

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kehamilan Remaja

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang memberikan perubahan pada ibu maupun lingkungannya. Kehamilan juga dapat diartikan masa kritis, dimana terjadi gangguan dan perubahan identitas serta peran bagi setiap anggota keluarga. Kehamilan merupakan peristiwa penting dalam kehidupan seorang wanita dan keluarga (Hutahaen, 2009). Masa kehamilan dimulai dari pembuahan sampailahirnya janin, lamanya 280 hari atau 40 minggu atau 9 bulan 7 hari, dihitung dari hari pertama haid terakhir (Manuaba, 2010).

Dalam masa reproduksi, usia di bawah 20 tahun adalah usia yang dianjurkan untuk menunda perkawinan dan kehamilan. Proses pertumbuhan berakhir pada usia 20 tahun, dengan alasan ini maka dianjurkan perempuan menikah pada usia 20 tahun (BKKBN, 2010). Reproduksi sehat untuk hamil dan melahirkan adalah usia 20-30 tahun, jika terjadi kehamilan dibawah atau diatas usia tersebut maka akan dikatakan beresiko, dan akan menyebabkan terjadinya kematian 2-4x lebih tinggi dari reproduksi sehat (Manuaba, 2010).

2.1.2 Pengertian Remaja

Remaja (*adolescent*) berasal dari bahasa latin yang berarti tumbuh ke arah kematangan. Kematangan ini bukan hanya segi fisik, tetapi juga sosial dan emosional (psikologis). Pada masa ini, terjadi berbagai perubahan, baik dari segi

disik, sosial, maupun emosional, yang diawali oleh datangnya haid (perempuan) dan mimpi basah pertama (laki-laki). Masa remaja yaitu antara usia 10-19 tahun, masa ini dinamaka masa transisi atau peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, yang diawali dengan pubertas (Widyastuti, 2011).

Masa remaja merupakan masa topan-badai dan stres (*storm and stress*). Hal tersebut dikarenakan individu sedang mengalami masa pergolakan yang diwarnai dengan konflik dan suasana hati. Pada masa tersebut, seseorang memiliki keinginan bebas dan menentukan nasib diri sendiri. Pada masa ini, individu dipandang sedang melalui masa evaluasi, pengambilan keputusan, komitmen, dan menentukan status ke depan. Secara kronologis penduduk yang tergolong remaja ini berkisar antara usia 11-20 tahun (Kementrian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, 2014).

2.1.3 Perubahan Psikologis Masa Kehamilan

Kehamilan merupakan bagian dari perjalanan hidup seorang wanita, diawali dengan pertemuan sel telur dan sel sperma yang biasa dikenal dengankonsepsi. Sel telur yang sudah dibuahi akan berimplantasi pada dinding endometrium dan akan tumbuh dan berkembang seiring usia kehamilan yang bertambah. Perubahan juga akan tampak pada ibu seiring kehamilannya, baik dari segi disik maupun dari segi psikologis ibu.

Tumbuh kembang janin sangat bergantung pada ibu, plasenta memasok makanan bagi janin. Ketika usia kehamilan memasuki usia 16 minggu, ibu akan mulai merasakan gerakan janin, hingga muncul rasa kagum dan rasa tidak percaya bahwa dirinya sedang hamil, hingga seorang wanita menyadari fungsi

organ reproduksinya secara nyata. Hingga rasa terpenuhinya kodrat sebagai wanita karena dapat mengandung, melahirkan, dan menyusui.

Selama periode kehamilan, ibu akan menyiapkan dirinya menjadi seorang ibu, kehamilan juga dapat membawa perubahan dalam pola keluarga, sehingga ibu memerlukan keterlibatan, perhatian, dan dukungan keluarga, terutama suami dengan membuat rencana jangka panjang pemeriksaan kehamilan, rencana persalinan, serta rencana perawatan bayi (Sulistiyawati, 2014).

2.1.4 Perubahan Masa Remaja

Masa remaja mengalami beberapa perubahan yang terjadi pada dirinya, yaitu perubahan fisik, kognitif, emosi, sosial moral, kepribadian, dan kesadaran beragama.

a. Perkembangan fisik.

Perkembangan fisik ditandai dengan perubahan fisik yang sangat pesat. Perkembangan seksualitas berupa munculnya tanda-tanda seksual primer dan sekunder.

1) Tanda-tanda seks primer.

Ini menunjukkan matangnya organ seksual. Pada pria, ini ditandai dengan impi basah (*nocturnal emission*), sedangkan pada wanita dengan menarke (haid yang pertama).

2) Tanda-tanda seks sekunder.

Tanda-tanda tersebut adalah sebagai berikut :

- a) Perempuan : Tumbuhnya rambut pubis (*pubic hair*) dan bulu ketiak (*axillary hair*), payudara membesar, ukuran

pinggul bertambah besar, kelenjar sebacea semakin aktif sehingga munculnya jerawat/kukul.

- b) Laki-laki : Tumbuhnya rambut pubis dan bulu ketiak, terjadinya perubahan suara, tumbuhnya kumis dan jakun, kelenjar sebacea semakin aktif, otot tumbuh, kaki dan tangan membesar.

b. Perkembangan kognitif.

Remaja mampu berpikir logis tentang berbagai gagasan yang abstrak. Misalnya, gagasan tentang sistem keadilan. Pada anak, sistem keadilan cenderung dikaitkan dengan polisi atau hakim, sedangkan pada remaja, sistem keadilan merupakan suatu aspek kepedulian kepada hak-hak warga masyarakat.

c. Perkembangan emosi.

Puncak emosionalitas remaja berpengaruh pada perkembangan organ seksualnya. Remaja cenderung sensitif dan reaktif, emosinya negatif, dan tempramental (misalnya mudah tersinggung, marah, atau sedih). Untuk mencapai kematangan emosional, remaja memerlukan lingkungan yang kondusif, yaitu hubungan yang harmonis, saling menghargai, dan mempercayai. Kegagalan menyesuaikan diri dengan lingkungan (*maladjustment*) menyebabkan remaja menjadi agresif (misalnya, keras kepala, senang bertengkar, berkelahi, dan mengganggu orang lain), atau melarikan diri dari kenyataan (misalnya, melamun, menyendiri, mengonsumsi minuman keras, dan menggunakan obat-obatan terlarang).

d. Perkembangan sosial.

Remaja mulai memiliki *social cognition*, yaitu kemampuan untuk mengenal orang lain serta *confirmity*, yaitu kecenderungan untuk mengikuti opini, pendapat, nilai, dan hobi orang lain (teman sebaya).

e. Perkembangan moral.

Perkembangan moral remaja sudah lebih matang dibandingkan anak-anak. Remaja sudah mulai mengenali nilai moral/konsep-konsep moralitas (misalnya, kejujuran, keadilan, kesopanan, dan kedisiplinan). Mereka memiliki dorongan untuk melakukan perbuatan yang dapat dinilai baik oleh orang lain guna memenuhi kepuasan psikologis mereka.

f. Perkembangan kepribadian.

Secara bertahap, remaja mulai menemukan identitas atau jati diri. Hal ini dipengaruhi oleh iklim keluarga, tokoh idola, dan peluang untuk mengembangkan diri.

g. Perkembangan kesadaran beragama.

Pandangan terhadap Tuhan atau agama sangat dipengaruhi oleh perkembangan pikiran. Kemampuan berpikir abstrak memungkinkan remaja untuk mentransformasikan keyakinan agamanya.

2.1.5 Kehamilan Usia Remaja

Pada sub bab yang diterangkan sebelumnya, dapat diambil kesimpulan bahwa kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada remaja putri berusia kurang dari 20 tahun. WHO mengidentifikasi ibu remaja berada pada rentang usia 10-19 tahun (Ganchimeg, 2014). Kehamilan pada usia ini banyak

menimbulkan resiko. Pada remaja putri, organ reproduksi belum kuat untuk proses hamil dan melahirkan. Kehamilan dan persalinan pada periode ini dapat meningkatkan kematian ibu dan janin 4-6 kali lipat dibanding wanita yang hamil dan bersalin pada usia 20-30 tahun. Ibu yang hamil pada usia kurang dari 20 tahun belum siap secara mental, sehingga berakibat pada kesadaran untuk memeriksakan diri dan kandungan masih rendah (Rohman dan Sandu, 2015).

Remaja lebih sering memiliki masalah citra diri yang menjadikan remaja memiliki potensi resiko pada pemenuhan gizi ibu dan bayi (Johnson, 2010). Berbeda dengan wanita pada usia 20-30 tahun yang dianggap ideal untuk menjalani kehamilan dan persalinan. Pada rentang usia ini, fisik ibu dalam kondisi prima dan mental ibu lebih siap, yang berdampak pada perilaku merawat dan menjaga kehamilan dengan hati-hati (Rohan dan Sadu, 2015). Ditinjau dari kesiapan emosional, ibu remaja sedang mengalami ketidakstabilan emosi serta, ibu mudah tegang. Kondisi ibu sedang hamil memperburuk kondisi emosional seorang remaja, sehingga berdampak pada pencapaian tugas perkembangan keluarga (Sari, dalam Kurniawati, 2018).

a. Penyebab Kehamilan Remaja.

1) Pernikahan dini.

Maraknya pernikahan dini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya kehamilan pada remaja di Indonesia. Pernikahan dini dilakukan pada usia relatif muda, sehingga cenderung kurang siap baik secara biologis, psikologis, maupun sosial. Bila remaja putri terjebak dalam pernikahan dini, maka

kesempatan membangun diri, menempuh jenjang pendidikan lebih tinggi, bermain dan berkumpul dengan teman sebaya, serta hak-hak lain akan tersita karena kematangan fisik serta psikologis yang belum tercapai (Kementrian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, 2014).

Dari segi psikologi dan sosiologi, pernikahan dini dibagi menjadi dua kategori yaitu pernikahan dini asli dan pernikahan dini palsu. Pernikahan dini asli dimaksudkan untuk menghindarkan kedua belah pihak dari dosa tanpa adanya maksud menutupi perbuatan zina yang telah dilakukan. Pernikahan dini palsu dilakukan sebagai kamufase dari moralitas yang kurang etis dari kedua mempelai yang berakibat adanya kehamilan (Kementrian Koordinator Bidang kesejahteraan Rakyat, 2014).

Negara-negara asia pasifik dapat dikatakan belum dapat menangani permasalahan remaja dan anak muda karena tingginya angka pernikahan di rentang usia ini. Meski pertumbuhan ekonomi dan permasalahan kesehatan secara menyeluruh, namun pelayanan kesehatan dan hak seksual serta reproduksi pada remaja masih kurang mendapatkan perhatian dan tidak terlayani (Rohan dan Sandu, 2015).

Wanita yang menikah pada usia muda secara otomatis menjadi tidak mandiri dan membuat wanita tersebut bergantung pada pasangannya, sehingga mempengaruhi status sosial dan

ekonomi wanita tersebut. Hak berpendidikan cukup umumnya juga tidak dapat dicapai oleh wanita yang menikah di usia muda, sehingga menyebabkan peluang untuk mandiri serta menurunkan minat ibu dalam mencari pelayanan kesehatan reproduksi untuk dirinya sendiri. Hal ini menyebabkan wanita yang menikah usia dini berisiko lebih tinggi terpapar banyak risiko kesehatan (Rohan dan Sandu, 2015).

Pernikahan yang terjadi pada usia ini umumnya terjadi karena beberapa faktor, yaitu keinginan bebas pada remaja, faktor ekonomi, faktor pendidikan serta faktor budaya.

a) Keinginan bebas pada remaja.

Adanya dorongan rasa kemandirian gadis remaja dan keinginan bebas dari kalangan orang tua. Hal tersebut berkaitan dengan perubahan psikologis yang terjadi pada diri seorang remaja, bahwa masa remaja sedang mengalami masa peralihan kedudukan dari ketergantungan terhadap keluarga menuju kehidupan dengan kedudukan mandiri.

b) Faktor ekonomi.

Pernikahan dini terjadi disebabkan karena alasan membantu pemenuhan kebutuhan ekonomi keluarga. Faktor ini berhubungan dengan rendahnya tingkat ekonomi keluarga. Orang tua tidak memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan keluarga sehingga orang tua memilih untuk

mempercepat pernikahan anaknya. Terlebih lagi bagi anak perempuan sehingga dapat membantu pemenuhan kebutuhan keluarga. Sejalan dengan hal itu, para orang tua yang menikahkan anaknya pada usia dia udah mengangkat bahwa dengan menikahkan anaknya, mengapa beban ekonomi keluarga akan berkurang satu. Hal ini disebabkan anggapan jika anak sudah menikah, maka akan menjadi tanggung jawab suami bahkan para orang tua berharap jika anaknya sudah menikah akan dapat membantu kehidupan orang tuanya.

c) Faktor pendidikan

Rendahnya tingkat pendidikan orang tua, menyebabkan kecenderungan mengawinkan anaknya yang masih dibawah umur. Hal tersebut berkaitan dengan rendahnya tingkat pemahaman dan pengetahuan orang tua terkait konsep remaja gadis. Pada masyarakat khususnya masyarakat pedesaan terdapat suatu nilai dan norma yang menganggap bahwa jika suatu keluarga memiliki seorang remaja gadis yang sudah dewasa, namun belum juga menikah dianggap menjadi aib keluarga, minta orang tua lebih memilih untuk mempercepat pernikahan anak perempuannya.

d) Faktor budaya.

Keberadaan budaya lokal memiliki pengaruh dan peluang besar terhadap pelaksanaan pernikahan dini, karena masyarakat tidak memberikan pandangan negatif terhadap pasangan yang melangsungkan pernikahan meskipun pada usia dini. Secara umum dalam masyarakat yang pola hubungan tradisional pernikahan berdasarkan sebagai suatu keharusan sakral. Cara pandang tradisional terhadap perkawinan sebagai kewajiban sosial ini, kontribusi besar terhadap fenomena menikah usia muda.

2) Perilaku Seksual Remaja.

Kemampuan organ seks dapat berpengaruh buruk bila remaja tidak mampu mengendalikan rangsangan seksual, sehingga tergoda untuk melakukan hubungan seks pra nikah maupun terjadinya pernikahan dini. Hal ini akan menimbulkan akibat yang dapat dirasakan bukan saja oleh pasangan, khususnya remaja putri tetapi juga orang tua, keluarga bahkan masyarakat.

Hal ini dapat mengakibatkan kehamilan remaja yang juga memiliki dampak, salah satunya adalah melahirkan bayi yang kurang/tidak sehat, menambah ekonomi keluarga yang belum bisa dinyatakan cukup, meningkatkan remaja putus sekolah, kualitas masyarakat menurun, peningkatan angka kematian ibu dan bayi,

meningkatkan beban ekonomi masyarakat sehingga derajat kesehatan masyarakat menurun.

Pengetahuan seksual yang besar dapat memimpin seseorang ke arah perilaku seksual yang rasional dan bertanggung jawab serta dapat membantu membuat keputusan pribadi yang penting terkait seksualitas. Sebaliknya pengetahuan seksual yang salah dapat mengakibatkan kesalahan persepsi masyarakat khususnya remaja tentang seks menjadi salah pula. Hal ini diperburuk dengan adanya berbagai mitos mengenai seks yang berkembang di masyarakat. Hal tersebut terakumulasi, dan diekspresikan dalam bentuk perilaku seksual yang buruk dengan segala akibat yang tidak diharapkan.

- a) Faktor yang mempengaruhi perilaku seksual remaja yang dipaparkan oleh Kumalasari (2012) antara lain :
 - i. Faktor perkembangan yang terjadi dalam diri mereka, yaitu berasal dari keluarga dimana anak mulai tumbuh dan berkembang.
 - ii. Faktor luar, mencakup kondisi/pendidikan formal yang cukup berperan terhadap perkembangan remaja dalam mencapai kedewasaannya.
 - iii. Faktor masyarakat, mencakup adat kebiasaan, pergaulan dan perkembangan di segala bidang khususnya teknologi yang dicapai manusia.

b) Faktor lain yang mempengaruhi perilaku seksual remaja

berupa :

- i. Dorongan seksual.
- ii. Keadaan kesehatan tubuh.
- iii. Psikis.
- iv. Pengetahuan seksual.
- v. Pengalaman seksual sebelumnya.

b. Antenatal Care dan Intranatal Care Pada kehamilan Usia Remaja.

1) Antenatal care kehamilan usia remaja.

Antenatal care (ANC) merupakan salah satu program yang direncanakan untuk mengobservasi, memberikan pendidikan kesehatan dan penanganan medis pada wanita hamil. Tujuan ANC adalah untuk memonitor kehamilan, memastikan tumbuh kembang janin yang sehat serta mempersiapkan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi. Perilaku antenatal care ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor pendorong (Trisnawati, 2015).

Ibu dengan kehamilan remaja sebaiknya mengunjungi bidan atau tempat pelayanan kesehatan sendiri mungkin untuk mendapatkan pelayanan Antenatal Care (ANC). Namun masih banyak penelitian yang menunjukkan bahwa ibu dan remaja wanita memiliki minat yang rendah dalam melakukan pemeriksaan kehamilan. Menurut Prawirohardjo dalam Trisnawati (2015),

beberapa faktor yang mempengaruhi ibu hamil remaja untuk melakukan kunjungan ANC tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, suami serta kemudahan pelayanan maternal. Jika faktor-faktor tersebut, apa minat ibu dalam melakukan kunjungan ANC juga rendah.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Fleming (2015) di Kanada, kehadiran kelas prenatal dan kunjungan antenatal trimester pertama pada ibu remaja secara signifikan lebih rendah daripada wanita dewasa. Alasan keterlambatan kunjungan ANC pada penelitian ini disebutkan kurangnya pengetahuan remaja tentang perawatan prenatal dan kurangnya pemahaman konsekuensi dari ketidakhadirannya dalam ANC, sejarah sebagai korban kekerasan, keinginan untuk menyembunyikan kehamilan, kekhawatiran tentang kurangnya privasi atau penilaian sikap dari penyedia layanan kesehatan, serta hambatan finansial. Pemeriksaan ANC pada remaja terfokus untuk mengatasi masalah gizi, persyaratan berat badan ibu hamil, strategi program nutrisi prenatal yang komprehensif.

Perawatan prenatal yang bagus memiliki potensi yang luar biasa terhadap kehamilan remaja. Pendampingan oleh tenaga kesehatan selama kehamilan pada ibu remaja dapat mengurangi risiko depresi pasca melahirkan secara signifikan (Barlow, et al, 2006).

2) Intranatal care kehamilan usia remaja

Proses persalinan meliputi 4 faktor yang saling terkait selama proses persalinan yaitu *power*, *passage*, *passanger*, dan psikis. Faktor *power* mencakup kekuatan HIS dan kemampuan ibu saat persalinan. Untuk faktor tenaga ibu sendiri akan dipengaruhi oleh umur, paritas dan Kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan. Faktor *passage* mencakup Jalan lahir lunak (kekuatan otot perut, otot panggul, elastisitas perineum dan vulva), sedangkan pada jalan lahir keras bentuk panggul, kelenturan tulang panggul menjadi faktor penting dalam keberhasilan persalinan normal. Faktor *passanger* yaitu faktor janin dan plasenta antara lain posisi janin dan plasenta, sikap janin dan berat badan janin. Faktor psikis sangat mempengaruhi terhadap persepsi dan kemampuan manajemen diri dalam menghadapi setiap proses persalinan yang panjang dan melelahkan selain 4 faktor tersebut juga tidak kalah pentingnya faktor penolong persalinan (Purwaningsih, 2010).

Umur merupakan salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan kualitas kehamilan dan persalinan yang berkaitan dengan kesiapan ibu dalam reproduksi. Usia reproduksi sehat antara 20- 35 tahun merupakan usia paling ideal dalam reproduksi. Usia kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, sehingga sering timbul komplikasi persalinan.

Pengalaman selama melahirkan yang meliputi lamanya persalinan, jenis persalinan, serta intervensi medis yang digunakan, mempengaruhi resiko Ibu depresi postpartum. Persalinan dengan komplikasi merupakan kejadian traumatis sehingga mengganggu pencapaian peran baru sebagai seorang ibu (Marni, 2014 dalam Ariyanti, 2016).

c. Dampak Kehamilan Remaja

Kehamilan usia remaja memuat banyak resiko, di samping organ reproduksi yang belum cukup matang untuk menerima proses kehamilan dan melahirkan, emosional ibu belum stabil dan ibu mudah tegang (Rohan dan Sandu, 2015). Ibu usia remaja lebih beresiko mengalami depresi postpartum karena munculnya isu psikososial akibat kehamilannya seperti kurangnya dukungan sosial. Faktor risiko kehamilan remaja lain yang dapat berdampak menjadi depresi yaitu adanya ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh, penggunaan narkoba, perasaan negatif terhadap kehamilan, serta adanya isolasi sosial dari keluarga dan teman (Torres, 2017). Disamping itu, remaja masih belum mampu untuk berpikir secara abstrak, kemampuan kognitif yang masih belum matang, ataupun sikap khas remaja yang masih belum dapat memikirkan konsekuensi atas tindakan yang dilakukan dapat menyebabkan adaptasi ibu di usia remaja dengan perannya sebagai ibu menjadi buruk, kemampuan dalam mengatasi stress yang kurang, serta mengalami kesulitan dalam beradaptasi dengan perannya sebagai ibu jika dibandingkan dengan wanita dewasa

(Figueiredo, 2014). Pada ibu usia remaja yang pertama kali melahirkan, bayi baru lahir seringkali dianggap sebagai beban baru dan stressor tambahan bagi ibu yang sudah sibuk dalam tahap pengembangan sehingga menghambat penyesuaiannya menjadi ibu (DeVito, 2010).

2.2 Transisi Pencapaian Peran Ibu

Proses pencapaian peran Ibu pada remaja menurut Ervina (2019) berhubungan dengan masalah fisik selama kehamilan, persalinan dan menyusui, pengaruh psikologis "*mixed feeling*", perawatan bayi, pemenuhan kebutuhan dukungan sosial, pendidikan dan tekanan ekonomi dan pelayanan kesehatan.

2.2.1 Masalah Fisik

Menjadi seorang ibu merupakan kejadian yang penting bagi seorang wanita. Kebanyakan remaja tidak siap untuk menjadi ibu dan mengakibatkan Ibu remaja menghadapi beberapa tantangan. Penelitian sebelumnya menyatakan Ibu remaja yang mengalami masalah selama bersalin. Bayangan rasa sakit pada proses persalinan selama masa nifas menghambat ibu untuk merawat bayinya. Kelelahan dan rasa sakit setelah melahirkan menyebabkan Ibu merasa tidak mampu untuk merawat bayinya, benda mempengaruhi *bounding attachment* dengan bayinya sehingga intervensi sangat dibutuhkan oleh ibu remaja pasca melahirkan.

2.2.2 Aspek Psikologis “*Mixed Feelings*”

Emosi Ibu usia remaja menjadi kompleks selama kehamilan dan melahirkan sehingga menjadi emosi yang menyatu antara kebahagiaan dan kekhawatiran mengenai tanggung jawab baru yang akan diemban Ibu usia remaja.

Perasaan ini dapat berupa perasaan kehilangan dan penyesalan terhadap kehidupan yang telah dilaluinya serta kesempatan yang akan datang. Penyesalan yang dialami dapat berubah penyesalan terhadap kehidupan yang akan ditinggalkan serta hilangnya kesempatan untuk melanjutkan pendidikannya. Kejadian ini sering terjadi pada ibu primipara. Penelitian sebelumnya didapatkan bahwa itu bermacam merasa terisolasi dan sendiri. Perasaan terisolasi merupakan pengalaman yang luar biasa di awal kehamilan ibu. Perasaan ini juga ditemukan pada ibu remaja usai melahirkan. Banyak ibu remaja merasa tidak ada yang mengerti keadaan sang ibu, kebutuhan untuk keperluan bayi yang dilahirkan, merasa tidak ada yang mendukung serta kehilangan pertemanan dengan sebayanya. Banyak pula Ibu remaja primipara yang merasa stres terhadap kehamilan yang tidak direncanakan dan 7 dari 30 ibu mengaku mengalami depresi, keinginan untuk bunuh diri, maupun keinginan menyakiti diri sendiri. Perasaan ini muncul pada kehamilan yang tidak diinginkan serta pada ibu yang kesulitan dalam penerimaan tanggungjawabnya sebagai calon orang tua.

Perasaan bagian mengenai transisi pencapaian peran pada informal dan juga banyak ditemukan dalam beberapa penelitian. Hal ini terjadi karena Ibu remaja menangkap transisi ini merupakan proses menuju pendewasaan, dimana Ibu memiliki persepsi positif ketika berproses menjadi Ibu yang baik. Pada kasus ini, ibu remaja bahagia terhadap bayinya dan merasa hidupnya berubah menjadi lebih baik sejak menjadi seorang ibu. Menjadi seorang ibu menyebabkan remaja menjadi lebih dewasa dan tidak memikirkan diri sendiri, sharing remaja belajar dan menjadi Ibu yang baik.

2.2.3 Perawatan Bayi

Sebagian besar remaja menganggap tanggung jawab dalam merawat bayi merupakan tanggungjawab yang paling berat yang harus dihadapi. Salah satu faktor yang menghambat pencapaian peran Ibu adalah kurangnya pengetahuan dan pengalaman Ibu remaja mengenai perawatan bayi serta banyaknya informasi dari berbagai sumber yang kontradiktif. Sesuai penelitian yang dilakukan oleh Ngai *et al* memaparkan bahwa pencapaian peran Ibu dipengaruhi oleh pengalaman positif dalam perawatan bayi, ibu yang berhasil menyusui serta Tersedianya dukungan sosial pada remaja.

2.2.4 Pemenuhan Kebutuhan Sosial.

Dukungan sosial merupakan faktor penting bagi seorang ibu remaja. Sumber hubungan sosial utama dan datang dari keluarga, terutama bagi ibu remaja primipara. Dukungan sosial dari pasangan juga merupakan faktor penting bagi pencapaian peran ibu pada remaja. Keterlibatan suami dan keluarga berpengaruh pada persepsi diri yang positif terhadap kemampuannya mengasuh anak dan biasanya membutuhkan bantuan dari keluarga untuk merawat bayi.

2.2.5 Pendidikan dan Tekanan Ekonomi

Beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya mengenai pencapaian peran sebagai ibu memaparkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi fase ini adalah adanya tegangan ekonomi serta tingkat pendidikan ibu. Beberapa info remaja menyesal memiliki bayi saat masih sekolah, sehingga pendidikan yang sedang ditempuh tidak dapat diselesaikan. Hal ini berimbas pada kesulitan pada ibu remaja dalam menemukan pekerjaan untuk memenuhi

kebutuhan finansial. Dengan kehamilan ibu dihadapkan pada suatu dilema memutuskan atau memenuhi kebutuhan bayi, melanjutkan pendidikan, atau tetap berteman dengan teman sebaya. Sehingga menempatkan remaja dalam posisi yang sulit. Suatu penelitian menyebutkan bahwa memiliki seorang bayi katanya menjadi motivasi ibu untuk melanjutkan pendidikan, sehingga Ibu remaja dapat memberikan masa depan yang cerah bagi bayinya. Namun hal ini dibantah dengan penelitian yang dilakukan Mitchel *et al* yaitu ibu remaja rata-rata tidak melanjutkan pendidikannya, hal ini dikarenakan kebijakan yang tidak mendukung ibu remaja untuk melanjutkan pendidikan.

2.2.6 Penyedia layanan kesehatan

Penelitian menunjukkan bahwa tindakan 'pengambil-alihan' perawatan bayi sesaat setelah melahirkan dibandingkan dengan mendukung dan memberdayakan ibu untuk melakukan perawatan bayi secara mandiri menyebabkan ibu remaja merasa tidak berdaya. Studi lain yang mempelajari mengenai pengalaman ibu remaja terhadap layanan kesehatan menunjukkan bahwa pengalaman negatif lebih terkenang, serta terdapat rasa kurang percaya dan perasaan tidak berdaya jika dihadapkan dengan pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, nifas, serta penggunaan kontrasepsi. Namun komunikasi yang positif dan terbuka dari penyedia layanan kesehatan dapat membuat ibu merasa lebih percaya diri untuk menjadi ibu di usia muda.

2.3 Konsep Teori Depresi Postpartum

2.3.1 Depresi Postpartum

Secara umum, sebagian besar wanita mengalami gangguan emosional setelah melahirkan. Masa setelah melahirkan adalah masa sulit yang akan menyebabkan perempuan mengalami tekanan secara emosional. Kesulitan perempuan dalam menghadapi tekanan tersebut akan memunculkan gangguan pasca melahirkan atau gangguan postpartum. Bentuk gangguan postpartum yang umum adalah depresi, yaitu mudah marah serta adanya perubahan emosi yang drastis. Depresi ibu setelah melahirkan dapat dialami oleh siapapun. Depresi ibu setelah melahirkan ada tiga jenis, yaitu depresi ringan yang sering disebut dengan *postpartum baby blues*, depresi menengah atau *postpartum depression* serta depresi berat atau *postpartum psychosis*.

Depresi postpartum pertama kali ditemukan oleh Pitt pada tahun 1988 (Regina, dkk., 2001). Depresi postpartum bervariasi dari hari ke hari dengan menunjukkan kelelahan, mudah marah, gangguan nafsu makan, dan kehilangan gairah untuk berhubungan seksual. Tingkat keparahan depresi postpartum pun bervariasi. Sloane dan Benedict (1997) mengungkapkan bahwa depresi postpartum merupakan tekanan psikologis setelah melahirkan, dan mungkin seorang ibu baru akan merasa benar-benar tidak berdaya dan merasa serba kurang mampu, tertindih oleh beban tanggung jawab terhadap bayi dan keluarganya, tidak bisa melakukan apapun untuk menghilangkan perasaan tersebut. Depresi pasca melahirkan ini dapat berlangsung sampai 3 bulan atau lebih dan dapat berkembang menjadi depresi yang lain yang lebih berat.

Depresi pasca persalinan dapat berlangsung sampai berminggu-minggu atau bulan dan kadang individu yang mengalaminya tidak menyadari bahwa hal ini merupakan penyakit. Depresi pasca melahirkan tidak hanya berdampak pada kesehatan, perkawinan, dan kehidupan keluarga sang ibu, namun juga akan mempengaruhi pembentukan ikatan antara ibu dan anak, yang akan berdampak pada kesehatan mental serta perkembangan dari anak (Clark, dkk, 2009, dalam Zhang & Jin, 2014).

Berdasarkan uraian di atas, dapat diambil kesimpulan bahwa definisi depresi postpartum adalah gangguan emosional yang terjadi pada ibu setelah melahirkan karena ibu merasa tidak berdaya, merasa kurang mampu, terbebani tanggung jawab terhadap bayi dan keluarganya, serta tidak berdaya dalam menangani perasaan tersebut. Depresi dibagi menjadi tiga tingkatan keparahan dimulai dari *postpartum blues*, *postpartum depression*, dan *postpartum psychosis*. Depresi postpartum dapat terjadi hingga 3 bulan setelah melahirkan atau lebih dan dapat berkembang menjadi psikosis postpartum.

2.3.2 Gejala Depresi Postpartum

Ling dan Duff (2001) menyatakan bahwa gejala depresi pasca melahirkan yang dialami 60% wanita hampir sama dengan gejala depresi pada umumnya. Tetapi ada beberapa karakteristik spesifik yang dimiliki oleh depresi pasca melahirkan, yaitu:

- a. Mengalami mimpi buruk.
- b. Mengalami kesulitan tidur atau insomnia.

- c. Muncul rasa takut berlebihan atau fobia. Rasa takut yang irasional terhadap sesuatu benda atau keadaan yang tidak dapat dihilangkan atau ditekan oleh penderita, meskipun penderita tahu bahwa hal yang ditakuti itu irasional. Biasanya hal ini dialami oleh ibu yang melahirkan dengan cara bedah caesar. Wanita yang mengalami bedah caesar akan melahirkan kembali untuk kelahiran berikutnya, hal ini bisa membuat rasa takut terhadap peralatan operasi dan jarum.
- d. Kecemasan. Adanya rasa tidak aman dan khawatir yang timbul karena dirasakan akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan, tetapi sumbernya sebagian besar tidak diketahuinya.
- e. Meningkatnya sensitivitas. Periode pasca melahirkan meliputi penyesuaian diri dan pembiasaan diri seorang wanita. Ibu harus belajar bagaimana merawat bayi, mengasuh hingga membesarkannya. Kurangnya pengalaman atau kurangnya rasa percaya diri dengan bayi yang lahir, atau adanya tuntutan yang menekan akan meningkatkan sensitivitas ibu.
- f. Perubahan mood. Depresi pasca melahirkan akan muncul dengan gejala sebagai berikut: kurang nafsu makan, perasaan sedih, perasaan tidak berharga, mudah marah, kelelahan, insomnia, merasa terganggu dengan perubahan fisik, sulit konsentrasi, melukai diri sendiri, anhedonia, menyalahkan diri sendiri, ketidakberdayaan, tidak memiliki harapan untuk masa depan, tidak mau berhubungan dengan orang lain. Terkadang ibu sulit untuk mencintai bayinya yang tidak mau fidur dan menangis terus-menerus.

Wanita yang mengalami depresi pasca persalinan akan sering mengalami kecemasan dan rasa panik yang cukup hebat. Secara karakteristik, penderita depresi pasca persalinan akan mengeluh kelelahan, perubahan mood, memiliki episode kesedihan, kecurigaan dan kebingungan serta tidak mau berhubungan dengan orang lain. Selain hal tersebut, penderita gangguan ini memiliki perasaan tidak ingin merawat bayinya, tidak mencintai bayinya, ingin menyakiti bayi atau melukai diri sendiri atau keduanya, dan hingga berujung kematian.

2.3.3 Diagnosis Depresi Postpartum

Terdapat 3 gangguan emosional yang sering melanda perempuan pasca melahirkan, yaitu *postpartum blues*, *postpartum depression* dan *postpartum psychosis*.

a. Postpartum Blues atau Sindrom Baby Blues

- 1) Perubahan keadaan dan suasana hati ibu yang bergantian dan sulit diprediksi seperti menangis, kelelahan, mudah tersinggung, kadang-kadang mengalami kebingungan ringan atau mudah lupa.
- 2) Pola tidur yang tidak teratur karena kebutuhan bayi yang baru dilahirkannya, ketidaknyaman karena kelahiran anak, dan perasaan asing terhadap lingkungan tempat bersalin.
- 3) Merasa kesepian, jauh dari keluarga, menyalahkan diri sendiri karena suasana hati yang berubah-ubah.
- 4) Kehilangan kontrol terhadap kehidupannya karena ketergantungan bayi yang baru dilahirkannya.

b. *Postpartum Depression* atau Depresi Pasca Persalinan

- 1) Suasana hati tertekan.
- 2) Mudah menangis.
- 3) Ketidakmampuan untuk menikmati kegiatan yang menyenangkan.
- 4) Kesulitan tidur.
- 5) Kelelahan.
- 6) Berkurangnya nafsu makan atau bertambahnya nafsu makan.
- 7) Perasaan tidak mampu sebagai orang tua.
- 8) Gangguan konsentrasi.
- 9) Kehilangan energi.
- 10) Agitasi atau kecemasan.
- 11) Kehilangan gairah untuk melakukan hubungan seksual.
- 12) Perasaan tidak berharga atau bersalah.
- 13) Pikiran tentang kematian, bunuh diri, atau pembunuhan bayi.
- 14) Gejala fisik yang dialami, diantaranya adalah sakit kepala, nyeri dada, denyut jantung cepat, sesak nafas ringan.

Depresi postpartum mengganggu kemampuan wanita untuk merawat bayinya.

c. Psikosis Postpartum

- 1) Seorang perempuan yang mengalami gejala psikotik dalam waktu 3 minggu melahirkan. Terdapat gejala delusi, halusinasi atau keduanya.

- 2) Kondisi ini terkait dengan gangguan mood seperti depresi, gangguan bipolar, atau psikosis.
- 3) Ketidakmampuan untuk tidur.
- 4) Mengalami agitasi atau kecemasan.
- 5) Perubahan suasana hati.
- 6) Penurunan berat badan yang cukup drastis atau peningkatan berat badan yang cukup drastis.
- 7) Sulit beristirahat dengan tenang dan sering merasa takut.

Jika tidak diobati, depresi psikotik postpartum memiliki kemungkinan untuk datang kembali setelah masa postpartum dan juga setelah kelahiran anak-anak lain.

2.3.4 Faktor-Faktor Penyebab Depresi Postpartum

Cycle (dalam Regina, dkk, 2001) mengemukakan bahwa suasana sekitar kehamilan dan kelahiran dapat dikatakan bukan penyebab tapi pencetus timbulnya gangguan emosional. Faktor yang dianggap sebagai pemicu terjadinya gangguan emosional pasca melahirkan adalah adanya ketidakseimbangan hormonal ibu, akibat dari masa kehamilan dan proses melahirkan. Faktor lain yang dianggap sebagai penyebab munculnya gejala adalah masa lalu ibu yang mungkin mengalami penolakan dari orang tuanya, atau orang tua yang terlalu mengekang anaknya, kecemasan yang tinggi terhadap perpisahan, dan ketidakpuasan dalam pernikahan. Karakteristik wanita yang berisiko mengalami depresi pasca melahirkan adalah wanita yang memiliki sejarah pernah mengalami depresi, wanita yang berasal dari keluarga yang kurang harmonis, wanita yang kurang

mendapatkan dukungan dari suami atau orang terdekat selama hamil dan setelah melahirkan, wanita yang jarang berkonsultasi dengan dokter selama masa kehamilan, serta wanita yang mengalami komplikasi selama kehamilan. Dinwiddie (2017) menyatakan faktor lain penyebab depresi postpartum pada ibu remaja yaitu kekerasan dalam rumah tangga dan status sosial ekonomi rendah.

Young dan Ehrhardt (dalam Strong dan Devault, 1989) membagi faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya gangguan emosional pasca melahirkan ke dalam tiga kategori, yaitu:

- a. Biologis, yaitu tekanan fisiologis yang terjadi sebagai akibat adanya penurunan tingkat hormon tertentu secara tiba-tiba dalam jumlah yang besar, dehidrasi, kehilangan banyak darah, dan faktor fisik lain yang dapat menurunkan stamina ibu.
- b. Psikologis, yaitu konflik tentang kemampuan wanita menjadi seorang ibu, perasaan bingung antara penerimaan dan penolakan terhadap peran baru sebagai ibu, permasalahan komunikasi dengan bayi dan pasangan.
- c. Sosial, adalah keadaan sosial ketika sang bayi dilahirkan, terutarna jika bayi mengakibatkan beban finansial dan emosional bagi keluarga.

Pitt (dalam Regina, dkk, 2001) mengemukakan 4 faktor penyebab depresi pasca persalinan:

- a. Faktor konstitusional. Gangguan postpartum berkaitan dengan riwayat obstetri pasien yang meliputi riwayat hamil sampai bersalin serta apakah terdapat komplikasi dari kehamilan dan persalinan sebelumnya. Hal ini lebih banyak terjadi pada wanita primipara. Wanita primipara lebih rentan

terkena gangguan blues karena setelah melahirkan, wanita primipara berada pada proses adaptasi, yaitu beradaptasi dari kondisi dulu sebelum melahirkan hanya mengurus diri sendiri, dengan keadaan anggota keluarga bertambah, maka wanita harus memikirkan untuk merawat bayinya.

- b. Faktor fisik. Perubahan hormon secara drastis pasca melahirkan akan berpengaruh terhadap keseimbangan emosi. Terkadang hormon progesteron naik dan estrogen menurun secara drastis setelah melahirkan merupakan faktor penyebab terjadinya depresi. Faktor fisik ini menunjukkan bahwa faktor hormonal ini berhubungan dengan kelahiran pertama.
- c. Faktor psikologis. Peralihan yang cepat dari keadaan terdapat dua jiwa dalam satu tubuh menjadi masing-masing individu setelah masa kelahiran membutuhkan penyesuaian psikologis
- d. Faktor sosial mengemukakan bahwa lingkungan tempat tinggal yang kurang memadai dapat menimbulkan terjadinya depresi pada seorang selain kurangnya dukungan dalam perkawinan.

Menurut Kruckman (dalam Yanita & Zarnralita, 2001) menguraikan terjadinya depresi pasca persalinan dipengaruhi oleh faktor:

- a. Biologis. Faktor ini menjelaskan bahwa depresi pasca persalinan sebagai akibat kadar hormon, seperti estrogen, progesteron, dan prolaktin yang terlalu tinggi atau rendah dalam masa nifas atau mungkin perubahan hormon tersebut terlalu cepat atau terlalu lambat.
- b. Karakteristik ibu, yang meliputi faktor umur, faktor pengalaman, faktor pendidikan, faktor selama proses persalinan, dan faktor dukungan sosial.

- 1) Faktor Umur. Saat yang tepat bagi seorang perempuan untuk melahirkan adalah usia 20 hingga 30 tahun. Faktor usia ini seringkali dikaitkan dengan kesiapan mental perempuan untuk menjadi seorang ibu. Jika perempuan melahirkan pada usia yang masih cukup muda, maka ibu belum cukup siap untuk merawat dan membesarkan anak. Hal serupa juga akan terjadi jika seorang perempuan melahirkan di atas usia 30 tahun, maka mental dalam merawat anak juga kurang baik.
- 2) Faktor Pengalaman. Depresi pasca melahirkan lebih banyak ditemui pada perempuan primipara. Hal ini karena seorang ibu dan segala yang berkaitan dengan bayinya merupakan situasi yang sama sekali baru bagi dirinya dan dapat berkaitan dengan bayinya merupakan situasi yang sangat baru bagi perempuan primipara. Hal tersebut dapat menimbulkan perasaan tertekan atau stres.
- 3) Faktor Pendidikan. Perempuan yang berpendidikan tinggi menghadapi tekanan sosial dan konflik peran, antara tuntutan sebagai perempuan yang bekerja atau melakukan peran sebagai ibu rumah tangga dan orang tua dari anak-anak. Hal ini akan memicu terjadinya situasi menekan pada sang ibu, hingga berujung depresi jika tidak dapat ditangani.
- 4) Faktor selama proses persalinan. Hal ini mencakup lamanya persalinan, serta intervensi medis yang digunakan selama proses persalinan. Diduga semakin besar trauma fisik yang terjadi akibat

proses persalinan, maka akan semakin besar pula trauma psikis yang muncul dan bisa berakibat terjadinya depresi pasca melahirkan.

- 5) Faktor dukungan sosial. Semakin banyak dukungan yang didapat perempuan pada saat kehamilan, persalinan hingga pasca persalinan membuat beban seorang wanita setelah melahirkan berkurang.

Bobak (2005) memberikan kriteria ibu yang rentan mengalami gangguan emosional pasca melahirkan dan memerlukan dukungan tambahan, diantaranya adalah:

- a. Ibu primipara (melahirkan anak pertama) yang belum dalam pengasuhan anak.
- b. Wanita yang memiliki tanggung jawab dalam pekerjaan.
- c. Wanita yang tidak memiliki banyak teman atau anggota diajak berbagi dan memberikan perhatian terhadapnya.
- d. Ibu yang berusia remaja.
- e. Wanita yang tidak memiliki suami.

Berdasarkan beberapa faktor yang telah dijelaskan, dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya depresi pasca melahirkan dapat dikategorikan ke dalam kelompok, yaitu:

- a. Faktor Biologis
 - 1) Faktor Hormonal, yaitu terjadinya perubahan kadar sejumlah hormon dalam tubuh ibu pasca persalinan secara tiba-tiba dalam

jumlah besar, yaitu estrogen, progesteron, prolaktin, dan sebagainya yang menimbulkan reaksi afektif tertentu.

2) Faktor Kelelahan Fisik yang terjadi akibat proses persalinan yang baru dilalui, seperti dehidrasi, kehilangan banyak darah, atau faktor fisik lain yang dapat menurunkan kesehatan ibu.

b. Faktor Psikologis, yaitu peralihan dari seseorang yang sendiri dan kini menjadi ada tambahan seorang bayi yang harus dirawat dan dibesarkan. Serta ada karakteristik lain individu, yaitu ibu primipara atau melahirkan pertama, ibu yang berusia remaja, ibu bekerja, serta status pernikahan

c. Faktor Sosial

1) Respon terhadap kehamilan dan persalinan, yaitu:

a) Perasaan bingung antara penerimaan dan penolakan terhadap peran baru sebagai ibu.

b) Tidak ada pengalaman dalam pengasuhan anak.

2) Kenyataan persalinan yang tidak sesuai dengan harapan. yaitu kesibukan mengurus bayi dan perasaan ibu yang tidak mampu bertanggung jawab sebagai ibu.

3) Keadaan sosial ekonomi, yaitu keadaan ekonomi sosial ekonomi yang tidak mendukung,

4) Dukungan Sosial, yaitu:

a) Ketegangan dalam hubungan pernikahan dan keluarga.

b) Wanita tidak bersuami.

- c) Wanita yang tidak memiliki teman atau anggota keluarga untuk diajak berbagi dan memberikan perhatian padanya.
- d) Kurangnya dukungan dari suami dan orang sekitar.

Faktor lain yang dapat mencetuskan terjadinya depresi potpartum yaitu riwayat depresi sebelumnya, depresi selama kehamilan, status sosial ekonomi rendah, rendahnya dukungan sosial, serta adanya riwayat kekerasan oleh pasangan (Torres, 2017).

2.4 Teknik Skrining Psikologis *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)

2.4.1 Pengertian

Edinburgh Postnatal Depression Scale merupakan salah satu metode untuk mendeteksi depresi pasca persalinan, berbentuk kuesioner baku. Kuesioner ini dikembangkan pada tahun 1987 sebagai alat skrining wanita postpartum selama pemeriksaan 6-8 minggu. Banyak studi penelitian yang telah mengkonfirmasi kuesioner ini handal dan sensitif dalam mendeteksi depresi. Uji validitas tidak dilakukan dalam penelitian ini, karena kuesioner ini sudah baku. Validasi sepuluh item EPDS di Indonesia telah dipublikasikan dengan membandingkan skor alat ukur tersebut dengan DSM-IV. Secara validitas nilai koefisien korelasinya sebesar sebesar 0.361 sampai 0.5463 dan reliabilitasnya (r_x)=0,861. Sensitifitas dan spesifisitas EPDS sangat baik. EPDS memiliki sensitifitas 92,5% dengan nilai prediksi 76,7% dan koefisien alpha 0,95% dengan sampel 100 orang ibu postpartum (Renaud, 2005). Selain itu penelitian lain telah

dilakukan pada tiga rumah sakit umum yaitu RSUD dr.Ciptomangunkusumo, RSUD Persahabatan, RSUD Fatmawati Jakarta. Jumlah sampel adalah 102 ibu postpartum yang diambil secara random setiap hari, selama waktu validasi yaitu 2-10 Maret 1998 (Rahmadani, 2007).

Skala EPDS ini diadaptasi oleh Gondo (2010) mengacu pada aspek-aspek ciri depresi menurut DSM-V diantaranya aspek emosional, aspek motivasi, aspek motoric, dan aspek kognitif. EPDS tidak mengesampingkan penilaian klinis. Sebuah penelitian klinis yang cermat tetap harus dilakukan untuk memastikan diagnose. Konsistensi internal EPDS dengan dua teknik pengukuran pada minggu pertama dan ketiga postpartum memenuhi persyaratan untuk digunakan pada sebuah test sebagai alat skrining awal depresi postnatal di unit maternitas. Dalam kasus yang meragukan, tes dapat diulangi lagi setelah 2 minggu. EPDS tidak dapat mendeteksi kelainan neurosis, kecemasan, fobia, atau gangguan kepribadian, namun dapat dilakukan sebagai alat untuk mendeteksi adanya kemungkinan depresi postpartum.

EPDS berupa kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan yang dapat menunjukkan bagaimana perasaan ibu dalam satu minggu terakhir. Pertanyaan tersebut harus dijawab sendiri oleh ibu dan rata-rata dapat diselesaikan dalam waktu 5 menit. Pertanyaan-pertanyaan tersebut diklasifikasikan dengan tanda (*) dan tanpa tanda (*). Pertanyaan tanpa tanda (*) yaitu soal nomor 1,2, dan pilihan jawaban teratas diberi nilai nol (0) dan pilihan jawaban yang terendah diberi nilai 3. Pertanyaan dengan tanda (*) yaitu nomor 3, 5, 6, 7, 8, 9, dan 10 pilihan jawaban teratas diberi nilai 3 dan jawaban paling rendah diberi nilai nol (0). Khusus untuk

nomor 10, jawaban "Ya", "Cukup sering" merupakan suatu tanda dimana dibutuhkan keterlibatan segera dari perawatan psikiatri. Nilai maksimum EPDS adalah 30 dengan interval 0-9 normal, >10 risiko depresi postpartum.

Studi validasi telah menggunakan berbagai nilai ambang batas dalam menentukan kejadian positif depresi dan membutuhkan rujukan. *Cut-off* skor berkisar 10-13 poin. Dengan menggunakan cut of point >10 dari total 30, didapatkan nilai sensitifitas 64% dan spesifitas 85% dalam mendeteksi adanya depresi. Ibu dengan poin >10 cenderung menderita depresi dengan tingkat keparahan yang bervariasi dan menunjukkan setiap keinginan untuk bunuh maka harus segera dirujuk untuk ditindaklanjuti. Wanita yang mengalami gangguan fungsi (dibuktikan dengan penghindaran keluarga dan teman, ketidakmampuan menjalankan kebersihan diri, ketidakmampuan merawat bayi) juga merupakan keadaan yang membutuhkan penanganan psikiatri segera. Wanita yang memiliki skor >10 tanpa adanya pikiran untuk bunuh diri sebaiknya dievaluasi ulang setelah 2 minggu untuk menentukan apakah episode depresi mengalami perburukan atau membaik.

2.4.2 Keuntungan EPDS

Penggunaan kuesioner EPDS memiliki beberapa keunggulan yaitu dapat mendeteksi secara dini terhadap kejadian depresi paska bersalin, kuesioner ini mudah digunakan, sederhana, cepat serta kemudahan dalam penghitungan hasil. Dalam pelaksanaannya pun, lebih mudah diterima oleh responden, serta penggunaannya yang tidak mengeluarkan biaya.

2.4.3 Cara Pengisian EPDS

Dalam pengisian kuesioner EPDS, responden diharapkan mengikuti prosedur pengisian kuesioner yaitu:

- a. Kuesioner dijawab sesuai dengan apa yang dirasakan oleh ibu selama tujuh hari terakhir
- b. Semua pertanyaan dalam kuesioner harus dijawab
- c. Pengisian kuesioner dilakukan oleh responden sendiri. Diharapkan selama pengisian, responden dapat tidak mendiskusikan jawaban dengan orang lain.
- d. Kuesioner diselesaikan oleh responden sendiri, kecuali bila terdapat kesulitan dalam memahami bahasa atau tidak bisa membaca

2.4.4 Instruksi

- a. Ibu diminta untuk memilih satu dari 4 pilihan jawaban yang paling sesuai dengan apa yang dirasakan oleh ibu
- b. Wajib bagi responden untuk menjawab seluruh pertanyaan
- c. Ibu dapat mengisi kuesioner di ruangan tertutup sehingga menghindari kemungkinan ibu mendiskusikan jawaban dengan orang lain
- d. Ibu harus menyelesaikan kuesioner sendiri, kecuali memiliki keterbatasan atau kesulitan dalam membaca

2.4.5 Cara Penilaian EPDS

- a. Pertanyaan 1, 2, dan 4

Mendapat nilai 0, 1, 2, atau 3 dengan pilihan jawaban paling atas mendapatkan nilai 0 dan pilihan jawaban paling bawah mendapatkan nilai 3.

- b. Pertanyaan 3, 5 sampai dengan 10

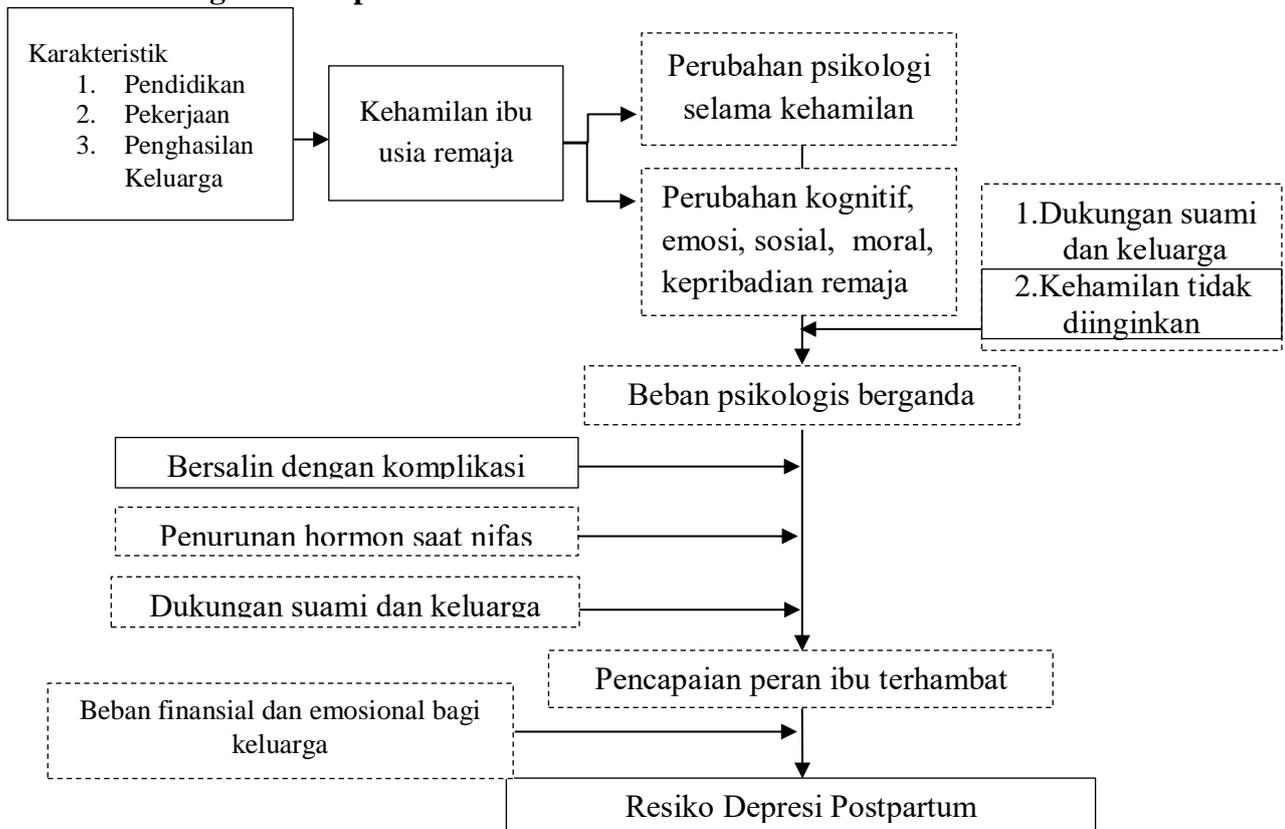
Mendapatkan penilaian terbalik, dengan pilihan jawaban paling atas mendapatkan nilai 3 dan pilihan jawaban paling bawah mendapatkan nilai 0.

- c. Pertanyaan 10 merupakan pertanyaan yang menunjukkan keinginan bunuh diri

- d. Nilai maksimal dari skala ini adalah 30

- e. Apabila nilai yang didapat lebih dari 9 maka kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum

2.5 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan

- : Diteliti
 : Tidak diteliti

Gambar 2.5 Bagan Kerangka Konsep Hubungan Kehamilan Remaja Dengan Kejadian Postpartum

2.6 Hipotesa

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

H_1 = ada hubungan kehamilan remaja dengan kejadian depresi postpartum