

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Melahirkan ialah suatu peristiwa yang dinantikan setiap wanita dikarenakan keadaan itu membuat wanita menjadi seorang wanita yang utuh (Sylvia 2006 dalam Fatimah 2009). Masa setelah melahirkan disebut dengan masa nifas atau *postpartum* yangmana dimulai dari lahirnya plasenta dan akan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil dan berlangsung sekitar 6 minggu (Saifuddin, 2011). Masa nifas merupakan masa peralihan yang secara alami dialami oleh seorang ibu. Namun, masa nifas akan menjadi masa kritis bagi ibu pasca melahirkan karena adanya komplikasi yang menyertai disetiap masa transisi yang dilalui oleh ibu dan terjadi perubahan baik secara fisiologis maupun psikologis. Beberapa orang berpendapat bahwa masa setelah melahirkan merupakan suatu hal yang tidak menyenangkan, dan merupakan masa dimana wanita beresiko tinggi untuk mengalami gangguan mood, bahkan stress fisik dan emosional menyebabkan suatu keadaan cemas hingga depresi (Mc. Kinney, 2009).

Bagi sebagian ibu beralih peran menjadi orang tua merupakan tantangan tersendiri bagi wanita karena mereka harus mampu melewati masa transisi dari peran individu menjadi orang tua dan mulai membentuk sistem yang permanen. Masa transisi pada tahap ini dapat menjadi faktor pencetus stress yang akan menyebabkan reaksi psikologis dalam diri ibu, mulai dari reaksi emosional ringan hingga berat. Secara psikologis ibu akan merasakan tanda dan gejala psikiatrik saat

memasuki masa setelah melahirkan atau masa *postpartum*. Pada minggu pertama setelah melahirkan ibu *postpartum* memerlukan penyesuaian diri didalam menghadapi peran baru sebagai seorang ibu dan menghadapi aktivitas sehari-hari baik secara fisik maupun psikis, dimana adaptasi secara psikologis pada masa *postpartum* dibagi menjadi beberapa fase, diantaranya fase *taking in*, fase *taking hold*, dan fase *letting go* (Mansur,2012).

Beberapa ibu *postpartum* berhasil menyesuaikan diri dengan baik terhadap peran barunya, namun ada juga ibu *postpartum* yang tidak berhasil menyesuaikan diri dan mengalami gangguan psikologis *postpartum* yang biasa disebut *postpartum blues* (Wahyuni, 2014). *Postpartum blues* atau *baby blues* ialah suatu gangguan ringan yang sering muncul pada minggu pertama pasca persalinan dan memuncak pada hari ke-3 sampai ke-5 serta menyerang dalam rentang waktu 14 hari terhitung setelah persalinan (Arfian,2012). Gejala *postpartum blues* diantaranya adalah reaksi depresi/sedih/disforia, menangis, dan mudah tersinggung. Ibu yang mengalami *postpartum blues* jika tidak berhasil menyesuaikan diri dengan peran barunya akan mengalami gangguan emosional yang lebih buruk seperti depresi *postpartum* (Bobak, 2012). Depresi *postpartum* adalah suatu kondisi *mood* depresi yang berat yang dapat terjadi sekitar 4 minggu setelah kelahiran bayi. Depresi *postpartum* dapat muncul terlambat 30 minggu hingga 12 bulan pertama *postpartum*. Gejala pada depresi *postpartum* diantaranya sedih, sulit untuk berkonsentrasi, labilitas perasaan, serta gangguan tidur dan nafsu makan, lebih berat lagi ditemukan ada pikiran bunuh diri, paranoid, dan melakukan ancaman kekerasan terhadap bayinya (Saleha, 2012). Pada kasus yang berat depresi menjadi

psikotik, dengan halusinasi, waham dan pikiran untuk membunuh bayi atau *infanticide*. Depresi *postpartum* memiliki dampak negatif terhadap kualitas hubungan dini ibu dan anak (Laila,2009). Selain itu, menurut Lamongga (2009) depresi *postpartum* akan mengganggu kehidupan sosial, penyesuaian pribadi, hubungan perkawinan, interaksi ibu dengan anak.

Wahyuni (2014) dalam penelitiannya mengatakan sekitar 20-40% wanita melaporkan adanya suatu gangguan emosional atau disfungsi kognitif pada masa *postpartum*. Ditunjukkan pula oleh angka kejadian *postpartum blues* di Asia cukup tinggi dan sangat bervariasi antara 26-85%, dan angka kejadian di Indonesia sebanyak 50-70%. Begitu pula menurut Fatmawati (2015) angka kejadian depresi *postpartum* di negara berkembang terjadi 10-15% pada tahun pertama setelah melahirkan dimana ibu dengan usia muda lebih rentan mengalami hal tersebut, hasil dari *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) didapatkan prevalensi depresi *postpartum* berkisar 11,7-20,4%, jika kondisi tersebut tidak ditangani dengan baik, dapat berkembang menjadi *psikosispostpartum*, dengan prevalensi kejadian sebesar 0,1-0,2%. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa pada tingkat global, lebih dari 300 juta orang diperkirakan menderita depresi, setara dengan 4,4% populasi dunia (WHO,2017). Sementara itu, rata-rata kejadian depresi *postpartum* Indonesia mencapai angka 20% (Gondo, 2012). Hasil penelitian Tarsikah (2015) di Malang, Jawa Timur angka kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* sebanyak 54,3% dari total sampel penelitian.

Penelitian Irma (2009) mengatakan kecemasan selama kehamilan dapat menyebabkan depresi *postpartum*, ditunjukkan dengan hasil penelitian mengindikasikan beratnya suasana emosi, pada periode *postpartum* berkorelasi dengan beratnya kecemasan selama kehamilan. Menjelang persalinan ibu hamil membutuhkan ketenangan agar proses persalinan menjadi lancar tanpa hambatan. Semakin ibu tenang menghadapi persalinan maka persalinan akan berjalan semakin lancar. Tenaga medis dan situasi tempat yang tidak bersahabat dapat mempengaruhi rasa nyaman ibu untuk melahirkan (Bobak,2012). Pada abad kedua puluh, pelayanan kebidanan mengalami perubahan peraturan yang membuat pertolongan persalinan yang awalnya berlangsung di rumah dipindahkan ke rumah sakit. Ibu bersalin merasa cemas di lingkungan rumah sakit dan kondisi ini dapat memperlambat kontraksi, membuat persalian lebih lama yang disebabkan perasaan kurang nyaman dengan lingkungan tersebut. Berbeda halnya dengan ibu yang bersalin di praktik bidan mandiri yang dirancang agar terlihat seperti rumah dengan perawatan dari seorang bidan yang sama dimungkinkan rasa cemas pada ibu akan berkurang (Anggraeni, 2012). Suzanne (2009) dalam penelitiannya menyebutkan tingkat kecemasan ibu yang bersalin di rumah sakit meningkat dibandingkan dengan ibu yang melahirkan di rumah dikarenakan di rumah sakit memiliki resiko tindakan invasif yang tinggi. Pernyataan tersebut didukung oleh penelitian Ahadiyah (2019) yang menyatakan bahwa tempat persalinan memiliki pengaruh terhadap depresi *postpartum*.

Menurut penelitian Sari (2010), ibu primipara rentan dengan risiko depresi *postpartum* pada usia yang lebih muda dibandingkan ibu multipara. Namun

penelitian tersebut tidak sesuai dengan penelitian Hanifah (2017) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan paritas dengan kejadian depresi *postpartum* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Kusumastuti dkk (2015) yang menyatakan bahwa ibu nifas yang baru pertama kali melahirkan (primipara) ataupun sudah pernah melahirkan (multipara) tidak ada perbedaan yang signifikan dalam skor depresi *postpartum*. Begitu juga dengan penelitian Wahyuni (2014) yang membuktikan bahwa riwayat kehamilan tidak ada hubungan dengan kejadian depresi *postpartum* ditunjukkan dengan nilai  $p = 0,646$ . Hal ini didukung bahwa kemungkinan terjadinya depresi *postpartum* antara primipara dan multipara adalah sama. Meskipun tingkat kejadian depresi *postpartum* bervariasi, akan tetapi depresi *postpartum* merupakan gangguan utama pada ibu setelah melahirkan. Namun, gangguan ini sering tidak terdeteksi karena banyak ibu sering terlambat untuk mencari pertolongan dan ketidakinginan untuk mengungkapkan masalah emosional mereka. Deteksi dini dan pengobatan awal yang baik sangat diperlukan untuk mencegah tingkatan depresi yang lebih berat (Girsang, 2013). Deteksi dini dapat dilakukan dengan melakukan skrining secara rutin pada ibu nifas untuk mengidentifikasi ibu nifas yang beresiko terhadap depresi *postpartum* pada saat ibu nifas melakukan kunjungan di tenaga kesehatan (Zubaran, dkk., 2010).

Kabir (2011) menyatakan deteksi dini pada ibu *postpartum* dapat dilakukan dengan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) ialah salah satu metode untuk mendeteksi risiko depresi *postpartum* pada ibu nifas. EPDS dapat dengan mudah digunakan

selama 6 minggu pascapersalinan. EPDS dikembangkan pada tahun 1987 untuk membantu menentukan apakah seorang ibu mungkin menderita depresi *postpartum* (Cox, 2014). Dewi (2012) juga menyebutkan EPDS merupakan kuisioner dengan validitas teruji yang dapat mengukur intensitas perubahan perasaan selama tujuh hari pasca persalinan. EPDS dapat digunakan dalam minggu pertama pasca persalinan dan bila hasilnya meragukan dapat diulangi pengisiannya 2 minggu kemudian. Hasil penelitian Masyuni (2017), instrumen EPDS dapat mendeteksi 56,3% ibu hamil yang mengalami depresi. Begitu pula pada penelitian Soep (2011) menyatakan skala EPDS merupakan alat yang bisa diandalkan untuk mengetahui risiko depresi *postpartum*. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan September 2019 di PMB Ngadillah, Amd.Keb, Puskesmas Jabung, dan Rumah Sakit Permata Bunda dengan membagikan 5 soal yang diambil dari masing-masing indikator kuisioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) yang diberikan kepada 2 pasien ibu nifas multipara pada masing-masing tempat fasilitas kesehatan didapatkan skor EPDS pada ibu nifas multipara dengan riwayat tempat persalinan di rumah sakit memiliki skor yang lebih tinggi dibandingkan ibu nifas dengan riwayat tempat persalinan di Praktik Bidan Mandiri (PMB) dan Puskesmas.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa depresi *postpartum* dapat terjadi pada ibu multipara dan dimungkinkan kejadian depresi *postpartum* berkaitan dengan riwayat tempat persalinan. Tenaga kesehatan terutama bidan diharapkan dapat mendeteksi adanya gejala depresi *postpartum* dengan menggunakan kuisioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) yang telah teruji validitasnya, sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian

mengenai “Gambaran Skor EPDS pada Ibu Nifas Berdasarkan Riwayat Tempat Persalinan”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana gambaran skor EPDS pada ibu nifas berdasarkan riwayat tempat persalinan?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Mendeskripsikan gambaranskor EPDS pada ibu nifas berdasarkan riwayat tempat persalinan.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

- a. Mendiskripsikan Skor EPDS pada ibu nifas dengan riwayat persalinan di Praktik Mandiri Bidan.
- b. Mendiskripsikan Skor EPDS pada ibu nifas dengan riwayat persalinan di Puskesmas.
- c. Mendiskripsikan Skor EPDS pada ibu nifas dengan riwayat persalinan di Rumah Sakit.

## **1.4 Manfaat**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi beberapa pihak antara lain:

### **1.4.1 Bagi subyek (responden)**

Sebagai alat ukur deteksi dini psikologis responden pada masa nifas sebagai salah satu upaya preventif sehingga apabila permasalahan tersebut diketahui secara dini dapat ditangani secara cepat dan tepat.

#### **1.4.2 Bagi peneliti**

Sebagai penerapan ilmu pengetahuan kebidanan yang diperoleh dalam perkuliahan maupun sumber lainnya dalam pelaksanaan penelitian dan menambah pengetahuan mengenai gambaranskor EPDS pada ibu nifas berdasarkan riwayat tempat persalinan.

#### **1.4.3 Bagi institusi**

Sebagai bahan acuan dalam kegiatan proses belajar dan bahan pustaka mengenai gambaranskor EPDS pada ibu nifas berdasarkan riwayat tempat persalinan.

#### **1.4.4 Bagi tempat penelitian**

Sebagai wawasan dan tambahan pengetahuan mengenai gambaran skor EPDS pada ibu nifas berdasarkan riwayat tempat persalinan.