaica | 26% ringan 35% berat | Ringan : <3 tangisan dan <3 kesedihan dalam sehari Berat : >2 tangisan dan >2 kesedihan dalam sehari dalam 11 hari pertama |
| Pitt | 100 Inggris Raya | 50% | Perasaan sedih dan tertekan (depresi) antara hari ke-7 dan hari ke-10 |
| Handley et al. | 71 Inggris Raya | 25% sedang 14% berat | Sedang: skor di atas 80 persentil untuk paling sedikit 1 di antara 4 skala perasaan dalam 5 hari pertama Berat: skor di atas 80 persentil untuk paling sedikit 3 di antara 4 skala perasaan dalam 5 hari pertama |
| Harris | 55 Inggris Raya | 40% ringan 22% sedang 22% berat | Skala peringkat Pitt dalam 10 hari pertama |
| Stein et al | 68 Inggris Raya | 44% ringan 41% sedang/berat | Ringan : 1 episode tangisan Sedang - berat : depresi ringan dan 1 episode tangisan |

Beck⁽⁶¹⁾ dan Handley et al.⁽⁶²⁾ mengembangkan suatu wawancara semi-terstruktur untuk mendapatkan adanya gejala-gejala ikutan dari *post-partum blues*, seperti: perasaan disforia, labilitas perasaan, beberapa episode tangisan, kecemasan, sulit tidur, kehilangan nafsu makan dan mudah tersinggung. Beck⁽⁶¹⁾ dan Handley et al.⁽⁶²⁾ juga menggunakan beberapa standar pengukuran lainnya seperti *Beck Depression Inventory*⁽⁶¹⁾ *the Multiple Affect Adjective Check List*⁽⁶³⁾ dan *Visual Analogue Scale* yang bervariasi dari depresi hingga perasaan gembira. Mereka belum mendapatkan kriteria yang jelas dan khas yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosis *post-partum blues*.

Perangkat diagnostik yang kini paling banyak digunakan adalah kuesioner yang disusun berdasarkan kriteria dari Kennerley dan Gath⁽⁵⁾ dan kriteria dari O'Hara.^(3,6) Kennerley dan Gath⁽⁵⁾ menyusun suatu kuesioner diagnostik untuk *post-partum blues* dengan dasar adanya 28 gejala yang mungkin muncul, dan dianggap sebagai perangkat diagnostik yang kesahihannya paling baik. O'Hara menyusun skala angka untuk setiap gejala yang dikemukakan oleh Handley dan memberi skor untuk setiap gejala yang muncul sampai pada tingkat yang paling ringan. Paling sedikit 4 (empat) di antara 7 (tujuh) gejala harus

didapatkan untuk menegakkan diagnosis *post-partum blues*, yaitu : 1) reaksi depresi/ sedih/disforia; 2) labilitas perasaan; 3) menangis; 4) cemas; 5) gangguan tidur; 6) gangguan nafsu makan; 7) mudah tersinggung.^(3,6) Gejala-gejala tersebut dideteksi dengan cara melakukan wawancara semi-terstruktur terhadap para wanita pasca-salin untuk mendapatkan ungkapan-ungkapan perasaan atau 'gangguan' yang mereka alami dalam masa pasca-salin. Kriteria diagnostik yang didasarkan pada 7 gejala yang dikemukakan oleh O'Hara tampaknya lebih sederhana dan kuesioner yang disusun dapat dilengkapi sendiri oleh subyek (*self-reporting*).

2.4.6. Penanganan *post-partum blues*

Post-partum blues atau gangguan mental pasca-salin seringkali terabaikan dan tidak ditangani dengan baik. Banyak para ibu yang 'berjuang' sendiri dalam beberapa bulan pertama setelah melahirkan. Mereka merasakan ada sesuatu hal yang salah namun mereka sendiri tidak benar-benar mengetahui apa yang telah terjadi. Apabila mereka pergi mengunjungi dokter atau sumber-sumber lainnya untuk minta pertolongan, seringkali hanya mendapatkan saran untuk istirahat atau

tidur lebih banyak, tidak gelisah, minum obat atau berhenti mengasihani diri sendiri dan mulai merasa gembira menyambut kedatangan bayi yang mereka cintai.

Penanganan gangguan mental pasca-salin pada prinsipnya tidak berbeda dengan penanganan gangguan mental pada waktu-waktu lainnya. Para wanita yang mengalami *post-partum blues* membutuhkan pertolongan yang sesungguhnya. Para wanita tersebut membutuhkan dukungan psikologis seperti juga kebutuhan fisik lainnya yang harus juga dipenuhi. Mereka membutuhkan kesempatan untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan mereka dari situasi yang menakutkan. Mungkin juga mereka membutuhkan pengobatan dan/atau istirahat, dan seringkali akan merasa gembira mendapat pertolongan yang praktis. Dengan bantuan dari teman dan keluarga, mereka mungkin perlu untuk mengatur atau menata kembali kegiatan rutin sehari-hari, atau mungkin menghilangkan beberapa kegiatan, disesuaikan dengan konsep mereka tentang keibuan dan perawatan bayi. Bila memang diperlukan, dapat diberikan pertolongan dari para ahli, misalnya dari seorang psikolog atau konselor yang berpengalaman dalam bidang tersebut.⁽⁶⁴⁾

Para ahli obstetri memegang peranan penting untuk mempersiapkan para wanita untuk kemungkinan terjadinya gangguan mental pasca-salin dan segera memberikan penanganan yang tepat bila terjadi gangguan tersebut, bahkan merujuk kepada para ahli psikologi/konseling bila memang diperlukan. Dukungan yang memadai dari para petugas obstetri, yaitu: dokter dan bidan/perawat sangat diperlukan, misalnya dengan cara memberikan informasi yang memadai tentang proses kehamilan dan persalinan, termasuk penyulit-penyulit yang mungkin timbul dalam masa-masa tersebut serta penanganannya.

Dibutuhkan pendekatan menyeluruh dalam penanganan para wanita yang mengalami *post-partum blues* atau gangguan mental pasca-salin. Pengobatan medis, konseling emosional, bantuan-bantuan praktis dan pemahaman secara intelektual tentang pengalaman dan harapan-harapan mereka mungkin dibutuhkan pada saat-saat tersebut. 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.

2.4.7. Prognosis

Dalam perjalanan gangguan mental pasca-salin selanjutnya, hal paling utama dari *post-partum blues* adalah apabila keadaan tersebut berkelanjutan dan di kemudian hari berkembang menjadi depresi post-partum maupun psikosis post-partum. Hingga kini memang belum pernah dilaporkan berapa banyak keadaan *post-partum blues* yang berkembang menjadi depresi maupun psikosis post-partum.

Beberapa laporan tentang para wanita yang mengalami depresi post-partum (dalam arti yang luas) mengemukakan beberapa masalah, yang antara lain berkaitan dengan masalah perawatan bayi, peran keibuan, konsep diri tentang wanita dan kesulitan dalam hubungan perkawinan. Masalah-masalah ini dapat dialami juga oleh para ibu yang tidak mengalami depresi post-partum. Dalam hal ini kemungkinan berhubungan dengan gangguan emosional, intelektual atau tingkah-laku pada saat penyesuaian terhadap peran sebagai orangtua.⁽⁶⁵⁾

2.4.8. Dampak negatif *post-partum blues*

2.4.8.1. Perawatan bayi

Penyesuaian terhadap kegiatan perawatan bayi merupakan hal yang tidak diharapkan. Waktu yang dibutuhkan untuk merawat bayi biasanya lebih dari yang diperkirakan, sehingga timbul perasaan sangat lelah. Lebih lagi, gangguan perasaan pada ibu akan makin menimbulkan kelelahan.⁽⁶⁵⁾

Perasaan tidak mampu untuk merawat bayi seringkali dialami oleh wanita yang mengalami depresi post-partum. Kegiatan-kegiatan seperti: memandikan bayi, memberi makan, mengganti popok dan pakaian dan berkomunikasi atau bercakap-cakap dengan bayi seringkali dirasakan sebagai tugas yang sulit dan berat. Tangisan bayi mungkin merupakan hal yang paling sulit dalam penyesuaian bagi seorang yang baru menjadi ibu, dan seringkali menimbulkan kebingungan dalam menentukan apa yang sebaiknya dilakukan. Masalah lain yang seringkali dihadapi pada saat ini adalah penyesuaian dalam hal menyusui bayi atau memberikan susu botol. Kegiatan menyusui bayi tidak saja memiliki aspek gizi, melainkan juga aspek psikologis karena adanya kontak batin antara ibu dan bayi yang disusunya. Di saat masyarakat seluruh dunia

menggalakkan kembali pemberian air susu ibu (ASI), beberapa wanita seringkali merasa mendapat kesulitan atau merasa sakit ketika menyusui bayinya, atau mungkin juga tidak dapat menikmati sensasi ketika menyusui bayinya. Sindiran-sindiran terhadap ibu yang tidak menyusui kadang-kadang menimbulkan perasaan bersalah terhadap bayinya.⁽⁶⁵⁾

2.4.8.2. Pertumbuhan dan perkembangan anak

Sampai saat ini telah dilaporkan adanya beberapa penelitian tentang dampak *post-partum blues* terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak secara khusus. Dampak *post-partum blues* menjadi lebih serius apabila konflik tidak teratasi dengan baik dan keadaan ini berkembang lebih lanjut menjadi keadaan depresi. Beberapa penelitian jangka panjang mencoba meneliti dampak depresi post-partum pada ibu terhadap hubungan ibu-anak dan juga terhadap pertumbuhan dan perkembangan anaknya. Uddenberg dan Engleson⁽⁶⁶⁾ melakukan pengamatan lanjutan selama 4,5 tahun terhadap 69 dari 95 wanita primipara dari studi sebelumnya, dan mendapatkan bahwa para wanita yang mengalami gangguan mental yang berat, pada saat pasca-salin mengalami gangguan mental yang secara bermakna lebih berat pada

periode berikutnya dibandingkan dengan mereka yang tidak mengalaminya pada saat setelah melahirkan. Mereka yang mengalami gangguan mental berat setelah melahirkan juga melaporkan adanya banyak gangguan dalam hubungan dengan pasangannya dan banyak mengeluh tentang anak mereka. Demikian juga anak-anak mereka banyak mengeluh tentang sikap atau perilaku ibunya. ^(67,68,69)

Anak-anak dari para ibu yang mengalami gangguan mental pada saat setelah melahirkan menunjukkan hasil penilaian kognitif yang lebih buruk (*skala McCarthy* untuk anak) dibandingkan anak-anak dari para ibu yang tidak mengalami gangguan mental pasca-salin, meskipun tidak terdapat perbedaan antara kedua kelompok tersebut dalam hal perkembangan sosial dan emosional. ^(67,69,70)

2.4.8.3. Pengertian tentang keibuan (*motherhood*)

Bayangan tentang keibuan sebagaimana digambarkan dalam buku-buku, televisi atau film seringkali tampak romantik dan ideal. Apa yang sesungguhnya dialami seringkali jauh dari bayangan-bayangan tersebut. Sementara kebanyakan ibu mencurahkan seluruh kasih-sayang kepada bayinya, seringkali mereka sendiri mempunyai kebutuhan untuk

memuaskan diri sendiri. Memiliki seorang bayi tidak perlu merubah kepribadian seseorang. Banyak ibu tidak menghiraukan kebutuhannya sendiri yang harus dipenuhi di luar tugas perawatan bayi. Perasaan terkurung, terisolasi dan kebutuhan serta aktivitas yang terbatas akan mudah menimbulkan perubahan gaya hidup. Perasaan-perasaan semacam itu akan makin membuka kesempatan terjadinya depresi.^(70,71)

Rasa tanggung jawab saat memiliki bayi segera berkembang setelah kelahiran. Rasa tanggung-jawab ini seringkali diyakini sebagai tanggungjawab seorang ibu sepenuhnya selama 24 jam sehari. Pemikiran ini membuatnya berpikir bahwa ia tak dapat meninggalkan bayinya kepada seorang yang lain sesekali, karena takut gagal untuk memenuhi tanggungjawabnya sebagai seorang ibu. Pada kenyataannya tanggungjawab atas seorang bayi selalu menjadi tanggung-jawab orangtua, khususnya ibunya. Meski demikian, hal ini tidak berarti bahwa beberapa aspek perawatan bayi (dan beberapa jam dalam sehari) tidak dapat didelegasikan kepada seorang lain yang berkompeten.

Dalam keadaan tertentu, para ibu yang memilih untuk atau terpaksa bekerja dan menjalankan peran ganda akan merasa lebih mudah untuk mengaturnya kalau yang bersangkutan dapat menerima

bahwa orang lain dapat ikut merawat bayinya. Seperti halnya para ibu yang memiliki beberapa anak dapat merasa lebih mudah untuk membagi waktunya untuk semua anaknya. Perasaan bersalah timbul karena kegagalan penyesuaian, tetapi merupakan hal yang sering terjadi sebagai akibat dari penyerahan beberapa aspek perawatan bayi kepada orang lain.

2.4.8.4. Hubungan perkawinan

2.4.8.4.1. *Peran suami*

Banyak konflik yang terjadi antara pasangan-pasangan yang baru mempunyai anak adalah berawal dari masalah harapan yang berbeda tentang peranan yang sesuai dari orangtua. Wanita yang secara khusus mengharapkan bantuan tradisional misalnya anggota keluarga atau mereka yang tinggal serumah, akan sangat mengharapkan bantuan dari suami dalam merawat bayi mereka. Kalau kebutuhan ini tidak sesuai dengan keinginan atau harapan suami tentang perannya, maka akan mudah terjadi konflik yang makin berdampak dalam penyesuaian ibu. ^(2,57)

2.4.8.4.2. Aspek seksual

Perubahan-perubahan dalam aspek seksual hubungan suami isteri terjadi selama masa kehamilan dan awal peran sebagai orangtua. Pada masa nifas, pasangan suami-isteri harus menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada tubuh wanita sebagai akibat dari kelahiran dan proses menyusui. Demikian juga akan timbul keterbatasan dalam hal kapan dan di mana pasangan suami-isteri dapat menikmati hubungan seksual, termasuk juga harus berpikir serta memutuskan kontrasepsi apa yang akan digunakan. Perubahan-perubahan ini dapat mengakibatkan salah-pengertian di antara suami-isteri dalam hal pemenuhan kebutuhan seksual.^(55,57) Komunikasi yang terbuka di antara pasangan tersebut akan mencegah insiden kecil yang dapat menjadi masalah besar dalam hubungan perkawinan.

BAB III

SUBYEK DAN TATA KERJA

3.1. Subyek

3.1.1. Pemilihan atau penentuan kasus

Populasi studi atau populasi terjangkau (*acesible population*) pada penelitian ini adalah wanita pekerja (purna-waktu atau paruh-waktu) berpendidikan tinggi yang melahirkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin - Bandung dalam kurun waktu antara 1 Januari 1996 sampai 30 Juni 1996 dan menggunakan teknik *consecutive admission sampling* untuk pengambilan sampel.

Kriteria inklusi dalam penentuan sampel adalah sebagai berikut :

1. Kehamilan merupakan hasil dari pasangan suami-isteri yang masih terikat dalam perkawinan
2. Kehamilan yang diharapkan dan bukan karena kegagalan kontrasepsi

3. Selama hamil mendapat perawatan antenatal sebanyak 4 (empat) kali atau lebih dari bidan atau dokter.
4. Usia kehamilan ≥ 37 minggu (aterm) dengan atau tanpa penyulit kehamilan dan persalinan, tanpa adanya penyakit penyerta (*underlying disease*).
5. Bayi lahir hidup dan dilakukan rawat gabung dengan ibunya.
6. Bersedia mengikuti penelitian ini sesuai dengan tata-kerja penelitian (*informed-consent*).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

1. Kehamilan atau persalinan yang merupakan kasus rujukan karena adanya penyulit dan telah dikelola oleh instansi pelayanan yang merujuk.
2. Tidak mengikuti jadwal pengisian kuesioner sesuai tata-kerja penelitian.

3.1.2. Jumlah sampel

Jumlah sampel pada penelitian ini adalah sesuai dengan jumlah subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang didapat dalam

jangka waktu 6 (enam) bulan, antara tanggal 1 Januari 1996 - 30 Juni 1996.

3.2. Metodologi

Penelitian ini merupakan suatu survai eksploratif yang dilakukan dengan menggunakan cara pendekatan *cross-sectional* terhadap para tenaga kerja wanita (nakerwan) berpendidikan tinggi yang melahirkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin - Bandung.

3.3. Tata-kerja pengambilan data

Mereka yang memenuhi syarat sebagai subyek diberi penjelasan terlebih dulu mengenai tujuan dan tata-kerja penelitian serta diminta kesediaan/ persetujuannya untuk berperan-serta.

Bila wanita tersebut telah menyatakan kesediaannya untuk dilibatkan sebagai subyek penelitian dengan mengisi atau menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*), serta diminta untuk mengisi sendiri biodata dan kuesioner yang disediakan, kemudian peneliti melengkapi data-data persalinan yang dibutuhkan dari catatan medik subyek.

Pengisian kuesioner oleh subyek dilakukan 2 (dua) kali dengan menggunakan kuesioner yang sama, yaitu :

- 1) Pada perawatan pasca-salin (rawat-inap) di rumah sakit, yaitu \pm 48 jam pasca-salin bertempat di ruang perawatan nifas;
- 2) Pada saat antara 10 - 14 hari pasca salin.

3.4. Variabel penelitian

3.4.1. Variabel independen :

1. karakteristik subyek (umur, paritas, pendidikan, pekerjaan)
2. karakteristik suami (umur, pendidikan, pekerjaan)
3. riwayat obstetrik (hasil kehamilan dan proses persalinan) terdahulu dan sekarang
4. kecukupan dukungan sosial (suami, keluarga, teman, dan dokter/paramedis)

3.4.2. Variabel dependen :

Sebagai variabel dependen adalah ada atau tidaknya *post-partum blues* pada wanita pasca-salin yang ditentukan sesuai dengan kriteria O'Hara dan Handley.^(3,10)

3.5. Alat ukur yang digunakan

Alat ukur yang dipakai berupa kuesioner yang terdiri dari 30 (tigapuluh) pernyataan (berupa kalimat tertutup) yang mendukung ke arah konsep yang menunjukkan gejala-gejala *post-partum blues* sesuai dengan kriteria O'Hara dan Handley.^(3,10) Subyek diminta untuk menjawab "YA" atau "TIDAK" atas seluruh pernyataan dalam kuesioner tersebut, tanpa menimbang-nimbang jawaban tersebut benar atau salah.

Kuesioner yang digunakan terlebih dulu diuji-coba dan diuji validitas serta reliabilitasnya dengan mengukur konsistensi internal (*internal consistency*) dan koefisien reliabilitas ($\geq 0,60$) dengan menggunakan metode ***Cronbach's Alpha***.⁽¹⁸⁾

3.6. Pengolahan dan analisis data

Seluruh data yang diperoleh akan diolah dan dilakukan pengujian statistik dengan menggunakan perangkat lunak komputer *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows version 6.0*. Metode analisis yang digunakan adalah uji ***Chi-square***, uji ***Exact-Fisher***, serta **analisis multivariat regresi logistik** dengan batas kemaknaan 0,05, yaitu⁽¹⁹⁾ :

- perbedaan dianggap bermakna secara statistik bila $p < 0,05$
- perbedaan dianggap tidak bermakna bila $p > 0,05$

Persamaan regresi logistik ^(17,18) :

1

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots + b_ix_i)}}$$

P = peluang terjadinya efek

b_i = koefisien regresi ke- i

e = bilangan natural

x_i = variabel independen ke- i

a = konstanta;

3.7. Batasan-batasan

3.7.1. **Post-partum blues** adalah suatu gangguan mental ringan pada wanita pasca-salin, yang diagnosisanya ditegakkan dengan kriteria O'Hara, yaitu bila didapatkan adanya minimal 4 (empat) di antara 7 (tujuh) gejala yang mungkin muncul ^(3,10), yaitu :

- 1) reaksi depresi/sedih/disforia
- 2) labilitas perasaan

- 3) menangis
- 4) cemas
- 5) gangguan tidur
- 6) gangguan nafsu makan
- 7) iritabilitas (mudah tersinggung)

3.7.2. **Tenaga kerja wanita (nakerwan)** adalah wanita yang mempunyai aktifitas atau pekerjaan tetap (purna-waktu atau paruh-waktu) di luar pekerjaan rumah-tangga, tanpa memandang alasan bekerja karena tuntutan ekonomi atau tidak.

3.7.3. **Wanita berpendidikan tinggi** adalah wanita yang telah menyelesaikan pendidikan D-3/S-1 atau lebih tinggi.

3.7.4. **Persalinan tanpa tindakan** adalah persalinan anak hidup per-vaginam tanpa menggunakan bantuan alat untuk melahirkan bayi atau mengeluarkan janin dari dalam rahim, tanpa atau dengan intervensi medis (oksitosin drip)

3.7.5. **Persalinan dengan tindakan** adalah persalinan anak hidup per-vaginam dengan menggunakan bantuan alat (ekstraksi vakum atau ekstraksi forseps) atau persalinan per abdomenam (seksio-sesarea), baik yang bersifat akut maupun elektif.

- 3.7.6. **Paritas** adalah jumlah paritas/anak setelah kelahiran bayi.
- 3.7.7. **Dukungan sosial lingkungan** adalah semua perilaku suami, keluarga, teman dan dokter/paramedis yang dirasakan oleh subyek, baik dari segi perhatian terhadap keluhan subyek, cara memberikan keterangan, kelengkapan keterangan maupun pemeriksaan medis yang dirasakan oleh subyek.

3.8. Etik penelitian

Penelitian ini bukan merupakan suatu studi eksperimental, sehingga tidak mengandung risiko terhadap subyek penelitian Perbedaan perlakuan antara mereka yang menjadi subyek penelitian dan tidak adalah hanya dalam bentuk pengisian kuesioner yang dilakukan pada saat \pm 48 jam dan antara 10-14 hari pasca-salin. Walaupun pengisian kuesioner ini menyita waktu dan mungkin menimbulkan ketidaknyamanan pada sebagian subyek, namun kiranya tidak mempunyai masalah etik.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil-hasil penelitian

4.1.1. Jumlah dan Karakteristik Subyek Penelitian

Telah dilakukan penelitian di Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran (FKUP) / Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Hasan Sadikin - Bandung terhadap para tenaga kerja wanita berpendidikan tinggi yang melahirkan selama periode antara 1 Januari 1996 sampai dengan 30 Juni 1996.

Selama kurun waktu tersebut terdapat 1437 persalinan, di antaranya didapatkan 112 tenaga kerja wanita berpendidikan tinggi yang memenuhi kriteria inklusi, tetapi hanya 108 orang yang memenuhi syarat sebagai subyek dalam penelitian ini. Sebanyak 4 orang wanita tidak memenuhi syarat sebagai subyek penelitian antara lain karena : tidak melengkapi 2 (dua) kali pengisian kuesioner (sebanyak 3 kasus) dan tidak dapat mengisi kuesioner karena sulit mengungkapkan perasaan (sebanyak 1 kasus).

Sebagian besar subyek (sebanyak 47 subyek atau 43,5%) berusia antara 25-29 tahun dengan umur rata-rata 27,3 tahun, sebelumnya sudah pernah melahirkan atau multipara (sebanyak 57 subyek atau 52,8%), berpendidikan S-1 (sebanyak 65 subyek atau 60,2%) dan hanya 2 (dua) orang berpendidikan S-2. Sebagian besar subyek bekerja purna-waktu sebagai pegawai negeri (sebanyak 43 subyek atau 39,8%) maupun karyawan swasta (sebanyak 37 subyek atau 34,3%). Ditinjau dari lama perkawinan, sebagian besar subyek telah menikah lebih dari 2 tahun, yaitu sebanyak 60 subyek (55,6%).

Suami subyek sebagian besar berumur antara 30 - 34 tahun, yaitu sebanyak 49 orang (45,4%) dan sebanyak 28 subyek (25,9%) mempunyai suami yang berpendidikan SLTP/SLTA, yang berarti berpendidikan lebih rendah dari subyek. Sebagian besar suami subyek bekerja purna-waktu sebagai pegawai negeri (sebanyak 61 orang atau 56,5%) dan sebagai karyawan swasta purna-waktu (sebanyak 23 orang atau 21,3 %).

4.1.2. Analisis dan hasil uji reliabilitas kuesioner

Tabel 4.1. Daftar pernyataan pendukung gejala post-partum blues, kriteria penentuan adanya gejala dan hasil uji skala reliabilitas (alpha)

| GEJALA | PERNYATAAN PENDUKUNG | | POSITIF Jawaban "YA" | Skala Reliabilitas (<i>alpha</i>) |
|--------|-------------------------|--------|----------------------------|---|
| | No. Pernyataan | Jumlah | | |
| 1 | 1,5,6,10,12,18,21,26,28 | 9 | ≥ 5 | 0,8185 |
| 2 | 3,8,11,19,22 | 5 | ≥ 3 | 0,7468 |
| 3 | 4,16,20,27 | 4 | ≥ 2 | 0,7620 |
| 4 | 2,17,23,30 | 4 | ≥ 2 | 0,7403 |
| 5 | 6,14,25 | 3 | ≥ 2 | 0,7116 |
| 6 | 7,13,17,24 | 4 | ≥ 2 | 0,7468 |
| 7 | 9,15,29 | 3 | ≥ 2 | 0,7015 |

Kuesioner yang digunakan sebagai alat diagnostik untuk menentukan apakah seorang wanita mengalami *post-partum blues* atau tidak terdiri dari 30 pernyataan yang mendukung ke arah konsep tujuh gejala *post-partum blues* sesuai dengan kriteria Handley dan O'Hara^(3,10), yaitu: (1) reaksi depresi/ sedih/disforia; (2) labilitas perasaan; (3) menangis; (4) cemas; (5) gangguan tidur; (6) gangguan nafsu makan; dan (7) iritabilitas (mudah tersinggung). Subyek penelitian memberikan jawaban "ya" atau "tidak" atas setiap pernyataan tersebut secara spontan (tanpa banyak pertimbangan), sesuai dengan apa yang

memberikan jawaban, tanpa ada penilaian benar atau salah terhadap jawaban subyek tersebut.

Pada penilaian ada tidaknya suatu gejala *post-partum blues* tersebut pada subyek tersebut, dilihat jumlah jawaban "ya" dari pernyataan-pernyataan yang mendukung konsep gejala sesuai dengan tabel 4.1 di atas. Bila didapatkan jumlah jawaban "ya" sesuai dengan tabel di atas, maka gejalanya dianggap positif. Bila didapatkan **4 gejala atau lebih** pada seorang subyek, maka subyek tersebut dianggap **positif** mengalami *post-partum blues*.

Pada evaluasi akhir dilakukan pengujian reliabilitas terhadap pernyataan-pernyataan pendukung konsep gejala tersebut dengan metode *Cronbach's alpha* dengan batas skala reliabilitas minimal 0,6 untuk penentuan diagnostik. Pada penelitian ini didapatkan hasil skala reliabilitas di atas 0,6 untuk semua pernyataan pendukung konsep gejala, dengan skala reliabilitas rata-rata adalah 0,7467, yang berarti bahwa kuesioner yang digunakan pada penelitian ini dapat digunakan sebagai alat diagnostik untuk *post-partum blues*.

4.1.3. Angka kejadian *post-partum blues* (PPB)

Tabel 4.2. Sebaran kasus *post-partum blues* berdasarkan saat penilaian (N=108)

| <i>POST-PARTUM BLUES</i> | | 10-14 HARI PASCA-SALIN | | | | Jumlah |
|--------------------------|-------|------------------------|------|-------|------|--------|
| | | Ya | | Tidak | | |
| | | n | % | n | % | |
| 48 JAM | Ya | 17 | 15,7 | 9 | 8,3 | 26 |
| PASCA-SALIN | Tidak | 6 | 5,6 | 76 | 70,4 | 82 |
| Jumlah | | 23 | 21,3 | 85 | 78,7 | 108 |

$$\chi^2_{M-N} = 0,2667; p > 0,05 \text{ (tidak bermakna)}$$

Pada penelitian ini didapatkan subyek yang mengalami *post-partum blues* tersebut dan terbagi dalam 3 kelompok berdasarkan saat penilaian, yaitu : (i) subyek yang didapatkan mengalami *post-partum blues* pada saat penilaian pertama maupun kedua; (ii) subyek yang didapatkan mengalami *post-partum blues* pada saat penilaian pertama dan tidak lagi mengalaminya pada saat dilakukan penilaian kedua; (iii) subyek yang didapatkan tidak mengalami *post-partum blues* pada saat penilaian pertama, tetapi kemudian ternyata didapatkan mengalami *post-partum blues* tersebut pada saat penilaian kedua. Sebagai kesimpulan penilaian terhadap subyek pada penelitian ini adalah apabila subyek mengalami *post-partum blues* pada saat penilaian pertama

dan/atau penilaian kedua, maka subyek dianggap mengalami *post-partum blues*.

Sebagaimana dapat dilihat pada tabel 4.2 di atas, pada saat penilaian pertama didapatkan sebanyak 26 subyek (24,1%) mengalami *post-partum blues*, sedangkan pada saat penilaian kedua didapatkan sebanyak 23 subyek (21,3%). Sebagai kesimpulan akhir penilaian pada penelitian ini didapatkan sebanyak 32 subyek (29,6%) mengalami *post-partum blues*, yaitu sebanyak 17 subyek (15,7%) didapatkan mengalaminya pada saat penilaian pertama dan kedua, 9 subyek (8,33%) pada saat penilaian pertama saja (menunjukkan hasil negatif atau menghilang pada saat penilaian kedua), dan 6 subyek (5,55%) baru muncul adanya *post-partum blues* pada saat penilaian kedua (menunjukkan hasil negatif pada penilaian pertama). Pada uji kemaknaan *MacNemar* tidak ada perbedaan bermakna dalam hal jumlah kasus *post-partum blues* pada saat penilaian 48 jam dan 10-14 hari pasca-salin, yang berarti bahwa penilaian ada atau tidaknya *post-partum blues* cukup dilakukan satu kali saja, yaitu pada saat perawatan 48 jam pasca-salin di rumah sakit.

4.1.4. Hubungan antara faktor-faktor karakteristik, obstetrik dan lingkungan dengan kejadian kasus *post-partum blues*

Tabel 4.3. Hubungan antara beberapa karakteristik subyek dengan kejadian kasus *post partum blues* (N=108)

| KARAKTERISTIK SUBYEK | POST-PARTUM BLUES | | | | Jumlah | Uji statistik |
|-------------------------|----------------------|------|-------|------|--------|------------------------------|
| | Ya | | Tidak | | | |
| | n | % | n | % | | |
| UMUR | | | | | | |
| 20 - 24 tahun | 7 | 31,8 | 15 | 68,2 | 22 | $\chi^2 = 2,51$ |
| 25 - 29 tahun | 16 | 34,1 | 31 | 65,9 | 47 | p= 0,4735 |
| 30 - 34 tahun | 7 | 24,1 | 22 | 75,9 | 29 | (p > 0,05) |
| ≥ 35 tahun | 2 | 20,0 | 8 | 80,0 | 10 | |
| PARITAS | | | | | | |
| Primipara | 22 | 43,1 | 29 | 56,9 | 51 | $\chi^2 = 7,27$ p= 0,0069 |
| Multipara | 10 | 17,5 | 47 | 82,5 | 57 | (p < 0,05) |
| PENDIDIKAN | | | | | | |
| D-3 | 15 | 36,6 | 26 | 63,4 | 41 | $\chi^2 = 1,53$ p= 0,2155 |
| S-1 | 16 | 24,6 | 49 | 75,4 | 65 | (p > 0,05) |
| S-2/lebih | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 2 | |
| PEKERJAAN | | | | | | |
| Wiraswasta | 4 | 17,4 | 19 | 82,6 | 23 | $\chi^2 = 1,22$ p= 0,2694 |
| Sw. paruh-waktu | 2 | 40,0 | 3 | 60,0 | 5 | (p > 0,05) |
| Sw. purna-waktu | 15 | 40,5 | 22 | 59,5 | 37 | |
| Pegawai Negeri | 11 | 25,6 | 32 | 74,4 | 43 | |
| LAMA PERKAWINAN | | | | | | |
| < 2 tahun | 14 | 29,2 | 34 | 70,8 | 48 | $\chi^2 = 0,01$ p=0,9062 |
| ≥ 2 tahun | 18 | 30,0 | 42 | 70,0 | 60 | (p>0,05) |

Pada tabel 4.3 di atas dapat dilihat bahwa ditinjau dari segi karakteristik subyek, yaitu : umur, paritas, pendidikan dan pekerjaan serta lamanya perkawinan, hanya faktor paritas yang secara statistik mempunyai hubungan bermakna kejadian *post-partum blues*, yaitu bahwa *post-partum blues* lebih banyak didapatkan pada kelompok primipara.

Tabel 4.4. Hubungan antara beberapa karakteristik suami dengan kejadian kasus *post-partum blues* (N=108)

| KARAKTERISTIK SUAMI | POST-PARTUM BLUES | | | | Jumlah | Uji statistik |
|---------------------|-------------------|------|-------|-------|--------|-----------------|
| | Ya | | Tidak | | | |
| | n | % | n | % | | |
| UMUR | | | | | | |
| 20 - 24 tahun | 6 | 42,6 | 8 | 57,4 | 14 | $\chi^2 = 7,05$ |
| 25 - 29 tahun | 11 | 39,3 | 17 | 60,7 | 28 | $p = 0,0702$ |
| 30 - 34 tahun | 14 | 28,6 | 35 | 71,4 | 49 | $(p > 0,05)$ |
| ≥ 35 tahun | 1 | 5,9 | 16 | 94,1 | 17 | |
| PENDIDIKAN | | | | | | |
| SLTP/SLTA | 8 | 28,6 | 20 | 71,4 | 28 | $\chi^2 = 0,13$ |
| D-3 | 6 | 27,3 | 16 | 72,7 | 22 | $p = 0,9377$ |
| S-1 | 18 | 31,0 | 40 | 69,0 | 58 | $(p > 0,05)$ |
| PEKERJAAN | | | | | | |
| Wiraswasta | 6 | 26,1 | 17 | 73,9 | 23 | $\chi^2 = 0,10$ |
| Sw. paruh-waktu | 0 | 0 | 1 | 100,0 | 1 | $p = 0,7567$ |
| Sw. purna-waktu | 7 | 30,4 | 16 | 69,6 | 23 | $(p > 0,05)$ |
| Pegawai Negeri | 19 | 31,1 | 42 | 68,9 | 61 | |

Pada tabel 4.4 di atas dapat dilihat bahwa ditinjau dari segi karakteristik suami, yaitu : umur, pendidikan dan pekerjaan, ternyata secara statistik ketiganya tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan pengalaman *post-partum blues*.

Tabel 4.5. Hubungan antara riwayat obstetrik dengan kejadian kasus *post-partum blues* (N=57)

| RIWAYAT OBSTETRIK | POST-PARTUM BLUES | | | | Jumlah | Uji statistik |
|-------------------------|-------------------|------|-------|------|--------|--|
| | Ya | | Tidak | | | |
| | n | % | n | % | | |
| HASIL | | | | | | |
| KEHAMILAN | | | | | | |
| Lahir mati | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | 3 | Uji Fisher- Exact p = 0,0763 (p > 0,05) |
| Lahir hidup | 8 | 14,8 | 46 | 85,2 | 54 | |
| JENIS | | | | | | |
| PERSALINAN | | | | | | |
| Spontan | 2 | 4,4 | 43 | 95,6 | 45 | $\chi^2 = 29,57$ p = 0,0001 |
| Ekst. Forseps/ Vakum | 2 | 40,0 | 3 | 60,0 | 5 | |
| Seksio sesarea | 6 | 85,7 | 1 | 14,3 | 7 | (p < 0,05) |

Ditinjau dari riwayat obstetrik (tabel 4.5), ternyata jenis persalinan mempunyai hubungan yang bermakna (p < 0,05) dengan kejadian *post-partum blues*, yaitu lebih banyak dialami oleh subyek yang mempunyai riwayat persalinan dengan tindakan, baik tindakan ekstraksi vakum/forceps maupun seksio sesarea.

Tabel 4.6. Hubungan antara proses persalinan dengan kejadian kasus *post-partum blues* (N=108)

| FAKTOR PROSES PERSALINAN | POST-PARTUM BLUES | | | | Jumlah | Uji statistik |
|--|-------------------|------|-------|-------|--------|---------------------------------|
| | Ya | | Tidak | | | |
| | n | % | n | % | | |
| PENYULIT | | | | | | |
| Tidak ada | 24 | 29,6 | 57 | 70,4 | 81 | $\chi^2 = 0,06$ $p = 0,8077$ |
| Ada | 8 | 29,6 | 19 | 70,4 | 27 | ($p > 0,05$) |
| INTERVENSI MEDIS | | | | | | |
| Ya | 11 | 32,3 | 23 | 67,7 | 34 | $\chi^2 = 0,18$ $p = 0,6743$ |
| Tidak | 21 | 28,4 | 53 | 71,6 | 74 | ($p > 0,05$) |
| JENIS TINDAKAN PERSALINAN | | | | | | |
| Spontan | 22 | 27,8 | 57 | 72,2 | 79 | $\chi^2 = 0,48$ |
| Partus buatan pervaginam | 6 | 33,3 | 12 | 66,7 | 18 | $p = 0,7874$ |
| SS primer | 0 | 0 | 1 | 100,0 | 1 | ($p > 0,05$) |
| SS akut | 4 | 40,0 | 6 | 60,0 | 10 | |
| JENIS ANESTESI | | | | | | |
| Tanpa analgesi/ anestesi | 4 | 22,2 | 14 | 77,8 | 18 | $\chi^2 = 3,16$ $p = 0,2078$ |
| Analgesi | 4 | 17,4 | 19 | 82,6 | 23 | ($p > 0,05$) |
| Analg+Anes Lok | 8 | 32,0 | 17 | 68,0 | 25 | |
| Anestesi Lokal | 12 | 37,5 | 20 | 62,5 | 32 | |
| Anestesi Umum | 4 | 40,0 | 6 | 60,0 | 10 | |
| LAMA PERSALINAN | | | | | | |
| < 7 jam | 0 | 0 | 1 | 100,0 | 1 | $\chi^2 = 7,58$ $p = 0,0059$ |
| 7 - 12 jam | 21 | 24,1 | 66 | 75,9 | 87 | |
| 13 - 18 jam | 11 | 55,0 | 9 | 45,0 | 20 | ($p < 0,05$) |

Beberapa jenis penyulit yang muncul di antara subyek penelitian ini adalah : ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW), perdarahan antepartum, preeklampsia, gawat-janin dan inersia uteri. Pada tabel 4.6 di atas dapat dilihat, bahwa ditinjau dari faktor-faktor dalam proses persalinan, hanya faktor lama persalinan yang secara statistik mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian kasus *post-partum blues*, yaitu kasus tersebut lebih banyak dijumpai pada kelompok subyek yang lama persalinannya antara 13 - 18 jam dibandingkan dengan jumlah kasus pada kelompok subyek dengan lama persalinan antara 7 - 12 jam. Pada penelitian ini tidak dijumpai adanya subyek yang mengalami *post-partum blues* pada kelompok yang lama persalinannya kurang dari 7 jam.



Tabel 4.7. Hubungan antara faktor petugas dan kecukupan informasi selama perawatan antenatal dengan kejadian kasus *post-partum blues* (N=108)

| PERAWATAN ANTENATAL | POST-PARTUM BLUES | | | | Jumlah | Uji statistik |
|----------------------------|-------------------|------|-------|------|--------|---------------------------------|
| | Ya | | Tidak | | | |
| | n | % | n | % | | |
| PETUGAS | | | | | | |
| Bidan | 8 | 18,2 | 36 | 81,8 | 44 | $\chi^2 = 5,68$ |
| Dokter Umum | 14 | 33,3 | 28 | 66,7 | 42 | $p = 0,0583$ |
| Dokter Ahli | 10 | 45,5 | 12 | 54,5 | 22 | $(p > 0,05)$ |
| KECUKUPAN INFORMASI | | | | | | |
| Kurang | 16 | 44,4 | 20 | 55,6 | 36 | $\chi^2 = 4,67$ $p = 0,0307$ |
| Cukup | 16 | 22,2 | 56 | 77,8 | 72 | $(p < 0,05)$ |

Pada tabel 4.7 di atas dapat dilihat bahwa ditinjau dari segi perawatan antenatal, ternyata faktor kecukupan informasi selama perawatan antenatal secara statistik mempunyai hubungan bermakna dengan kejadian *post-partum blues*, yaitu bahwa kejadian *post-partum blues* lebih banyak dialami oleh subyek yang merasa kurang mendapat informasi yang dibutuhkan selama perawatan antenatal.

Pada eksplorasi data lebih lanjut, ternyata di antara 36 subyek yang merasa kurang mendapat informasi mengenai proses kehamilan dan persalinan selama perawatan antenatal, sebanyak 26 subyek

perawatan antenatalnya dilakukan oleh dokter umum maupun dokter ahli, dan 18 subyek di antaranya mengalami *post-partum blues*.

Tabel 4.8. Hubungan antara kecukupan dukungan psikis/ sosial dari lingkungan pada saat kehamilan dan persalinan dengan kejadian kasus *post-partum blues* (N=108)

| KECUKUPAN DUKUNGAN LINGKUNGAN | <i>POST-PARTUM BLUES</i> | | | | Jumlah | Uji statistik |
|-------------------------------------|--------------------------|------|-------|------|--------|----------------------------------|
| | Ya | | Tidak | | | |
| | n | % | n | % | | |
| <i>PADA SAAT KEHAMILAN</i> | | | | | | |
| Ya, kurang | 13 | 33,3 | 26 | 66,7 | 39 | $\chi^2 = 1,49$ $p = 0,2226$ |
| Ya, cukup | 19 | 27,5 | 50 | 62,5 | 69 | $(p > 0,05)$ |
| <i>PADA SAAT PERSALINAN</i> | | | | | | |
| Ya, kurang | 29 | 67,4 | 14 | 32,6 | 43 | $\chi^2 = 46,03$ $p = 0,0000$ |
| Ya, cukup | 3 | 4,6 | 62 | 95,4 | 65 | $(p < 0,05)$ |

Ditinjau dari segi kecukupan dukungan psikis/sosial lingkungan (suami, keluarga, teman, paramedis dan dokter) terhadap subyek pada saat kehamilan dan persalinan, pada tabel 4.8 di atas dapat dilihat bahwa kecukupan dukungan pada saat persalinan secara statistik mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian *post-partum blues*, yaitu bahwa *post-partum blues* lebih banyak dijumpai pada

kelompok yang merasa kurang mendapat dukungan psikis/sosial lingkungan pada saat persalinan

4.1.5. Analisis multivariat

Tabel 4.9. Hasil analisis multivariat regresi logistik faktor-faktor risiko (nilai $p < 0,25^*$) pada kejadian *post-partum blues* (N=108)

| Var | B | SE | p | R | OR | 95% CI |
|-----|---------|--------|--------|---------|---------|---------------|
| 1 | 0,0053 | 0,7697 | 0,9945 | 0,0000 | 1,0053 | 0,22 - 4,54 |
| 2 | -1,5373 | 0,9782 | 0,1161 | -0,0598 | 0,2150 | 0,03 - 1,46 |
| 3 | -0,0414 | 0,7766 | 0,9575 | 0,0000 | 0,9595 | 0,21 - 4,40 |
| 4 | 1,9153 | 1,0485 | 0,0677 | 0,1009 | 6,7891 | 0,87 - 53,00 |
| 5 | 0,7256 | 0,7330 | 0,3222 | 0,0000 | 2,0660 | 0,49 - 8,69 |
| 6 | 1,6591 | 0,9634 | 0,0850 | 0,0858 | 5,2547 | 0,80 - 34,72 |
| 7 | 0,9620 | 0,7668 | 0,2096 | 0,0000 | 2,6171 | 0,58 - 11,76 |
| 8 | 0,4041 | 0,9593 | 0,6736 | 0,0000 | 1,4979 | 0,23 - 9,82 |
| 9 | 3,4010 | 0,8707 | 0,0001 | 0,3178 | 29,9934 | 5,44 - 165,25 |

Keterangan :

*) Sesuai saran Lemenshow⁽⁷²⁾

Variabel 1 = paritas

Variabel 2 = pendidikan subyek

Variabel 3 = umur suami

Variabel 4 = lama persalinan

Variabel 5 = jenis anestesi

Variabel 6 = petugas ANC

Variabel 7 = kecukupan informasi

Variabel 8 = dukungan lingkungan saat kehamilan

Variabel 9 = dukungan lingkungan saat persalinan

Dengan analisis regresi logistik ini ingin dilihat hubungan antara beberapa variabel yang diduga berperan sebagai faktor risiko (variabel independen) pada kejadian *post-partum blues* tersebut secara bersama-sama. Variabel yang dipilih adalah variabel dengan hasil $p < 0,25$ yang dianggap bermakna pada analisis univariat, dengan mempertimbangkan jumlah dan jenis variabel serta jumlah subyek penelitian.⁽⁷²⁾

Sebagaimana dapat dilihat pada tabel 4.9 di atas, faktor lama persalinan, petugas perawatan antenatal dan kecukupan dukungan lingkungan pada saat persalinan mempunyai peran yang cukup besar dalam terjadinya *post-partum blues*. Secara statistik ketiga faktor tersebut mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian PPB pada 50,45% kasus. Subyek dengan lama persalinan > 12 jam mempunyai kemungkinan 6,7 kali lebih besar untuk mengalami PPB dibandingkan dengan subyek dengan lama persalinan < 12 jam. Subyek yang perawatan antenatalnya dilakukan oleh dokter (dokter umum dan/atau dokter ahli) mempunyai kemungkinan 5,2 kali lebih besar untuk mengalami PPB dibandingkan dengan subyek yang perawatan antenatalnya dilakukan oleh bidan. Kecukupan dukungan lingkungan saat persalinan merupakan faktor risiko yang paling berpengaruh.

Subyek yang merasa kurang mendapat dukungan dari lingkungannya pada saat persalinan mempunyai kemungkinan hampir 30 kali lebih besar (95% CI: 5,44 - 165,25) dibandingkan dengan subyek yang merasa cukup mendapat perhatian dari lingkungannya.

4.2. PEMBAHASAN

4.2.1. Angka kejadian *post-partum blues* (PPB)

Dalam kepustakaan dilaporkan angka kejadian *post-partum blues* (PPB) yang cukup tinggi walaupun dengan rentang variasi yang cukup besar, yaitu pada umumnya antara 26 - 85%.^(2,3,6,12,30) Tingginya angka kejadian ini kadang-kadang berakibat bahwa PPB dianggap sebagai hal yang biasa pada wanita pasca-salin, padahal sesungguhnya merupakan hal yang tidak menyenangkan bagi wanita yang mengalaminya dan harus pula dipikirkan dampaknya di kemudian hari, terutama bagi kehidupan keluarganya. Rentang variasi yang besar ini mungkin disebabkan karena perbedaan kriteria diagnostik yang digunakan, populasi penelitian dan juga saat pengukuran yang berbeda.^(2,3,5) Penelitian yang menggunakan lebih sedikit kriteria diagnostik mungkin akan mendapatkan angka kejadian yang lebih tinggi, sebaliknya dengan menggunakan kriteria

diagnostik yang lebih banyak kemungkinan akan didapat angka prevalensi yang lebih rendah. Paykel et al⁽¹³⁾ melaporkan angka prevalensi sebesar 20% dari hasil pengukuran pada saat 6 minggu pasca-salin dengan menggunakan *Raskin Three Area Depression Scale*. Penelitian yang dilakukan di Inggris dengan menggunakan *Standardized Psychiatric Interview* mendapatkan angka prevalensi 13% pada 3 - 5 bulan pasca-salin, 16% pada saat 6 minggu pasca-salin dan 17% pada saat 3 bulan pasca-salin.^(73,74) O'Hara melaporkan angka kejadian *post-partum blues* antara 26 - 42% pada beberapa serial penelitian yang dilakukannya.⁽³⁵⁾ Pada penelitian ini didapatkan angka kejadian PPB sebesar 29,6% di antara para tenaga kerja wanita berpendidikan tinggi yang melahirkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin - Bandung, dengan menggunakan 7 gejala kriteria diagnostik pada dua kali pengukuran. Dengan kriteria diagnostik dan alat ukur yang sama, serta dengan satu kali pengukuran, penulis mendapatkan angka kejadian yang berbeda pada populasi yang berbeda, yaitu sebesar 33% di antara seluruh wanita yang melahirkan spontan, tanpa melihat tingkat pendidikan dan pekerjaan subyek.⁽⁷⁾ Dengan membandingkan kedua hasil penelitian tersebut di atas, sementara dapat disimpulkan bahwa *post-partum blues*

lebih banyak dialami oleh para wanita yang berpendidikan tinggi. Sampai saat ini penulis belum pernah mendapatkan laporan hasil penelitian lainnya untuk masalah *post-partum blues* ini di Indonesia, sehingga sulit untuk mendapatkan perbandingan.

Dalam kepustakaan dikatakan bahwa gejala PPB ini biasanya muncul dalam beberapa hari pasca-salin dan akan menghilang dalam waktu antara beberapa jam sampai beberapa hari, bahkan beberapa minggu atau bulan kemudian, atau dapat juga berkembang menjadi keadaan yang lebih berat.^(74,75) Pada penelitian ini (tabel 4.2) dari hasil penilaian 48 jam pasca-salin didapatkan sebanyak 26 subyek (24,1%) mengalami PPB, tetapi sebanyak 9 subyek ternyata tidak lagi mengalaminya pada saat penilaian kedua (10-14 hari pasca-salin) dan menunjukkan adanya kasus yang bersifat *self-limiting*. Didapatkan sebanyak 6 subyek yang mengalami PPB baru pada saat penilaian kedua. Mengingat *onset* dan *duration* yang bervariasi, maka masih terdapat kemungkinan adanya subyek yang mengalami PPB namun tidak terdeteksi dengan dua kali penilaian, karena timbul dan menghilang pada saat antara dua kali penilaian tersebut. Angka kejadian ini cukup tinggi dan kiranya memerlukan penanganan yang baik, karena

walaupun pada beberapa subyek PPB ini dapat menghilang sendiri (*self-limiting*), namun menimbulkan perasaan yang tidak nyaman dan harus dipikirkan kemungkinan dampaknya di kemudian hari, terutama terhadap pertumbuhan dan perkembangan anaknya, atau juga terhadap kemungkinan keadaan tersebut menjadi bertambah berat, yaitu menjadi depresi atau psikosis post-partum.

4.2.2. Faktor-faktor karakteristik

4.2.2.1. Faktor karakteristik ibu

Faktor umur ibu, terutama pada wanita yang baru melahirkan pertama kali, dikatakan berkaitan dengan masalah kematangan emosional atau kesiapan mental untuk menghadapi tugas dan tanggung-jawabnya sebagai seorang ibu.^(14,47) Pada penelitian ini (tabel 4.3) tidak didapatkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara kelompok umur dalam hal jumlah subyek yang mengalami *post-partum blues*, hal ini kemungkinan karena populasi penelitian yang homogen. Beberapa penelitian yang secara khusus membandingkan dengan berdasarkan distribusi umur yang berbeda, ternyata tidak mendapatkan adanya perbedaan yang bermakna di antara kelompok-kelompok umur

tertentu. Hanya 5 di antara 17 studi dapat menunjukkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara umur dan kejadian *post-partum blues*, 4 studi mendapatkan bahwa wanita umur muda mempunyai risiko yang lebih besar, sebaliknya terdapat 1 studi yang melaporkan bahwa wanita yang berumur lebih tua mempunyai risiko yang lebih besar untuk kemungkinan mengalami *post-partum blues*.^(3,6,14) Gordon dan Gordon⁽¹²⁾ melaporkan lebih banyak masalah timbul pada wanita yang lebih tua, sedangkan Paykel et al.⁽¹³⁾ mendapatkan bahwa *post-partum blues* ini secara bermakna lebih banyak didapatkan pada wanita yang berumur lebih muda.

Paritas merupakan salah satu faktor penting dalam kasus *post-partum blues*. Fakta-fakta yang menyokong adanya hubungan antara gangguan mental pasca-salin dengan paritas tidak konsisten dan bahkan seringkali kontradiktif, meskipun yang dibandingkan adalah hasil dari studi yang dilakukan pada populasi yang serupa. Hal ini kemungkinan juga disebabkan karena adanya perbedaan dalam cara pengambilan sampel dan cara-cara penilaian. Nott et al.⁽⁴¹⁾ mengemukakan bahwa PPB ini ternyata lebih banyak dialami oleh wanita primipara, dan kemungkinan hal ini dikaitkan dengan masalah penyesuaian terhadap

peran sebagai orangtua. Demikian juga pada penelitian ini (tabel 4.3) ternyata bahwa PPB lebih banyak dialami oleh wanita primipara dibandingkan dengan multipara, dan secara statistik menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$). Namun beberapa penelitian lain, sebagaimana dilaporkan oleh Davidson⁽⁷⁵⁾ dan Jacobson & Nilsson⁽⁷⁶⁾, bahkan mendapatkan hasil bahwa PPB ini mempunyai hubungan yang lebih bermakna dengan para wanita multipara, yang kemungkinan hal ini dikaitkan dengan adanya gangguan emosi atau perasaan yang telah muncul sejak masa kehamilan karena faktor-faktor anak yang sudah ada dan cukup menimbulkan 'kelelahan'.^(11,49) Walaupun demikian, belum dapat disingkirkan kemungkinan adanya kaitan antara faktor umur dan paritas dalam hubungannya sebagai faktor risiko pada kejadian *post-partum blues*, yaitu antara umur muda dan primipara, serta umur yang lebih tua dengan multiparitas.

Melges⁽⁷⁷⁾ mengemukakan bahwa meskipun sulit untuk menentukan risiko relatif kemungkinan timbulnya PPB pada kehamilan berikutnya, cukup banyak fakta menunjukkan bahwa setelah episode pertama dari gangguan mental pasca-salin, terdapat cukup besar

kemungkinan berulangnya kembali gangguan tersebut pada masa selanjutnya atau kehamilan berikutnya .

Para wanita Indonesia yang berpendidikan tinggi dan mempunyai aktivitas kerja di luar rumah, menghadapi dua macam harapan sesuai dengan *role-expectation* masyarakat terhadap seorang ibu rumah-tangga dan *role-expectation* terhadap seorang yang berpendidikan tinggi untuk mengamalkan keilmuannya. Mereka berada dalam situasi konflik, yang disebut sebagai *role-conflict*, yaitu antara peran sebagai ibu rumah tangga dan sebagai orang yang berpendidikan tinggi. Dari hasil penelitian pendahuluan yang pernah dilakukan oleh penulis dengan populasi penelitian yang beragam tingkat pendidikannya, terdapat kecenderungan bahwa makin tinggi tingkat pendidikan seorang wanita, maka makin besar pula kemungkinannya mengalami *post-partum blues* tersebut.⁽⁷⁾ Pada penelitian ini di mana populasi penelitian dapat dikatakan homogen dalam hal tingkat pendidikan (D-3, S-1, S-2 atau lebih), secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$) dalam hal jumlah subyek yang mengalami PPB tersebut, antara kelompok subyek yang berpendidikan D-3, S-1 dan S-2 atau lebih (tabel 4.3).

Ditinjau dari segi kelompok jenis pekerjaan subyek, ingin dibandingkan apakah terdapat perbedaan antara subyek yang bekerja paruh-waktu dan purna-waktu dalam hal pengalaman *post-partum blues*. Mereka yang bekerja paruh-waktu diperkirakan masih mempunyai waktu yang terluang bagi kepentingan rumah-tangganya dibandingkan dengan mereka yang bekerja purna-waktu dan sudah terlalu 'lelah' dengan pekerjaannya karena memang adanya tuntutan pekerjaan yang lebih tinggi. Dari hasil penelitian ini (tabel 4.3) ternyata tidak didapatkan perbedaan yang bermakna secara statistik ($p > 0,05$) antara kedua kelompok subyek tersebut. Lamanya waktu yang 'terpakai' untuk urusan kerja di luar rumah tampaknya tidak ada hubungannya dengan masalah *post-partum blues* dan lebih mungkin berhubungan dengan masalah perannya sendiri (kebutuhan aktualisasi diri) dalam beraktivitas atau pekerjaannya di luar rumah.

Sampai saat ini penulis belum mendapatkan laporan atau hasil penelitian yang secara khusus meneliti hubungan antara tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan dengan kejadian *post-partum blues*, sehingga tidak dapat membandingkan hasil yang didapat pada penelitian ini.

4.2.2.2. Faktor karakteristik suami

Banyak konflik antara pasangan perkawinan disebabkan karena perbedaan dalam konsep mengenai peran suami dan isteri dalam kedudukan sebagai orangtua.⁽¹¹⁾ Para wanita yang hidup atau dibesarkan dalam lingkungan yang 'tradisional' masih sangat banyak mengharapkan peran suami sejak saat kehamilan sampai perawatan bayi setelah kelahiran, walaupun mungkin sekedar bantuan dalam hal-hal yang bersifat praktis. Tidak semua suami memberikan respons yang sesuai dengan harapan isterinya.^(57,58) Respons suami antara lain dipengaruhi juga oleh latar belakang demografik atau karakteristiknya yang akan berpengaruh terhadap konsep tentang perannya dalam kehidupan sebagai orangtua⁽⁵⁸⁾, demikian juga pandangan dan harapan suami terhadap isteri yang bekerja.^(27,28) Umur suami yang masih muda dan bahkan lebih muda dari isteri mungkin sangat berkaitan dengan masalah kematangan emosional yang dibutuhkan dalam perannya sebagai suami dan kepala rumah-tangga, maupun sebagai orangtua kelak.⁽⁵⁸⁾ Pada penelitian ini (tabel 4.4) dapat kita lihat adanya kecenderungan bahwa pada kelompok umur suami yang lebih muda (<30 tahun), angka kejadian PPB lebih tinggi dibandingkan dengan

umur suami yang lebih tua (≥ 30 tahun), walaupun secara statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$).

Pada penelitian ini (tabel 4.4) didapatkan sebanyak 28 subyek (25,9%) yang tingkat pendidikan suaminya lebih rendah (SLTP/SLTA). Latar belakang pendidikan suami mungkin juga berpengaruh terhadap konsepnya tentang peran isteri dalam rumah tangga dan juga pandangan serta harapannya terhadap isteri yang bekerja. Di satu sisi para suami yang berpendidikan 'rendah' mungkin masih mempunyai konsep yang tradisional terhadap peran isteri dalam rumah-tangga, sehingga kurang memberikan dukungan bagi isterinya untuk bekerja. Di sisi lain, para suami tersebut harus memahami bahwa isterinya yang berpendidikan lebih tinggi mempunyai kesempatan lebih tidak saja sekedar untuk bekerja mencari nafkah (atau tambahan) bagi keluarganya, tapi juga bahwa isterinya mempunyai keinginan untuk mengaktualisasikan diri dalam kehidupan di luar rumah-tangganya.^(26,27)

Pada penelitian ini dapat dilihat bahwa walaupun tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik ($p > 0,05$), ternyata kasus PPB lebih banyak dijumpai pada kelompok subyek yang tingkat pendidikan suaminya sama dengan atau lebih tinggi dari subyek. Hal ini dapat

diterangkan bahwa pada kelompok subyek yang suaminya berpendidikan sesuai atau lebih tinggi, mereka (para suami) kemungkinan masih mengharapkan akan peran tradisional isteri dalam rumah-tangga, sehingga kurang memberikan dukungan bagi isterinya dalam hal keinginan untuk aktif bekerja atau membina karir pribadi dan secara tidak disadari subyek mengalami stres (tekanan) sosial yang menjadi beban mental bagi subyek.

Pada penelitian ini dapat dilihat bahwa meskipun tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik, kasus PPB lebih banyak didapatkan pada kelompok subyek yang suaminya bekerja purna-waktu dibandingkan dengan kelompok subyek yang suaminya bekerja paruh-waktu (tabel 4.4). Berbeda dengan mereka yang bekerja sebagai wiraswasta atau karyawan swasta paruh-waktu, para suami yang bekerja purna-waktu, baik sebagai karyawan swasta maupun pegawai negeri, mungkin sudah merasa cukup lelah dengan pekerjaannya dan tidak mau lagi disibukkan dengan urusan rumah-tangga, sehingga berharap agar isterinya dapat mempunyai waktu yang cukup untuk keperluan rumah-tangganya, termasuk mengurus anak dan suami.

Walaupun fakta-fakta di atas menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara latar belakang demografik suami dengan kejadian *post-partum blues* pada subyek, perlu untuk diingat bahwa konsep, pandangan dan harapan suami terhadap peran isteri dalam rumah-tangga, pada akhirnya tidak akan terlepas dari tuntutan kebutuhan rumah-tangga itu sendiri. Dalam situasi ekonomi rumah-tangga yang sulit karena penghasilan suami yang mungkin kurang mencukupi untuk memenuhi kebutuhan rumah-tangga, maka tidak ada pilihan selain dari upaya isteri untuk membantu dengan bekerja untuk menambah penghasilan rumah-tangga.

4.2.3. Faktor riwayat obstetrik

Riwayat obstetrik berupa abortus atau lahir-mati (*stillbirth*), penyulit-penyulit dan jenis tindakan pada kehamilan atau persalinan sebelumnya diduga ada kaitannya dengan kejadian *post-partum blues* yang mungkin telah didahului dengan stres pada saat kehamilan. Penyulit-penyulit yang dialami pada saat kehamilan dan persalinan sebelumnya mungkin akan menyebabkan timbulnya stres atau ketakutan pada saat menghadapi kehamilan dan persalinan berikutnya.⁽⁵²⁾ Dari

beberapa penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya, belum didapatkan hasil yang konklusif menyangkut masalah hubungan antara riwayat obstetrik dengan kejadian *post-partum blues*. Pada penelitian ini didapatkan bahwa kasus PPB lebih banyak dijumpai pada kelompok subyek dengan riwayat abortus/ *stillbirth* pada kehamilan atau persalinan sebelumnya, walaupun secara statistik tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna (tabel 4.5). Ditinjau dari jenis tindakan pada persalinan sebelumnya, ternyata kasus *post-partum blues* lebih banyak dijumpai pada kelompok subyek dengan pengalaman persalinan dengan tindakan, dan secara statistik menunjukkan perbedaan yang bermakna dibandingkan dengan kelompok subyek dengan riwayat persalinan spontan atau tanpa tindakan (tabel 4.5). Penelitian yang dilakukan oleh Jacobson⁽⁷⁶⁾ dan Playfair⁽⁷⁸⁾ menunjukkan adanya hubungan yang bermakna, yaitu bahwa PPB lebih banyak dialami oleh subyek dengan riwayat obstetri yang kurang baik, sedangkan sebaliknya Kumar dan Watson tidak mendapatkan hubungan yang bermakna antara kedua hal tersebut.⁽⁷⁹⁾ Beberapa peneliti bahkan mendapatkan bahwa pada kelompok subyek dengan pengalaman komplikasi obstetrik pada kehamilan dan persalinan sebelumnya didapatkan lebih sedikit kasus

post-partum blues atau gangguan mental pasca-salin lainnya. Hal ini mungkin dapat diterangkan bahwa mungkin pada kelompok subyek dengan penyulit mereka mendapat dukungan dari suami dan keluarga yang lebih memadai.

4.2.4. Faktor-faktor persalinan

4.2.4.1. Penyulit dan tindakan persalinan

Penyulit yang dialami oleh wanita selama masa kehamilan dan pada saat persalinan diduga mempunyai pengaruh terhadap kejadian PPB, meskipun beberapa penelitian terdahulu menunjukkan hasil yang tidak konsisten mengenai hal ini. Beberapa hasil penelitian menyatakan bahwa adanya penyulit kehamilan/persalinan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian PPB, sebaliknya beberapa penelitian lainnya bahkan memberikan hasil sebaliknya, yaitu bahwa lebih sedikit dijumpai kasus gangguan mental pasca-salin pada kelompok wanita dengan penyulit pada saat persalinan.⁽⁵⁴⁾ Pada hasil penelitian ini (tabel 4.6) dapat dilihat bahwa meskipun terdapat perbedaan dalam hal jumlah kasus PPB, namun secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok subyek dengan persalinan spontan

dibandingkan dengan kelompok subyek dengan persalinan buatan pervaginam dan tindakan seksio-sesarea (primer dan akut). Bahkan O'Hara dan kawan-kawan mendapatkan bahwa pada kelompok wanita dengan penyulit pada persalinan (misalnya kasus dengan seksio-sesarea yang dianggap sangat menimbulkan stres psikis), dijumpai lebih sedikit kasus dengan gangguan mental pasca-salin.⁽⁸⁰⁾ Salah satu kemungkinan yang dapat menjelaskan masalah ini adalah bahwa tindakan-tindakan obstetrik tertentu (termasuk seksio-sesarea) merupakan isyarat bagi lingkungan sosialnya untuk memberikan dukungan yang lebih pada saat pasca-salin.^(80,81) Pada subyek dengan persalinan seksio-sesarea yang telah direncanakan sejak masa kehamilan karena indikasi tertentu (seksio-sesarea primer) dan 'mengenal' prosedur-prosedur yang akan dijalaninya mungkin juga akan merasa lebih siap secara mental atau psikologis.^(52,54)

4.2.4.2. Lama persalinan, intervensi medis dan jenis anestesi

Faktor lain yang mungkin juga berpengaruh pada kejadian *post-partum blues* adalah pengalaman subyek pada saat proses persalinan. Sebagai contoh, persalinan yang lama dan intervensi medis (oksitosin

drip) dapat menimbulkan rasa takut pada ibu dan menimbulkan reaksi-reaksi emosional yang tidak diharapkan. Kesan yang timbul pada diri seorang wanita yang melahirkan akibat tindakan tersebut antara lain dipengaruhi oleh pengenalan terhadap prosedur-prosedur yang dihadapi di rumah sakit. Seorang wanita yang sudah mengenal dengan prosedur-prosedur tindakan di rumah sakit mungkin akan memberikan lebih sedikit respons yang kurang menyenangkan dibandingkan dengan mereka yang belum mengenalnya sama sekali.⁽⁵⁵⁾ Meskipun tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna secara statistik, pada hasil penelitian ini dapat kita lihat bahwa pada kelompok yang mendapat intervensi medis selama persalinan, terdapat lebih banyak jumlah kasus *post-partum blues* (tabel 4.6). Situasi lingkungan pada saat persalinan yang kurang nyaman ditambah proses persalinan yang lama akan menimbulkan gangguan emosional pada diri seorang wanita yang sedang dalam proses melahirkan. Ditinjau dari lamanya proses persalinan, pada penelitian ini dapat dilihat bahwa terdapat kecenderungan makin lama proses persalinan, makin besar kemungkinan seseorang mengalami *post-partum blues*. Jumlah mereka yang mengalami PPB pada kelompok subyek yang lama persalinannya

antara 13 - 18 jam lebih banyak dibandingkan dengan kelompok subyek yang lama persalinannya ≤ 12 jam, dan secara statistik menunjukkan perbedaan yang sangat bermakna (tabel 4.6).

Rasa nyeri yang timbul pada saat persalinan (termasuk pada saat penjahitan luka episiotomi) dapat pula menimbulkan gangguan emosional pada seorang wanita. Upaya untuk mengurangi rasa sakit dapat dilakukan antara lain dengan pemberian analgesi dan anestesi pada saat persalinan, antara lain dengan pemberian preparat analgetik secara oral, parenteral maupun suppositoria dan juga teknik anestesi epidural. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistik dalam hal jumlah kasus PPB pada subyek dengan persalinan spontan maupun persalinan buatan pervaginam, antara kelompok yang tidak mendapat analgesi/anestesi dibandingkan dengan kelompok yang mendapat analgesi saja, maupun mereka yang mendapat analgesi+anestesi lokal dan mereka yang mendapat anestesi lokal saja (tabel 4.6). Pada kelompok subyek yang mendapat analgesi+anestesi lokal dan kelompok subyek yang mendapat anestesi lokal saja didapatkan persentase kasus PPB yang cukup tinggi (32,0% dan 37,5%). Hal ini kemungkinan disebabkan karena faktor lain,

yaitu bahwa sebagian besar di antara subyek pada kedua kelompok tersebut di atas adalah subyek dengan paritas primipara. Melihat fakta di atas, perlu dikemukakan kembali pentingnya tindakan psikoprofilaksis dari para petugas obstetri, yang sebaiknya diberikan kepada setiap subyek yang akan melahirkan. Psikoprofilaksis -baik berupa senam hamil sebagai salah satu metode relaksasi, maupun berupa kegiatan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) secara bermakna berhubungan dengan lebih rendahnya persepsi rasa nyeri pada persalinan dan mengembangkan sikap positif terhadap kehamilan dan persalinan.⁽⁸²⁾ Dibandingkan dengan kelompok lainnya, yaitu kelompok yang mendapat anestesi umum (karena harus menjalani partus buatan perabdominam / seksio sesarea) lebih banyak dijumpai kasus PPB, yaitu sebanyak 4 subyek (40%) mengalami PPB. Hal ini mungkin erat kaitannya dengan masalah jenis tindakan persalinan yang menimbulkan dampak emosional pada subyek.

4.2.5. Faktor lingkungan

Dukungan psikis/sosial dari suami, keluarga dan teman-teman serta para petugas kesehatan (termasuk dokter dan perawat/bidan)

selama menghadapi stres pada saat kehamilan akan sangat membantu meringankan beban wanita hamil.^(13,15,56,57) Kurangnya dukungan dari suami telah terbukti mempunyai hubungan yang erat atau bermakna dengan meningkatnya kasus-kasus PPB, meskipun beberapa peneliti lain tidak dapat membuktikannya. Beberapa penelitian lain melaporkan bahwa ketidakhadiran orang yang dipercayai atau kurangnya dukungan dari orang yang dipercayai berhubungan dengan kejadian kasus PPB.^(83,84)

4.2.5.1. Faktor petugas dan kecukupan informasi

Walaupun penulis belum pernah mendapatkan hasil penelitian tentang hubungan antara petugas obstetri dan kecukupan informasi selama perawatan antenatal dengan kejadian *post-partum blues*, penulis menduga ada kaitan antara faktor-faktor tersebut. Dengan latar belakang pengetahuan yang dianggap cukup, para dokter (terlebih para dokter ahli) yang melakukan perawatan antenatal diharapkan dapat memberikan dukungan yang memadai kepada wanita yang memeriksakan kehamilannya, maupun para wanita yang akan ditolong persalinannya, termasuk memberikan informasi yang cukup mengenai

proses persalinan yang akan dijalani dan tindakan-tindakan apa yang mungkin akan dihadapinya. Pada penelitian ini dapat dilihat (tabel 4.7), bahwa sebagian besar subyek memeriksakan kehamilannya pada bidan (44 subyek atau 40,7%) dan dokter umum (42 subyek atau 38,9%), sedangkan mereka yang memeriksakan kehamilannya pada dokter ahli hanya sebanyak 22 subyek atau 20,4%. Akan tetapi bila ditinjau dari kejadian PPB, ternyata kasus PPB bahkan lebih banyak dijumpai pada kelompok subyek yang memeriksakan kehamilannya pada dokter ahli dan dokter umum, dibandingkan dengan kelompok subyek yang melakukan perawatan antenatalnya dilakukan oleh bidan, walaupun secara statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna. Bila kita lakukan eksplorasi lebih lanjut, dari kelompok subyek yang merasa kurang mendapat informasi yang cukup mengenai proses kehamilan dan persalinan, sebagian besar ternyata bahkan memeriksakan kehamilannya pada dokter (dokter umum dan/atau dokter ahli). Hal ini kemungkinan bukan disebabkan kurangnya pengetahuan dari para dokter untuk dapat memberikan informasi yang cukup kepada para pasiennya, tetapi lebih mungkin disebabkan kurangnya kesempatan pasien untuk mendapatkan informasi yang memuaskan atau kurangnya

perhatian dokter kepada masalah-masalah psikis pasien. Sebaliknya para bidan memberikan perhatian dan cukup kesempatan kepada pasiennya untuk bertanya-jawab seputar masalah kehamilan dan persalinan, termasuk juga persiapan-persiapan fisik menyambut kelahiran bayinya. Kecukupan informasi yang diperoleh subyek pada penelitian ini pada saat perawatan antenatal ternyata dapat dibuktikan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian PPB (tabel 4.7). Karena belum adanya penelitian lain tentang masalah tersebut di atas, hasil penelitian ini tidak dapat dibandingkan dengan hasil penelitian lain.

4.2.5.2. Dukungan psikis/sosial lingkungan pada saat kehamilan dan persalinan

Pada hasil penelitian ini (tabel 4.8) dapat dilihat bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kecukupan dukungan lingkungan dengan kejadian *post-partum blues*, yaitu didapatkan lebih banyak kasus *post-partum blues* pada kelompok subyek yang merasa kurang mendapat dukungan dari lingkungannya pada saat melahirkan dibandingkan dengan kelompok subyek yang merasa cukup mendapat dukungan dari lingkungannya, dan perbedaan ini secara statistik sangat

bermakna. Hasil penelitian ini tidak berbeda dengan apa yang pernah dilaporkan sebelumnya oleh para peneliti lain di luar negeri.^(83,84) Hofmeyr et al.⁽⁸⁴⁾ dan Hodnett⁽⁸⁵⁾ melaporkan hasil penelitiannya bahwa dengan pendampingan dan dukungan dari lingkungan selama persalinan memberikan dampak yang menguntungkan bagi kelancaran proses persalinan, persepsi terhadap proses persalinan dan *outcome* persalinan, bahkan terhadap proses menyusui.

Dukungan lingkungan (suami, keluarga dan teman dekat) pada hari-hari pertama masa pasca-salin juga merupakan hal yang penting, terutama dalam proses adaptasi pasca-salin, yang akan berkaitan dengan kemampuan subyek dalam mengatasi gangguan mental pasca-salin, apakah yang bersangkutan dapat mengatasinya dengan baik ataukah bahkan berkembang menjadi keadaan yang lebih buruk.^(31,32,33)

4.2.6. Analisis multivariat

Sebagaimana telah diketahui, bahwa terdapat beberapa faktor yang merupakan faktor risiko dalam kejadian *post-partum blues*. Pada analisis univariat yang telah dilakukan sebelumnya dapat dilihat hubungan masing-masing faktor risiko dengan kejadian *post-partum*

blues. Dengan teknik analisis multivariat dapat dilihat peran masing-masing faktor risiko (sebagai variabel bebas) terhadap terjadinya *post-partum blues* dan hubungan antara masing-masing variabel tersebut. Karena variabel bebas (independen) pada penelitian ini bersifat kategorikal dan variabel tergangungnya (dependen) bersifat nominal dikotom, maka dipilih teknik analisis multivariat regresi logistik.

Variabel-variabel bebas yang dilibatkan pada analisis multivariat ini adalah variabel yang pada analisis univariat mempunyai nilai $p < 0,25^{(72)}$, yaitu: (i) paritas (tabel 4.3; $p=0,0069$); (ii) pendidikan subyek (tabel 4.3; $p=0,2155$); (iii) umur suami (tabel 4.4; $p=0,0702$); (iv) lama persalinan (tabel 4.6; $p=0,0059$); (v) jenis anestesi (tabel 4.6; $p=0,2078$); (vi) petugas yang melakukan perawatan antenatal/ANC (tabel 4.7; $p=0,0583$); (vii) kecukupan informasi (tabel 4.7; $p=0,0307$); (viii) dukungan lingkungan pada saat kehamilan (tabel 4.8; $p=0,2226$) dan (ix) dukungan lingkungan pada saat persalinan (tabel 4.8; $p=0,0000$).

Pada tabel 4.9 yang menunjukkan hasil analisis multivariat regresi logistik tersebut dapat dilihat bahwa di antara 9 variabel yang dilibatkan pada analisis tersebut, ternyata faktor lama persalinan, petugas

perawatan antenatal dan dukungan lingkungan pada saat persalinan mempunyai peran yang penting dalam kejadian *post-partum blues*. Dukungan psikis/sosial lingkungan pada saat persalinan yang tidak memadai mempunyai peran yang terpenting dan merupakan faktor risiko yang paling berpengaruh pada kejadian *post-partum blues* ($p=0,0001$; $OR=29,9934$; $95\% CI = 5,44 - 165,25$).

Meskipun demikian teknik analisis multivariat ini mempunyai beberapa kelemahan.⁽⁸⁶⁾ Interpretasi hasil analisis multivariat ini seringkali sulit karena banyak menggunakan asumsi dan semata-mata merupakan hasil analisis statistik yang tidak natural/alamiah, sehingga tidak dapat atau sulit digeneralisasi dalam keadaan nyata. Hasil analisis ini juga sangat dipengaruhi oleh pemilihan variabel yang dimasukkan dalam persamaan dan membutuhkan jumlah subyek yang besar, terutama bila jumlah variabel independennya banyak. Dengan pertimbangan beberapa kelemahan analisis multivariat ini, maka hasil analisis ini tidak banyak manfaatnya dalam penanganan wanita yang mengalami *post-partum blues*, karena membutuhkan penanganan individual yang menyingkirkan berbagai faktor risiko yang diasumsikan sebagaimana dilakukan pada analisis multivariat ini.

BAB V

RANGKUMAN KESELURUHAN

Pengalaman menjadi seorang ibu atau orangtua tidak selalu menyenangkan bagi setiap wanita atau pasangan suami-isteri. Realisasi tanggungjawab sebagai seorang ibu setelah melahirkan bayi seringkali menimbulkan konflik dalam diri seorang wanita dan merupakan pemicu munculnya gangguan penyesuaian emosi, intelektual dan tingkah laku.

Jumlah wanita di Indonesia yang berpendidikan tinggi dan mempunyai karir sendiri yang tetap di luar rumah, di luar perannya sebagai ibu rumah tangga, makin lama makin bertambah banyak. Wanita-wanita yang aktif bekerja sebelum hamil dan 'menikmati' pekerjaannya, ataupun mereka yang terpaksa bekerja karena tuntutan ekonomi keluarga, mungkin akan menghadapi situasi konflik yang sulit antara kedua peran tersebut, terutama pada saat-saat penyesuaian masa pasca-salin. Konflik yang tidak teratasi dengan baik akan menimbulkan gangguan-gangguan psikologik, berupa suatu sindroma yang oleh para peneliti disebut sebagai '*post-partum blues*' atau '*maternity blues*' dan memberi dampak negatif bagi kehidupan keluarganya.

Post-partum blues (PPB) adalah suatu gangguan mental ringan pada wanita pasca-salin, yang diagnosis nya ditegakkan dengan mendapatkan adanya minimal 4 (empat) di antara 7 (tujuh) gejala yang mungkin muncul, yaitu: 1) reaksi depresi/sedih/disforia; 2) labilitas perasaan; 3) menangis; 4) cemas; 5) gangguan tidur; 6) gangguan nafsu makan; dan 7) iritabilitas (mudah tersinggung).

Walaupun PPB ini merupakan suatu sindroma gangguan mental pasca-salin yang ringan, namun hal ini menimbulkan perasaan tidak enak atau kurang nyaman bagi para wanita yang mengalaminya. Selain itu pula bila hal ini tidak dapat teratasi dengan baik, maka gangguan tersebut akan berkembang menjadi keadaan yang lebih berat, yaitu depresi post-partum, atau bahkan lebih berat lagi, yaitu menjadi psikosis post-partum.

Beberapa faktor diduga mempunyai pengaruh atas kejadian PPB pada seorang wanita antara lain adalah faktor biologik/hormonal, karakteristik demografik subyek, pengalaman dalam proses dan cara persalinan, serta kecukupan dukungan sosial dari lingkungannya, yaitu: suami, keluarga, teman dekat serta para dokter dan perawat atau bidan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui angka kejadian (prevalensi) *post-partum blues* di antara wanita pasca-salin berpendidikan tinggi yang aktif

bekerja atau membina karir pribadi, serta melihat apakah terdapat hubungan yang bermakna antara faktor-faktor karakteristik subjek dan suami, faktor-faktor obstetrik (kehamilan dan persalinan) terdahulu dan sekarang, dan faktor dukungan lingkungan (pada saat kehamilan dan persalinan) dengan kejadian *post-partum blues* tersebut di atas.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu acuan dalam memberikan konseling kepada para wanita (terutama mereka yang berpendidikan tinggi) dalam mempersiapkan atau menyesuaikan diri menghadapi peran ganda sebagai ibu rumah-tangga dan sebagai wanita yang aktif bekerja dan atau membina karir, sehingga masa-masa kehamilan, persalinan dan pasca-salin dapat dilalui dengan aman dan nyaman, serta menunjang terciptanya keluarga bahagia dan sejahtera. Selain itu, hasil penelitian ini diharapkan juga dapat digunakan sebagai salah satu data dasar bagi penelitian-penelitian selanjutnya yang erat kaitannya dengan masalah *post-partum blues*.

Penelitian yang bersifat survai-eksploratif ini menggunakan cara pendekatan *cross-sectional* terhadap para wanita berpendidikan tinggi (D-3/S-1 atau lebih) yang aktif bekerja (purna atau paruh-waktu), serta melahirkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin - Bandung antara 1 Januari 1996 sampai 30 Juni

1996. Data yang digunakan berupa jawaban kuesioner yang diisi sendiri (*self-test*) oleh subyek penelitian. Seluruh data yang didapat selanjutnya diolah dan dilakukan analisis/pengujian statistik dengan menggunakan program komputer *SPSS for Windows version 6.0*. Uji statistik yang digunakan adalah uji non-parametrik berupa uji *Chi-square*, *Exact-Fisher* dan analisis multivariat regresi logistik pada batas kepercayaan 95% dan tingkat signifikansi 0,05.

Selama kurun waktu 6 (enam) bulan tersebut terdapat 1437 persalinan di Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi FKUP/RSHS, dan di antaranya didapatkan 108 tenaga kerja wanita dan berpendidikan tinggi yang dilibatkan sebagai subyek dalam penelitian ini.

Dengan menggunakan kuesioner sebagai alat diagnostik yang telah diuji reliabilitas (keandalan)-nya dengan metode *Cronbach's alpha* dan menghasilkan skala reliabilitas yang bervariasi ($0,7015 < \alpha < 0,8185$), didapatkan sebanyak 32 subyek (29,6%) mengalami *post-partum blues* sebagai kesimpulan penilaian terhadap 2 (dua) kali pengisian oleh setiap subyek (48 jam dan 10-14 hari pasca-salin). Meskipun terdapat perbedaan dalam jumlah kasus PPB dari 2 kali pemeriksaan tersebut, secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara hasil pemeriksaan pada saat 48 jam dan 10-14 hari pasca-salin.

Ditinjau dari segi karakteristik subyek, terdapat hubungan yang bermakna secara statistik ($p < 0,05$) antara faktor paritas dan kejadian PPB, yaitu bahwa kejadian PPB ini lebih banyak dijumpai di antara kelompok wanita primipara, sementara tidak ada perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$) dalam hal umur, pendidikan dan pekerjaan subyek serta lama perkawinan untuk kemungkinan munculnya pengalaman PPB tersebut. Karakteristik suami (umur, pendidikan dan pekerjaan) juga terbukti tidak mempunyai hubungan yang bermakna ($p > 0,05$) dengan kejadian PPB pada subyek penelitian.

Ditinjau dari segi faktor riwayat atau pengalaman obstetrik pada persalinan sebelumnya, kejadian PPB lebih banyak dijumpai di antara kelompok subyek dengan riwayat jenis persalinan dengan tindakan, dan secara statistik menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$) dibandingkan dengan kelompok subyek dengan persalinan spontan. Tidak didapatkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara hasil kehamilan sebelumnya dengan kejadian PPB.

Ditinjau dari segi ada atau tidaknya penyulit kehamilan dan persalinan serta jenis tindakan persalinan, secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$) dalam hal kejadian *post-partum blues* antara kelompok

subyek dengan dan tanpa penyulit, serta kelompok subyek dengan persalinan spontan, persalinan buatan pervaginam dan persalinan dengan seksio-sesarea.

Makin lama seorang subyek menjalani proses persalinan, makin besar pula kemungkinannya subyek yang bersangkutan mengalami PPB dan terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok subyek dengan lama persalinan \leq 12 jam dibandingkan dengan kelompok subyek dengan lama persalinan $>$ 12 jam (antara 13-18 jam). Ditinjau dari segi intervensi medis dan jenis anestesi yang diberikan, maka tidak terdapat perbedaan yang bermakna dalam hal jumlah subyek yang mengalami PPB, antara kelompok subyek yang mendapat intervensi medis dan yang tidak, serta antara kelompok subyek dengan anestesi umum, anestesi lokal, anestesi lokal+analgesi dan kelompok subyek tanpa analgesi/anestesi.

Faktor kecukupan informasi tentang masalah kehamilan dan persalinan yang diberikan oleh petugas perawatan antenatal mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian PPB, yaitu bahwa kejadian PPB ini lebih banyak dijumpai di antara kelompok subyek yang merasa kurang mendapat informasi dibandingkan dengan mereka yang merasa cukup mendapatkan informasi. Didapatkan pula bahwa ternyata kejadian PPB ini lebih banyak dijumpai pada kelompok subyek yang perawatan kehamilannya dilakukan oleh dokter

(OR=5,2547, 95% CI : 0,80 - 34,72), dan hal ini kemungkinan disebabkan karena kurangnya kesempatan untuk berkomunikasi antara dokter dan pasiennya.

Dukungan lingkungan (suami, keluarga, teman dekat dan dokter serta perawat/bidan) yang diberikan kepada wanita yang sedang melahirkan mempunyai hubungan dengan kejadian PPB, terutama pada saat persalinan ($p < 0,05$), yaitu bahwa kurangnya dukungan lingkungan akan meningkatkan kemungkinan terjadinya *post-partum blues* (OR=29,9934, 95% CI: 5,44 - 165,25).

BAB VI

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian ini didapatkan beberapa kesimpulan yang kiranya tidak berbeda dengan apa yang pernah dilaporkan oleh peneliti-peneliti lain sebelumnya di luar negeri, yaitu :

1. Angka kejadian (prevalensi) *post-partum blues* di antara tenaga kerja wanita berpendidikan tinggi yang melahirkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin - Bandung selama periode 1 Januari 1996 - 30 Juni 1996 yang ditentukan dengan menggunakan kriteria O'Hara adalah sebesar 29,6%.
2. Secara umum faktor-faktor yang berkaitan dengan kejadian *post-partum blues* sebagai faktor risiko adalah: faktor paritas (primipara), jenis persalinan yang lalu (persalinan dengan tindakan), lama persalinan (>12 jam), kecukupan informasi (informasi yang kurang) dan kurangnya dukungan psikis/sosial dari lingkungan (suami, keluarga, teman dekat, dokter/paramedis) pada saat persalinan yang merupakan faktor yang paling berpengaruh.

BAB VII

REKOMENDASI

1. Melihat tingginya angka kejadian *post-partum blues* di antara para tenaga kerja wanita berpendidikan tinggi, maka diperlukan psikoprofilaksis dan kecukupan informasi dari para petugas obstetri tentang proses kehamilan dan persalinan, serta pendampingan atau dukungan psikis/sosial yang memadai dari suami dan keluarga, terutama terhadap wanita primipara. Untuk mengurangi risiko kejadian *post-partum blues*, penanganan/pimpinan persalinan sebaiknya tidak berlangsung lebih dari 12 jam.
2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan pada jenis populasi yang sama di rumah sakit lainnya, dengan menggunakan jumlah subyek penelitian yang lebih banyak dan dalam jangka waktu lebih panjang terhadap kasus-kasus *post-partum blues*, termasuk dampak yang timbul terhadap anak dan hubungan keluarga, sehingga dapat dipikirkan langkah-langkah lebih lanjut untuk pengelolaan kasus-kasus *post-partum blues* secara terpadu dan paripurna.

DAFTAR PUSTAKA

1. Windrawati D. Dilema wanita sarjana : antara karir dan rumah tangga. Suatu studi penajagan terhadap sekelompok wanita sarjana yang bekerja di lingkungan Universitas Indonesia. Skripsi. Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, 1981.
2. Chalmers BE, Chalmers BM. Post-partum depression: a revised perspective. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1986;5:93-105.
3. O'Hara MW. Post-partum 'blues', depression and psychosis : a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987;7:205-27
4. Hopkins J, Marcus M, Campbell SB. Post-partum depression : a critical review. *Psychol Bull* 1984;95:495-515.
5. Kennerley H, Gath D. Maternity blues: detection and measurement by questionnaire. *Br J Psych* 1989;155:356-62
6. O'Hara MW. Postpartum mental disorders. In: Sciarra JJ, Zatuchni GI, Laferla JJ, eds. Gynecology and Obstetrics, vol.6, rev. edition. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992:1-17.
7. Wratsangka R, Hasan B, Wijayanegara H. Tinjauan kasus "post-partum blues" di RSUD Dr. Hasan Sadikin - Bandung. Makalah disampaikan pada Pertemuan Tahunan Perkumpulan (PTP) IX - Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI), Surabaya, 2-5 Juli 1996.
8. Kartono K. Psikologi wanita: mengenal wanita sebagai ibu dan nenek. Bandung: CV Mandar Maju, 1992.
9. McAnarney ER, Hendee WR. Adolescent pregnancy and its consequences. *JAMA* 1989;262:74-7

10. O'Hara MW, Zekosky EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders : comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990;99:3-15
11. Atkinson AK, Rickel AU. Postpartum depression in primiparous parents. *J Abnorm Psychol* 1984;93:115-9.
12. Gordon RE, Gordon KK. Social factors in the prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1979;107:1074-83.
13. Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, et al. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiat* 1980;136:339-346.
14. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:269-74.
15. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiat* 1986;43:569-573.
16. Ghazali MV, Sastromihardjo S, Soedjarwo SR. Studi *cross-sectional*. Dalam: Sastroasmoro S, Ismael S, ed. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta : Binarupa Aksara 1995:66-77
17. Cummings SR, Strull W, Nevitt MC, et al. Planning the measurements : questionnaires. In: Hulley SB, Cummings SR, eds. Designing clinical research : an epidemiologic approach. Baltimore : Williams & Wilkins 1988:42-52.
18. Pedhazur EJ, Schmelkin LP. Measurement, design and analysis : an integrated approach. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate Publisher 1991:92-3.
19. Tumbelaka AR, Riono P, Sastroasmoro S. Pemilihan uji hipotesis. Dalam: Sastroasmoro S, Ismael S, ed. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta : Binarupa Aksara 1995:173-86.
20. Budiman A. Pembagian kerja secara seksual. Jakarta: Gramedia, 1981.

21. Friedan B. The feminine mystique. Middlesex: Penguin Books, 1976:19.
22. The Social Science Department, The London School of Economics and Political Science. Women, wife and worker. London: Her Majesty's Stationery Office, 1968:11.
23. Wolfman BR. Peran kaum wanita: bagaimana menjadi cakap dan seimbang dalam aneka peran (terjemahan). Yogyakarta: Penerbit Kanisius, 1994.
24. Peck JC. Wanita dan keluarga: kepenuhan jati diri dalam perkawinan dan keluarga (terjemahan). Yogyakarta: Penerbit Kanisius, 1991.
25. Bardwick JM, Douvan E. Ambivalence : the socialization of women. In: Gornick V, Moran BK, eds. Woman in sexist society : studies in power and powerness. New York: New American Library, 1972:225-41.
26. Heine PJ. Feminine character and feminine role. In: Hollander EP, Hunt RG, eds. Current perspective in social psychology, 4th edition. London: University Press, 1976:289-93.
27. Barnett RC, Marshall NL. Worker and mother roles, spillover effects and psychological distress. Women and Health, 1992;18(2):9-40.
28. Repetti RL, Matthews KA, Waldron I. Employment and women's health. American Psychologist, 1989:1394-1401.
29. Richards MP. Psychological aspects of neonatal care. In: Robertson NRC, ed.. Textbook of Neonatology, 2nd edition. London: Churchill Livingstone, 1992:29-42.
30. Pitt B. Maternity blues. Brit J Psychiat 1973,122:431-3
31. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. J Abnorm Psychol 1991; 100:122-132.
32. Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. Br J Psychiat 1984; 144:453-62.

33. Buesching DP, Glasser ML, Frate DA. Progression of depression in the prenatal and postpartum periods. *Women & Health* 1986;11:61-78.
34. Gard PR, Handley SL, Parsons AD, et al. A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *Br J Psychiat* 1986;148:567-75.
35. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol* 1991; 100:63-73.
36. Ballinger CB, Kay DS, Naylor GJ. Some biochemical findings during pregnancy and after delivery in relation to mood change. *Psychol Med* 1982;12:549-56.
37. Harris B, Johns S, Fung H, et al. The hormonal environment of post-natal depression. *Br J Psychiat* 1989;154:660-7.
38. Harris B, Lovett L, Newcombe RG, et al. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study. *Br Med J* 1994;308:949-53.
39. Feksi A, Harris B, Walker RF, et al. 'Maternity blues' and hormone levels in saliva. *J Affect Disord* 1984;6:351-5.
40. Dalton K. Depression after childbirth. London: Oxford University Press, 1980.
41. Nott PN, Franklin M, Armitage C, et al. Hormonal changes and mood in the puerperium. *Br J Psychiat* 1976;128:379-83.
42. George AJ, Copeland JRM, Wilson KCM. Prolactin secretion and the postpartum blues syndrome. *Br J Psychiat* 1980;70:102.
43. Handley SL, Dunn TL, Baker JM, et al. Mood changes in puerperium and plasma tryptophan and cortisol concentration. *Br Med J* 1977;2:18-22.
44. Stein G, Milton F, Bebbington P, et al. Relationship between mood and free and total plasma tryptophan in postpartum women. *Br Med J* 1976; 2:457.

45. Harris B. Prospective trial of L-tryptophan in maternity blues. *Br J Psychiat* 1980; 137:233-5.
46. Thase ME, Frank E, Kupfer DJ. Biological processes in major depression. In: Beckham EE, Leher WR, eds. Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research. Homewood IL: Dorsey Press, 1985.
47. Ragozin AS, Basham RB, Crnic KA. Effects of maternal age on parenting role. *Develop Psychol* 1982;18:627-34.
48. Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol* 1990; 99:69-78.
49. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991;100:594-9.
50. O'Hara MW, Zekosky EM. Postpartum depression: a comprehensive review. In: Kumar R, Brockington IF, eds. Motherhood and Mental Illness. New York: Grunne & Stratton, 1982:119-54.
51. Zajicek E, Wolkind S. Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. *Br J Med Psychol* 1978; 51:379-85.
52. Kennerley H, Gath D. Maternity blues : III. Associations with obstetric, psychological, and psychiatric factors. *Br J Psychiat* 1989;155:367-73.
53. Blumberg NL. Effects of neonatal risk, maternal attitude, and cognitive style on early postpartum adjustment. *J Abnorm Psychol* 1980; 89:139-50.
54. Levy V. The maternity blues in post-partum and post-operative women. *Br J Psychiat* 1987;151:368-72.
55. Oakley A, Chamberlain G. Medical and social factors in postpartum depression. *J Obstet Gynecol* 1981;1:182-7.
56. Seguin L, Potvin L, St Denis M. Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995;85:583-589.

57. Cutrona CE. Social support and stress in the transition to parenthood. *J Abnorm Psychol* 1984;4:378-390.
58. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Role of infant-related stressors in postpartum depression. *J Abnorm Psychol* 1987;96:237-47.
59. Hamilton JA. Postpartum psychiatric problems. St.Louis: Mosby, 1962.
60. Yalom ID, Lunde DT, Moos RH, et al. 'Postpartum blues' syndrome. *Arch gen Psychiat* 1968; 18:16-27.
61. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Arch gen Psychiat* 1961;4:561-9.
62. Handley SL, Dunn TL, Waldron G, et al. Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *Brit J Psychiat* 1980;136:498-508.
63. Zuckerman M, Lubin B. Manual for the Multiple Affect Adjective Check List, Educational and Industrial Testing. San Diego, CA, 1965.
64. Oates MR. The treatment of psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Clin Obstet Gynecol* 1986;13:385.
65. Field T, Sandberg D, Garcia R, et al. Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Develop Psychol* 1985; 21:1152-6.
66. Uddenberg N, Engelsson I. Prognosis of postpartum mental disturbance: A prospective study of primiparous women and their 4.5-year-old children. *Acta Psychiatr Scand* 1978;58:201.
67. Ghodsian M, Zajicek E, Wolkind S. A Longitudinal study of maternal depression and child behaviour problems. *J Child Psychol Psychiatr* 1984;25:91-109.
68. Caplan HL, Cogill SR, Alexandra H, et al. Maternal depression and the emotional development of the child. *Br J Psychiatr* 1989; 154:818-22.

69. Wrate RM, Rooney AC, Thomas PF, et al. Postnatal depression and child development: a three-year follow-up study. *Br J Psychiatr* 1985;146:622-7.
70. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H. Impacts of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *Br Med J* 1986;292:1165-7.
71. Zekoski EM, O'Hara MW, Wills KE. The effects of maternal mood on mother-infant interaction. *J Abnorm Child Psychol* 1987;15:361-78.
72. Lemeshow S. Model-Building Strategies and Methods for Logistic Regression. In: Hosmer DW, Lemeshow S., eds. Applied Logistic Regression. New York: John Wiley & Sons, 1989: 88.
73. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984; 93:158-71.
74. Cooper PJ, Campbell EA, Kennerley H, Bond A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth : a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiat* 1988;152:799-806
75. Davidson JRT. Postpartum mood change in Jamaican women: A description and discussion of its significance. *Br J Psychiat* 1982;121:659-63.
76. Kaij L, Jacobson L, Nilsson A. Postpartum mental disorder in a unselected sample: The influence of parity. *J Psychosom Res* 1987;10:317-25.
77. Melges FT. Postpartum psychiatric syndromes. *Psychosom Med* 1988;30:95-108.
78. Playfair HR, Gowers JI. Depression following childbirth - a search for predictive signs. *J R Coll Gen Pract* 1981;31:201.
79. Dalton K. Prospective study into puerperal depression. *Br J Psychiat* 1981;118:689

80. O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and postpartum depression. *J Abnorm Psychol* 1982;91:457.
81. Pop VJ, Wijnen HA, Montfort MV, Essed GG, et al. Blues and depression during early puerperium : home versus hospital deliveries. *Br J Obstet Gynecol* 1995;102:701-6
82. Huttel FA, Mitchell I, Fisher WM, Meyer AE. A Quantitative Evaluation of Psychoprophylaxis in Childbirth.
83. Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr GJ, Nikodem VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment : A randomized, controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1388-93
84. Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, et al. Companionship to modify the clinical birth environment : effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:756-64.
85. Hodnett ED, Osborn RW. Effects of Continuous Intrapartum Professional Support on Childbirth Outcomes. *Res Nurs Health* 1989;12:289-97.
86. Sastroasmoro S, Aminullah A, Rukman Y, Munasir Z. Variabel dan hubungan antar-variabel. Dalam: Sastroasmoro S, Ismael S, ed. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta : Binarupa Aksara 1995:156-72.

No. Subyek :

No. Rekam Medik : - -

**TINJAUAN KASUS "POST-PARTUM BLUES" PADA
TENAGA KERJA WANITA BERPENDIDIKAN TINGGI
DI RSUP DR. HASAN SADIKIN - BANDUNG**

**BAGIAN/SMF OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS PADJADJARAN /
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. HASAN SADIKIN
BANDUNG**

Ibu yang terhormat,

Selamat kami ucapkan atas kelahiran bayi Anda. Di tengah kebahagiaan dan saat-saat istirahat Ibu untuk pemulihan kesehatan setelah melahirkan, ijin kami memohon kesediaan Ibu untuk mengisi atau menjawab beberapa pernyataan seputar apa yang Ibu alami atau rasakan pada saat ini.

Maksud dan tujuan kegiatan kami adalah untuk mendapatkan gambaran yang sebenarnya tentang apa yang dialami atau dirasakan oleh wanita pasca-salin dan agar selanjutnya kami dapat memberikan penanganan secara tepat. Oleh karenanya kami sangat berharap Anda sendiri yang menjawab, dengan jujur dan terbuka, apa yang saat ini sesuai bagi Anda. Janganlah Ibu ragu dalam memberikan jawaban sejujurnya, karena identitas dan jawaban Ibu akan kami jaga kerahasiaannya. Semua data atau jawaban yang Ibu berikan akan dipergunakan hanya untuk kepentingan ilmiah dalam penanganan yang tepat bagi wanita pasca-salin.

Atas perhatian, kesediaan, bantuan dan kerjasama Ibu, kami mengucapkan banyak terimakasih.

Bandung, Januari 1996

*Peneliti,
Raditya Wratsangka, dr.*

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Setelah mendapat penjelasan sepenuhnya mengenai tujuan dan manfaat, serta tata-laksana penelitian ini, saya menyatakan bersedia/tidak berkeberatan untuk dilibatkan dan berpartisipasi dalam penelitian ini, dengan catatan sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri karena berbagai alasan.

Petugas,

Bandung,
Yang membuat pernyataan,

(.....)

(.....)

No. Subyek :

No. Rekam Medik :

**TINJAUAN KASUS "POST-PARTUM BLUES" PADA
TENAGA KERJA WANITA BERPENDIDIKAN TINGGI
DI RSUP DR. HASAN SADIKIN - BANDUNG**

DATA SUBYEK

| | |
|--------------|-------------------|
| No. Subyek : | No. Rekam Medik : |
|--------------|-------------------|

1. Tanggal persalinan : - - (tanggal - bulan - tahun)
2. Tanggal pendataan :
- 1) \pm 48 jam pasca-salin; 2) 10 - 14 hari pasca-salin; 3) > 10-14 hari pasca-salin

KARAKTERISTIK SUBYEK

3. Alamat :
- Kode Pos :
4. Umur : tahun
1) < 20 tahun; 2) 20-24 tahun; 3) 25-29 tahun; 4) 30-34 tahun; 5) \geq 35 tahun
5. Pendidikan :
1) D-3; 2) S-1; 3) S-2 atau lebih
6. Pekerjaan :
1) Pegawai Negeri; 2) Wiraswasta; 3) Swasta paruh-waktu; 4) Swasta purna-waktu
5) Lain-lain :
7. Umur suami : tahun
1) < 20 tahun; 2) 20-24 tahun; 3) 25-29 tahun; 4) 30-34 tahun; 5) \geq 35 tahun
8. Pendidikan suami :
1) Tidak sekolah; 2) Sekolah Dasar; 3) SLTP/SLTA; 4) D-3/S-1; 5) S-2 atau lebih
9. Pekerjaan suami :
1) Tidak bekerja; 2) Buruh; 3) Wiraswasta; 4) Swasta paruh-waktu;
5) Swasta purna-waktu; 6) Pegawai Negeri; 7) Lain-lain :

RIWAYAT OBSTETRIK TERDAHULU

10. Paritas : G P A
- 1) Primipara; 2) Multipara; 3) Grande-Multipara
11. Lama perkawinan :
- 1) < 2 tahun; 2) 2 - 5 tahun; 3) > 5 tahun
12. Hasil kehamilan terakhir :
- 1) belum pernah hamil; 2) lahir hidup, saat ini hidup; 3) lahir hidup, sudah meninggal
4) lahir mati; 5) abortus buatan; 6) abortus spontan; 7) lain-lain, sebutkan :
13. Jenis persalinan sebelumnya :
- 1) spontan; 2) manual-aid; 3) ekstraksi vakum/forceps; 4) seksio sesarea
5) tindakan destruktif; 6) abortus/belum pernah hamil; 7) lain-lain, sebutkan :

RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN SEKARANG

14. Petugas perawatan antenatal :
- 1) paraji; 2) bidan; 3) dokter umum; 4) dokter ahli;
15. Penjelasan mengenai proses kehamilan dan persalinan dari petugas ANC :
- 1) Ya, kurang; 2) Ya, cukup; 3) Tidak pernah
16. Jenis tindakan anestesi :
- 1) tanpa atau psikoprofilaksis; 2) analgesi; 3) analgesi + lokal 4) lokal; 5) spinal/epidural;
6) narkose umum
17. Lama persalinan :
- 1) < 2 jam; 2) 2-6 jam; 3) 7-12 jam; 4) 13-18 jam; 5) > 18 jam
18. Intervensi medis (oksitosin drip) :
- 1) Ya; 2) Tidak
19. Penyulit selama kehamilan dan persalinan :
- 1) perdarahan antepartum; 2) preeklampsia/gestose; 3) kelainan panggul; 4) inertia uteri
5) partus lama (>18 jam); 6) perdarahan post-partum; 7) ruptura uteri;
8) lain-lain, sebutkan.:
20. Jenis tindakan persalinan :
- 1) tidak ada (spontan); 2) partus buatan pervaginam; 3) seksio sesarea terencana
4) seksio sesarea akut; 5) lain-lain, sebutkan :
21. Selama kehamilan mendapat "dukungan" dari lingkungan (suami, keluarga, teman atau petugas medis/paramedis) :
- 1) Ya, cukup 2) Ya, kurang 3) Tidak
22. Selama persalinan mendapat "dukungan" dari lingkungan (suami, keluarga, teman atau petugas medis/paramedis) :
- 1) Ya, cukup 2) Ya, kurang 3) Tidak

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

1. Anda akan menjumpai 30 (tigapuluh) pernyataan dan Anda diminta untuk menjawab "YA" atau "TIDAK" atas pernyataan tersebut yang sesuai dengan apa yang Anda alami/ rasakan pada saat ini.
2. Dalam menjawab pernyataan tersebut, Anda tidak perlu berpikir terlalu lama. Hendaknya jawaban tersebut adalah yang muncul pertama kali dalam pikiran Anda (secara spontan) segera setelah Anda selesai membaca setiap pernyataan, dan bukan berdasarkan pertimbangan pemikiran atau logika.
3. Dalam hal ini tidak ada jawaban yang benar atau salah; karena itu Anda tidak perlu ragu dalam memberikan jawaban. Jawablah dengan bebas, jujur dan terbuka (apa adanya), sehingga menggambarkan keadaan yang sebenarnya yang saat ini Anda alami/rasakan.
4. Letakkan jawaban Anda pada sisi kanan setiap pernyataan, yaitu dalam kotak kolom jawaban, dengan cara memberikan tanda silang (X) pada tempat yang sesuai dengan jawaban Anda.
5. Adakalanya beberapa pernyataan dalam beberapa nomor tampak sama. Dalam hal ini Anda tetap diminta menjawabnya.
6. Perlu diperhatikan agar semua nomor Anda isi dan tidak ada yang terlewat/ terlampaui. Untuk itu ada baiknya Anda memeriksa kembali kelengkapan jawaban Anda.
7. Semua data atau jawaban yang Anda berikan akan dipergunakan hanya untuk kepentingan ilmiah dalam penanganan wanita pasca-salin dan akan terjamin kerahasiaannya.
8. Selamat menjawab dan terimakasih.

Bandung, Januari 1996

Raditya Wratsangka, dr.

**TINJAUAN KASUS "POST-PARTUM BLUES" PADA
TENAGA KERJA WANITA BERPENDIDIKAN TINGGI
DI RSUP DR. HASAN SADIKIN - BANDUNG**

Form : A / B

**KUESIONER DIAGNOSTIK
(Handley - O'Hara)**

| | |
|----------------------|----------------------------|
| No. Subyek : | No. Rekam Medik : |
| Umur : | |
| Tanggal persalinan : | Tgl. pengisian kuesioner : |

PETUNJUK :

Jawablah pernyataan di bawah ini dengan jawaban "YA" atau "TIDAK" pada kolom yang tersedia sesuai dengan apa yang Anda rasakan/alami. Usahakan langsung menjawabnya segera setelah Anda selesai membaca setiap pernyataan. Tidak ada jawaban benar atau pun salah. Janganlah Anda memikirkan serta menimbang-nimbang jawaban Anda, karena jawaban spontan Andalah yang kami harapkan.

| NO. | PERNYATAAN | YA | TIDAK |
|------------|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 1. | Kegembiraan yang amat sangat melanda hati dan jiwa saya saat ini. ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 2. | Di balik rasa bahagia dengan kelahiran ini, ada rasa khawatir akan kemampuan saya untuk mengasuh anak. ⁽⁴⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 3. | Saat ini perasaan gembira dan sedih silih- berganti melanda hati dan jiwa saya. ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₃ |
| 4. | Hari-hari ini terkadang saya tidak bisa membendung tangis saya. ⁽³⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 5. | Saya ingin bercerita terus-menerus kepada siapa saja tentang kelahiran anak ini. ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. | Kegembiraan yang amat sangat atas kelahiran ini membuat saya tidak bisa tidur. ^(1,5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₆ |

| NO. | PERNYATAAN | YA | TIDAK |
|-----|--|--------------------------|--|
| 7. | Beberapa hari ini selera saya untuk makan berkurang. ⁽⁶⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₇ |
| 8. | Perasaan bangga dan bahagia terkadang muncul bersama airmata setiap kali melihat bayi saya. ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 9. | Beberapa hari ini, saya merasa ada saja perkataan suami yang membuat saya marah. ⁽⁷⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₉ |
| 10. | Walau ada suami dan keluarga, tetapi saya merasa sendiri. ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁₀ |
| 11. | Saya merasa gembira dengan kelahiran anak ini, tetapi terkadang ada perasaan sedih yang datang tanpa dapat saya ketahui sebabnya. ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁₁ |
| 12. | Saya merasa kurang mendapat perhatian dari suami, walau saya sadari sebetulnya suami saya berusaha membantu. ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁₂ |
| 13. | Beberapa hari ini saya kehilangan selera untuk makan. ⁽⁶⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁₃ |
| 14. | Susah sekali saya tidur nyenyak walau sebenarnya sangat lelah. ⁽⁵⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁₄ |
| 15. | Dalam beberapa hari ini, saya merasa kesal karena ada saja perkataan orang lain yang membuat saya tersinggung. ⁽⁷⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁₅ |
| 16. | Rasanya saya ingin sekali menangis tanpa dapat saya jelaskan mengapa. ⁽³⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁₆ |
| 17. | Saya kehilangan nafsu makan karena saya takut terlalu gemuk sehingga tak menarik lagi bagi suami. ^(4,6) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁₇ |
| 18. | Saya merasa suami saya mulai tidak memperhatikan saya dan hanya memperhatikan bayi kami saja. ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁₈ |
| 19. | Kadang-kadang saya merasa tidak senang mempunyai bayi walau sebelum hamil saya selalu membayangkan alangkah bahagianya bila punya bayi. ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁₉ |
| 20. | Jika malam tiba, terkadang saya menangis diam-diam. ⁽³⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₂₀ |

- | NO. | PERNYATAAN | YA | TIDAK |
|-----|--|--------------------------|--|
| 21. | Saya merasa tidak ada yang bisa mengerti kesakitan saya sekarang ini. ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₂₁ |
| 22. | Kadang-kadang saya merasa sial harus mengalami semua ini, walau ada rasa bangga bisa menjadi seorang ibu. ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₂₂ |
| 23. | Saya merasa khawatir kalau-kalau setelah melahirkan ini, saya tak menarik lagi bagi suami. ⁽⁴⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₂₃ |
| 24. | Saya enggan sekali untuk makan. ⁽⁶⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₂₄ |
| 25. | Saya sulit sekali untuk tidur. ⁽⁵⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₂₅ |
| 26. | Perasaan murung melanda hati saya hari-hari ini tanpa saya ketahui sebabnya. ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₂₆ |
| 27. | Lebih baik saya menangis diam-diam, karena saya tidak bisa menerangkan apa sebab kesedihan saya ini. ⁽³⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₂₇ |
| 28. | Saya merasa berjuang sendiri. ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₂₈ |
| 29. | Hari-hari ini perasaan saya mudah sekali tersinggung. ⁽⁷⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₂₉ |
| 30. | Saat ini saya mudah sekali merasa cemas. ⁽⁴⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₃₀ |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|
| 1 | 1 | 5 | 6 | 10 | 12 | 18 | 21 | 26 | 28 | | | |
| 2 | 3 | 8 | 11 | 19 | 22 | | | | | | | |
| 3 | 4 | 16 | 20 | 27 | | | | | | | | |
| 4 | 2 | 17 | 23 | 30 | | | | | | | | |
| 5 | 6 | 14 | 25 | | | | | | | | | |
| 6 | 7 | 13 | 17 | 24 | | | | | | | | |
| 7 | 9 | 15 | 29 | | | | | | | | | |