

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Masa Nifas

2.1.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas atau *puerperium* dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti kondisi sebelum hamil. Masa nifas dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) (Dewi, 2012).

Widyasih, dkk (2012) mengatakan masa nifas sering juga disebut masa *postpartum* atau *puerperium* dimana sejak bayi dilahirkan dan plasenta terlepas dari rahim, hingga enam minggu setelahnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya saat melahirkan.

Masa nifas adalah waktu pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti pra hamil, yang lamanya 6 minggu. Masa *puerperium* atau masa nifas dimulai setelah proses persalinan selesai. Akan tetapi, seluruh alat genital akan pulih kembali seperti sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Handayani, 2011).

2.1.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut Maryunani (2015) tahapan masa nifas adalah proses pemulihan setelah persalinan. Terdapat 3 tahapan masa nifas, diantaranya adalah sebagai berikut.

a *Puerpurium* Dini

Puerpurium dini adalah tahapan setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam *postpartum*. Ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan apabila pada waktu ini tidak terjadi perdarahan. Dalam agama Islam, ibu *postpartum* dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari. Peran bidan ialah melakukan pemeriksaan secara teratur mengenai kontaksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah dan suhu dikarenakan pada tahapan ini rentan terjadi masalah atonia uteri.

b *Puerpurium* Intermedial

Tahapan ini dimulai 24 jam *postpartum* sampai dengan 1 minggu. Proses pemulihan secara menyeluruh alat-alat genetalia membutuhkan waktu 6-8 minggu. Pada fase ini bidan memastikan involusi uterus dalam keadaan normal, mengecek perdarahan, mendeteksi adanya *lochea* yang berbau, memastikan ibu cukup nutrisi dan cairan serta serta permasalahan ibu dalam menyusui.

c *Remotepuerpurium*

Tahapan *remote puerpurium* berlangsung setelah 1 minggu hingga 5 minggu *postpartum*. Waktu yang dibutuhkan untuk pulih menyeluruh ± 3 bulan, terutama jika selama hamil atau persalinan

terdapat komplikasi. Pada tahapan ini bidan melanjutkan asuhan nifas dan memberikan konseling mengenai alat kontrasepsi.

2.1.3 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan program nasional kunjungan dalam masa nifas dilakukan paling sedikit 4 kali. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mendeteksi, mencegah, dan menangani masalah-masalah yang mungkin terjadi, diantaranya:

- a. Kunjungan I: 6-8 jam *postpartum*
 - 1) Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, melakukan rujukan jika perdarahan tetap berlanjut.
 - 3) Memberikan konseling kepada ibu atau keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - 4) Pemberian ASI pada awal menjadi ibu.
 - 5) Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - 6) Menjaga bayi tetap sehat dan hangat
- b. Kunjungan II: 6 hari setelah persalinan
 - 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontaksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ditemukan *lochea* yang berbau.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan.

- 3) Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi mengenai perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan III: 2 minggu setelah persalinan
- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontaksi, fundus di bawah umbilicus tidak perdarahan abnormal dan tidak ada ditemukan *lochea* yang berbau.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan.
 - 3) Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
 - 5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi mengenai perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- d. Kunjungan IV: 6 minggu setelah persalinan
- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami olehnya atau bayinya.
 - 2) Memberikan konseling untuk memakai alat kontrasepsi sejak dini (Dewi,2012).

2.1.4 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Kebutuhan dasar masa nifas merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh ibu nifas yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Berikut kebutuhan dasar ibu nifas menurut Anggraini (2010) diantaranya adalah:

a. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, gizi yang seimbang untuk memulihkan kondisi kesehatannya pasca melahirkan, cadangan tenaga yang tersedia berguna untuk memenuhi produksi air susu yang dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi. Jika pemberian ASI dapat dilakukan dengan baik, maka berat badan bayi akan meningkat, integritas kulit baik, tonus otot bayi. Nutrisi dan cairan yang dibutuhkan ibu selama masa nifas, diantaranya sebagai berikut.

- 1) Kebutuhan kalori selama menyusui lebih tinggi dari kalori yang dibutuhkan selama hamil. Kalori yang dibutuhkan ibu menyusui rata-rata 2.300-2.700 kal. Kalori berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme dalam tubuh, cadangan tubuh, proses produksi ASI.
- 2) Ibu menyusui memerlukan tambahan protein sebanyak 20 gram diatas kebutuhan normal. Protein dapat diperoleh dari protein nabati dan protein hewani. Protein nabati banyak terkandung dalam tahu, tempe, kacang-kacangan, dan lain-lain. Sementara itu protein hewani dapat diperoleh dari telur, daging, ikan, kerang, susu,

udang, dan keju. Protein bermanfaat untuk pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak atau mati.

- 3) Cairan yang dibutuhkan selama laktasi adalah 2-3 liter perhari dalam bentuk air putih, susu, dan jus buah. Mineral, air, dan vitamin digunakan tubuh agar terlindungi dari serangan penyakit dan kelacaran metabolisme di dalam tubuh.
- 4) Tablet zat besi (Fe) dianjurkan untuk diminum selama 40 hari *postpartum*.
- 5) Mengonsumsi kapsul vitamin A (200.000 unit) sebanyak 2 kali yaitu pada 1 jam setelah melahirkan dan 24 jam setelahnya agar dapat memberikan vitamin A untuk bayinya melalui ASI.

b. Mobilisasi

Menurut Marmi (2015) mobilisasi adalah kegiatan untuk segera mungkin membimbing ibu untuk beranjak dari tempat tidur. Mobilisasi dilakukan secara bertahap dimulai dengan miring kiri dan kekanan, pada hari kedua ibu dapat mencoba untuk duduk, hari ketiga ibu dapat menggerakkan kaki dengan jalan-jalan.

- 1) Memperlancar pengeluaran *lochea*.
- 2) Mempercepat involusi alat kandungan.
- 3) Memperlancar fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan.
- 4) Meningkatkan kelancaran dan pengeluaran sisa metabolisme.

c. Kebersihan Diri atau Perineum

Karena kelelahan pasca melahirkan dan kondisi psikis yang belum stabil, biasanya ibu *postpartum* masih belum cukup kooperatif untuk membersihkan dirinya oleh sebab itu diperlukan keterlibatan keluarga dalam membantu ibu untuk membersihkan tubuh ibu terutama kebersihan vagina karena banyak darah dan kotoran yang keluar, berada dekat saluran buang air kecil dan buang air besar, adanya luka di daerah perineum yang bila terkena kotoran dapat terinfeksi, vagina merupakan organ terbuka yang mudah dimasuki kuman, untuk kemudian menjalar ke rahim(Marmi,2015). Cara membersihkan vagina yaitu dengan menggunakan air dan sabun, dibersihkan dari arah depan dan belakang. Ibu nifas dianjurkan untuk mengganti pembalut minimal 2x sehari dan mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkannya.

d. Istirahat

Kebahagiaan setelah melahirkan membuat sulit untuk istirahat. Seorang ibu baru akan merasa khawatir terhadap kemampuannya dalam merawat bayinya sehingga ibu mengalami kesulitan tidur. Beban kerja ibu yang bertambah seperti mengganti popok dan meneteki pada malam hari akan menyebabkan gangguan pola tidur pada ibu. Ibu dianjurkan agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan dengan cara kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan serta tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah

ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Dewi,2012).

e. Eliminasi

1) Miksi

Miksi disebut normal jika ibu *postpartum* dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Jika ibu tidak dapat buang air kecil sendiri, langkah yang sebaiknya dilakukan adalah:

- a) Mengalirkan air kran di dekat ibu agar ibu terangsang untuk buang air kecil.
- b) Pada atas simpisis ibu diberikan kompres hangat
- c) Ibu diminta untuk berendam di air hangat

Jika tidak berhasil dengan langkah-langkah diatas dan telah lebih dari 6 jam *postpartum* maka dilakukan katerisasi. Namun katerisasi dapat membuat ibu merasa tidak nyaman dan menimbulkan resiko infeksi saluran kencing. Douwer kateter diganti setelah 48 jam dari pemasangan.

2) Defekasi

Ibu *postpartum* biasanya mengalami kesulitan untuk buang air besar pada 2-3 hari *postpartum*. Jika ibu pada hari ketiga belum juga buang air besar maka akan diberikan laksan supositoria. Diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat dan olahraga dapat memperlancar buang air besar.

f. Seksual

Hasrat seksual pada bulan pertama *postpartum* akan berkurang baik kecepatannya, lamanya, dan orgasmenya. Apabila perdarahan telah berhenti dan luka bekas *episiotomi* telah sembuh, maka *coitus* atau hubungan seksual dapat dilakukan namun sebaiknya hubungan seksual dilakukan setelah 40 hari *postpartum* karena organ-organ reproduksi telah pulih kembali. Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri.

g. Keluarga Berencana (KB)

Idealnya jarak antara kehamilan satu dan selanjutnya adalah 2 tahun. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan sel telur atau mengalami ovulasi sampai mendapatkan haidnya selama menyusui. Metode amenorhea laktasi dapat digunakan untuk mencegah kehamilan saat nifas. Sebelum ibu memutuskan untuk menggunakan KB, ada beberapa hal yang harus dijelaskan, yaitu :

- 1) Mekanisme kerja KB dalam mencegah kehamilan dan berapa lama keefektifitasannya,
- 2) Kekurangan metode KB,
- 3) Efek samping,
- 4) Bagaimana cara menggunakannya,
- 5) Kapan metode tersebut dapat dimulai untuk ibu pasca melahirkan dan menyusui.

h. Latihan Senam Nifas

Banyak diantara senam nifas sama dengan senam hamil. Hal yang paling penting bagi ibu adalah agar senam tersebut hendaknya dilakukan secara perlahan dahulu lalu semakin lama semakin sering/kuat. Senam yang paling baik untuk memperkuat dasar panggul adalah senam kegel. Senam kegel dianjurkan untuk segera dilakukan pada hari pertama *postpartum* bila memang memungkinkan. Meskipun kadang-kadang sulit untuk secara mudah mengaktifkan otot-otot dasar panggul ini selama hari pertama atau kedua, anjurkan ibu untuk tetap mencobanya. Senam kegel akan membantu penyembuhan *postpartum* dengan jalan membuat kontraksi dan pelepasan secara bergantian pada otot-otot dasar panggul.

Senam kegel mempunyai beberapa manfaat antara lain membuat jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, meredakan hemoroid, meningkatkan pengendalian atas urin. Caranya berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot-otot pantat dan pinggul tahan sampai 5 hitungan. Kendurkan dan ilangi lagi latihan sebanyak 5 kali.

2.1.5 Perubahan Psikologis Masa Nifas

Dalam menjalani adaptasi psikologi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut:

a. Fase *taking In*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Sehingga membuat ibu lebih menjadi pasif terhadap lingkungan sekitarnya. Kemampuan mendengarkan dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan. Petugas kesehatan dapat menganjurkan kepada suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moril dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua yang disampaikan oleh ibu agar dia dapat melewati fase ini dengan baik.

Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase *taking in* adalah sebagai berikut:

- 1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya, misalnya : jenis kelamin tertentu, warna kulit dan sebagainya.
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu, misalnya: rasa mules akibat dari kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan, dan sebagainya.
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- 4) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan

merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggungjawab ibu saja, tetapi tanggungjawab bersama.

b. Fase *Taking Hold*

Fase *taking hold* merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari *postpartum*. Di fase ini, ibu merasa cemas dengan ketidakmampuannya dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu.

Pada fase ini ibu membutuhkan dukungan agar dapat menerima berbagai informasi bagaimana merawat diri dan bayinya sehingga kepercayaan diri ibu muncul. Tugas tenaga kesehatan yaitu mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, mengajarkan senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu antara lain gizi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain.

c. Fase *Letting Go*

Fase *letting go* yaitu fase ibu dalam menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini terjadi pada sepuluh hari *postpartum*. Ibu telah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan yang ada pada diri ibu sudah meningkat. Pendidikan kesehatan telah diberikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna

bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

Dukungan dari suami dan keluarga sangat dibutuhkan ibu, suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak mengalami kelelahan fisik yang berlebih. Ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk mendapatkan kondisi fisik yang sehat untuk dapat merawat bayinya(Dewi,2012).

2.1.6 Respon Orang Tua terhadap Bayinya

a. Masa Transisi *Postpartum*

1) Fase *Honeymoon*

Adalah fase setelah anak lahir dan menjadi kontak yang lama antara ibu, ayah, dan anak. Masa ini dikatakan sebagai masa psikis *honeymoon* yang memerlukan hal-hal romantis, masing-masing saling memperhatikan anaknya dan menciptakan hubungan yang baru.

2) *Bonding Attachment*

Bonding merupakan langkah awal untuk mengungkapkan perasaan afeksi (kasih sayang). *Attachment* adalah interaksi antara ibu dengan bayi sepanjang waktu sedangkan *bonding attachment* adalah kontak awal antara ibu dan bayi setelah kelahiran, untuk memberikan kasih sayang yang merupakan dasar interaksi secara terus menerus. Dengan memberikan kasih sayang terhadap bayinya akan terbentuk ikatan antara orang tua dan sang bayi. *Bonding*

attachment dimulai sejak dini yaitu pada saat ibu melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) sewaktu kala IV persalinan.

b. Faktor yang Mempengaruhi Respon Orang Tua terhadap Bayinya

1) Faktor Internal

Yaitu genetika atau kebudayaan yang telah mereka aplikasikan dan telah menginternalisasi dalam diri mereka, termasuk juga di dalamnya moral dan nilai, kehamilan sebelumnya, pengalaman yang terkait, pengalaman mengidentifikasi yang telah mereka lakukan selama kehamilan/mengidentifikasi diri mereka sendiri sebagai orang tua, keinginan menjadi orang tua yang telah dimimpikan, serta efek pelatihan selama kehamilan.

2) Faktor Eksternal

Yaitu perhatian yang diterima selama masa kehamilan, melahirkan dan nifas. Selain itu termasuk juga sikap dan perilaku pengunjung serta apakah bayinya terpisah dari orang tua selama satu jam pertama dan hari-hari setelah kelahirannya (Mansur, 2012).

2.1.7 Peran Bidan dalam Masa Nifas

Peran dan tanggungjawab bidan secara komprehensif dalam asuhan masa nifas sebagai berikut:

- a. Memberikan dukungan kepada ibu secara komprehensif selama periode *postpartum* yang disesuaikan dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.

- b. Bidan sebagai promotor yang memfasilitasi hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
- c. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- d. Mendeteksi penyulit maupun komplikasi selama masa nifas dan menyusui serta melaksanakan rujukan secara aman dan tepat waktu sesuai dengan indikasi.
- e. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya pada masa nifas dan menyusui, pemenuhan nutrisi yang baik, serta mempraktekkan personal *hygiene* yang baik.
- f. Melakukan manajemen asuhan dengan langkah-langkah pengkajian, melakukan interpretasi data serta menetapkan diagnosa, antisipasi tindakan segera terhadap permasalahan potensial, menyusun rencana asuhan serta melakukan penatalaksanaan dan evaluasi untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi, serta untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- g. Memberikan asuhan kebidanan nifas dan menyusui secara etis profesional (Dewi, 2012).

2.1.8 Gangguan Psikologi Masa Nifas

a. *Postpartum Blues*

1) Pengertian *Postpartum Blues*

Postpartum blues dikenal jugadengan kemurungan masa nifas. Keadaan ini umumnya sering menggelayuti pada ibu baru yang pertama kali melahirkan. Biasanya disebabkan oleh perubahan-perubahan yang terjadi dengan sifat yang berbeda secara drastis antara perubahan satu dengan perubahan yang lain. Baik perubahan yang terjadi ketika masa kehamilan, melahirkan sampai pada cara hidupnya sesudah bayinya lahir. *Postpartum blues* adalah bentuk depresi yang paling ringan, biasanya timbul antara hari ke-2 sampai hari ke-14 dan memuncak pada hari ke-3 sampai ke-5 terhitung setelah persalinan (Arfian,2012).

Karakteristik *postpartum blues* meliputi menangis, merasa letih karena melahirkan, gelisah, perubahan alam perasaan, menarik diri serta reaksi negative terhadap bayi dan keluarga . Karena pengalaman melahirkan digambarkan sebagai pengalaman “puncak”, ibu baru mungkin merasa perawatan dirinya tidak kuat atau ia tidak mendapatkan perawatan yang tepat, jika bayangan melahirkan tidak sesuai dengan apa yang dia alami. Ia mungkin juga merasa diabaikan jika perhatian keluarganya tiba-tiba berfokus pada bayi yang baru dilahirkan.

Kunci untuk mendukung wanita dalam melalui periode ini adalah berikan perhatian dan dukungan yang baik baginya, serta meyakinkan padanya bahwa ia adalah orang yang berarti bagi keluarga dan suami. Hal yang terpenting, berikan kesempatan untuk beristirahat yang cukup. Selain itu, dukungan positif atas keberhasilannya menjadi orang tua dari bayi yang baru lahir dapat membantu memulihkan kepercayaan diri terhadap kemampuannya (Sulistyawati, 2015).

2) Gejala *Postpartum Blues*

Gejala *postpartum blues* dapat muncul setelah persalinan dan pada umumnya akan menghilang dalam waktu antara beberapa jam sampai beberapa hari. Adapun gejala *postpartum blues* menurut Arfian (2012) adalah sebagai berikut.

- a) Gejala perilaku *postpartum blues* diantaranya sering menangis, hiperaktif, terlalu sensitif, mudah tersinggung, tidak peduli terhadap bayi.
- b) Gejala fisik *postpartum blues* diantaranya kurang tidur, hilang tenaga, hilang nafsu makan, mudah lelah setelah bangun tidur.
- c) Gejala emosional *postpartum blues* antara lain cemas dan khawatir berlebihan, bingung, mencemaskan kondisi fisik berlebihan, tidak percaya, sedih, perasaan diabaikan.

Postpartum blues juga dapat dipicu oleh adanya perasaan belum siap menghadapi bayi atau timbulnya kesadaran akan

meningkatnya tanggungjawab sebagai ibu. Gejala ini dialami oleh duapertiga dari *postpartum*.

3) Faktor-faktor Penyebab *Postpartum Blues*

- a) Faktor hormonal, yaitu perubahan hormonal pada pertengahan masa *postpartum*, perubahannya terjadi pada kadar estrogen, progesterone, prolaktin serta estriol yang selalu rendah. Kadar estrogen turun secara tajam setelah melahirkan dan estrogen memiliki efek supresi aktivitas enzim non-adrenalin maupun serotonin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi.
- b) Demografi, status demografi ibu *postpartum* merupakan karakteristik yang berkaitan dengan tempat tinggal, jumlah anak, pendidikan, suku, agama, dan lain sebagainya. Dari gambaran demografi ibu *postpartum* ini, kita dapat menelaah hal-hal yang berkaitan dengan gambaran status umum ibu. Status demografi dapat menjadi salah satu pendukung adaptasi ibu dalam memasuki masa nifas.
- c) Pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan. Kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama kehamilannya akan turut memperburuk kondisi ibu pasca melahirkan. Sedangkan pada persalinan, hal-hal yang tidak menyenangkan bagi ibu mencakup lamanya persalinan, seperti ibu yang melahirkan dengan cara operasi *caesar* (*sectio*

caesarea) akan dapat menimbulkan perasaan takut terhadap peralatan operasi dan janin. Terdapat dugaan bahwa semakin besar trauma fisik yang terjadi selama proses persalinan, akan semakin besar trauma psikis yang muncul.

- d) Latar belakang psikososial wanita yang bersangkutan, seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat gangguan kejiwaan sebelumnya, status sosial ekonomi, serta keadekuatan, dukungan sosial dari lingkungannya (suami, keluarga, dan teman).
- e) Fisik, kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok dan menimang sepanjang hari bahkan tidak jarang di malam buta sangat menguras tenaga. Apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga yang lain (Mansur, 2012).

4) Dampak *Postpartum Blues*

Kondisi psikologis yang stabil mempunyai pengaruh penting pada interaksi bagi ibu dan selama tahun pertama. Pada ibu dengan minat dan ketertarikan yang minimal kepada bayinya tidak akan mampu berespon positif terhadap bayinya. Ibu tidak mampu merawat bayinya secara optimal mengakibatkan kondisi kesehatan dan kebersihan bayinya tidak optimal, ibu tidak bersemangat sehingga pertumbuhan dan perkembangan bayinya tidak seperti

bayi dengan ibu yang sehat. Pengaruh *postpartum blues* dapat diuraikan sebagai berikut:

a) Pengaruh *Postpartum Blues* pada Ibu

- (1) Mengalami gangguan aktivitas sehari-hari
- (2) Mengalami gangguan dalam berhubungan dengan orang lain (keluarga dan teman)
- (3) Kemungkinan terjadi peningkatan ke arah *postpartum depression* ataupun *postpartum psychotic deression/* gangguan psikotik yang lebih berat

b) Pengaruh *Postpartum Blues* pada Bayi

- (1) Bayi sering menangis dalam jangka waktu yang lama
- (2) Mengalami masalah tidur dan gangguan makan
- (3) Kemungkinan mengalami *infanticide*
- (4) Penatalaksanaan *postpartum blues*

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi *postpartum blues* pada ibu yaitu (1) Meminta bantuan suami atau keluarga jika ibu membutuhkan istirahat untuk menghilangkan kelelahan, (2) Memberitahu suami mengenai apa yang sedang ibu rasakan. Mintalah dukungan dan pertolongannya. (3) Membuang rasa cemas dan kekhawatiran ibu akan kemampuan merawat bayi, (4) Mencari hiburan dan meluangkan waktu untuk diri sendiri (Mansur, 2012).

b. Depresi *Postpartum*

1) Pengertian Depresi *Postpartum*

Menurut Mansur (2012) depresi *postpartum* hampir sama dengan *postpartum blues* , perbedaan keduanya terletak pada frekuensi, intensitas, serta durasi berlangsungnya gejala-gejala yang timbul. Pada *postpartum depression*, ibu akan merasakan berbagai gejala yang ada pada *postpartum blues*, tetapi dengan intensitas yang lebih sering, lebih hebat, dan lebih lama.

Depresi *postpartum* dialami oleh seorang ibu paling lambat 8 minggu setelah melahirkan, dan dalam kasus yang lebih parah, dapat berlanjut selama setahun. Wanita yang menderita *postpartum depression* mempunyai kesulitan untuk menjalin ikatan batin dengan buah hati yang baru dilahirkannya, sehingga ia pun membutuhkan terapi pengobatan dari seorang ahli kejiwaan atau psikiater, dengan dukungan orang-orang terdekat.

2) Gejala Depresi *Postpartum*

a) Emosi Tidak Stabil

Ibu terlihat mudah emosi meskipun untuk hal-hal yang bersifat ringan dan sepele. Bila ibu *postpartum* merasa tidak nyaman dan emosinya muncul, sulit untuk dikendalikan dan cenderung emosi tidak terkontrol.

b) Anoreksia

Anoreksia merupakan keluhan tidak ada nafsu untuk makan. Ibu dengan depresi *postpartum* cenderung hanya makan sedikit bahkan mungkin jarang menyentuh bila tidak dipaksa. Nafsu makannya hilang karena ibu dengan depresi didominasi oleh pikiran-pikiran yang tidak menentu.

c) Mudah Merasa Lelah

Mobilisasi dini merupakan aktivitas penting dalam mempercepat penyesuaian diri dalam masa nifas. Namun, ibu dengan depresi *postpartum* menjadi enggan untuk beraktivitas karena dirinya merasa sangat lelah bahkan mengalami kelelahan meskipun tidak melakukan aktivitas apapun. Hal ini juga bisa terjadi karena pikiran pasien terdominasi oleh hal-hal yang tidak menentu hingga sulit untuk beristirahat. Hal ini akan menguras tenaga dari ibu sehingga merasa badannya sangat lelah.

d) Penurunan Libido

Ibu dengan depresi *postpartum* mengalami penurunan libido sehingga enggan untuk melakukan aktivitas seksual dalam melayani suaminya. Bahkan, ibu dengan depresi *postpartum* menganggap aktivitas seksual bukan lagi menjadi hal yang dibutuhkan.

e) Sulit untuk Tidur

Ibu dengan depresi *postpartum* sulit untuk merasakan mengantuk dan tertidur. Terlalu banyak hal-hal yang dirasakan tidak menentu dan ada dalam pikirannya. Selain itu, saat tertidur biasanya mudah terbangun karena munculnya mimpi-mimpi yang buruk. Hal ini membuat ibu mengalami insomnia.

f) Terlihat Bersedih dan tidak ada Gairah untuk Hidup

Ibu juga mengalami perasaan sedih yang sangat dalam. Perasaan sedih ini ada yang dapat diketahui ataupun tidak diketahinya penyebabnya, tetapi perasaan sedih ini sulit sekali untuk dihilangkan. Selain itu, ibu juga merasa bahwa hidupnya menjadi tidak berharga dan tidak bermakna seperti hari-hari sebelumnya. Ibu kehilangan gairah untuk melakukan kegiatan apapun (Walyani, 2015).

g) Merasa Bersalah

Ibu merasa sangat bersalah terhadap kondisi yang sedang terjadi. Meskipun ibu juga tidak mengetahui apa yang menjadi masalah utama yang sedang dihadapi. Namun, perasaan bersalah ini selalu menghantui keseharian ibu sehingga cenderung tidak melakukan aktivitas dan banyak berdiam diri.

h) Perasan Benci dan Menyakiti Bayinya

Ibu merasa sangat tidak menginginkan kehadiran bayi yang dilahirkannya. Muncul perasaan benci dan adanya keinginan untuk membuat bayinya sengsara, karena ibu menganggap apapun yang terjadi dan hal-hal yang dirasakan pasien adalah disebabkan pasien bisa benar-benar melakukan perbuatan kekerasan untuk menyakiti bayinya.

i) Tidak Menyukai bahkan Takut untuk Menyentuh Bayinya

Rasa takut untuk menyentuh bayinya sebagaimana yang dilakukan oleh ibu pada umumnya. Bayinya dianggap sebagai makhluk mungil yang menjadi penyebab permasalahan yang dia rasakan, hingga muncul perasaan tidak menyukai bayinya.

j) Perasaan tidak Aman

Ibu merasa hidupnya menjadi terancam dan tidak merasa aman tanpa tahu penyebab pastinya. Perasaan tidak aman ini membuat pasien menjadi gelisah dan merasa tidak menentu.

k) Tidak Memperhatikan Penampilan Diri

Ibu tidak memperhatikan penampilan diri. Merasa enggan untuk melakukan aktivitas mandi, juga perhatian terhadap kebersihan diri berkurang. Ibu menjadi jarang ganti baju bila tidak diingatkan atau dibantu. Hal ini dilakukan ibu

karena perasaan dan pikirannya penuh dengan hal-hal yang tidak menentu sehingga perhatian tidak fokus dan cenderung mengabaikan diri sendiri termasuk dalam hal penampilan diri.

1) Mempunyai Keinginan untuk Bunuh Diri

Disebabkan merasa bersalah, benci dengan keadaan, perasaan tidak menentu dan tidak aman, merasa hidup sendiri dan berbagai pikiran yang bekecamuk yang tidak berkesudahan membuat pasien kadang berniat untuk mengakhiri hal tersebut. Niatan mengakhiri segala permasalahan yang dirasakan kadangkala dalam bentuk keinginan untuk bunuh diri (Indriyani, 2013).

3) Faktor-faktor Penyebab Depresi *Postpartum*

a) Biologis

Ibu yang memasuki masa *postpartum* akan beradaptasi salah satunya terhadap fungsi endokrin. Perubahan hormon antara lain seperti hormon progesteron, estrogen, dan prolaktin dapat memicu kondisi ketidakstabilan emosional seseorang. Dengan demikian, ibu *postpartum* akan memiliki sensitivitas yang lebih tinggi dibandingkan sebelumnya.

b) Faktor Demografi

(1) Umur

Ibu dengan usia <20 tahun secara fisik dan psikologis belum siap dalam menghadapi kehamilan dan

persalinan. Dari segi fisik akan mendapat kesulitan persalinan karena rahim dan panggul ibu belum tumbuh mencapai ukuran dewasa dan dari segi psikologis ibu belum siap untuk menerima tugas dan tanggungjawab sebagai orang tua dan memberikan kontribusi terhadap terjadinya depresi *postpartum* karena kurangnya kesiapan untuk melahirkan sehingga dia memikirkan tanggungjawabnya sebagai seorang ibu untuk memberikan perawatan pada bayinya (Lubis, 2013). Sesuai dengan data BKKBN (2012) umur yang aman untuk bereproduksi adalah sekitar 20-35 tahun, karena rentang usia ini ibu memiliki kondisi paling optimal dan matur untuk hamil dan melahirkan karena fungsi tubuh secara fisik maupun psikologis berada pada masa paling baik serta dalam periode kehidupan ini, resiko wanita menghadapi komplikasi medis ketika hamil dan melahirkan tergolong yang paling rendah. Sementara itu, ibu dengan usia diatas 35 tahun juga akan mengalami kesulitan, secara fisik pada usia tersebut akan mudah terkena penyakit akibat organ kandungan yang telah menua dan jalan lahir akan bertambah kaku sehingga akan menyebabkan persalinan macet bahkan perdarahan dan dari segi psikologis pada umur tersebut kebanyakan ibu

telah mengalami persalinan sebelumnya dan tidak menginginkan kehamilan kembali sehingga ada beban tersendiri bagi ibu karena telah memiliki banyak tanggungjawab terhadap anak sebelumnya.

Maka, dapat dikatakan bahwa ibu *postpartum* yang mengalami adaptasi pada usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun diduga dapat mengalami kendala dalam penyesuaian fisik dan psikologi. Henderson dan Jones (2006) dalam Miyansaski (2014) juga menyebutkan umur <20 tahun dan >35 tahun akan mengalami keadaan krisis situasi, pengalaman yang menyangkut kesiapan menjadi orang tua, beban peran dalam lingkungan sosial yang dapat menimbulkan masalah pada wanita yang melahirkan.

(2) Paritas

Keadaan ibu primipara dan ibu multipara selama periode *postpartum* dapat mengalami gangguan respon emosi yang sangat beraneka ragam, depresi *postpartum* merupakan gambaran paling umum dalam menerima kehadiran bayinya. Gangguan mood selama periode *postpartum* merupakan salah satu gangguan yang paling sering terjadi pada wanita baik primipara maupun multipara (Kusuma, 2017). Depresi *postpartum* banyak

terjadi pada ibu primipara, mengingat dia baru memasuki perannya sebagai seorang ibu, tetapi tidak menutup kemungkinan juga terjadi pada ibu multipara. Ibu multipara dapat mengalami kejadian depresi *postpartum* dimana hal ini dapat disebabkan oleh ibu yang memiliki riwayat depresi *postpartum* dan pada ibu multipara telah memiliki tanggungjawab lebih besar seperti pekerjaan rumah tangga dan tanggungjawab terhadap anak sebelumnya. Penyebab lain yang menyebabkan ibu multipara mengalami depresi *postpartum* karena pada kehamilan yang dijalani merupakan kehamilan yang tidak direncanakan dengan penyebab tersebut ibu akan merasa memiliki beban tersendiri dan faktor risiko untuk terjadinya depresi *postpartum* menjadi lebih besar (Wijayanti, dkk, 2013).

Penelitian Hanifah (2017) 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, S (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. Sehingga dapat disimpulkan bahwa paritas tidak terdapat hubungan dengan kejadian depresi *postpartum*.

c) Pendidikan

Secara umum, latar belakang pendidikan seseorang erat kaitannya dengan pengetahuan yang dimiliki. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah mereka menerima informasi dan pada akhirnya makin banyak pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang memiliki tingkat pendidikan rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Iqbal, 2012). Pendidikan juga diduga berkontribusi terhadap peristiwa depresi *postpartum*. Ibu *postpartum* yang memiliki pendidikan rendah kemungkinannya belum memiliki kemampuan pengetahuan yang memadai dalam penyesuaian persepsi dalam menghadapi masa-masa sulit dan hal baru dalam perjalanan hidupnya, misalnya peristiwa melahirkan yang pertama kali, peristiwa sesuatu yang sangat berharga.

Kondisi ini membuat ibu *postpartum* merasa bingung dalam beradaptasi karena minimalnya informasi (Indriyani, 2013).

d) Pengalaman

Pengalaman ibu *postpartum* di masa lalu juga erat kaitannya dengan risiko ibu mengalami depresi *postpartum*. Pengalaman adalah guru terbaik bagi seseorang untuk mendapatkan gambaran perbaikan perilaku di waktu mendatang. Ibu *postpartum* dengan pengalaman yang kurang menyenangkan di masa sebelum memasuki masa *postpartum*, memiliki risiko bahwa pengalaman buruk tersebut di kehidupan selanjutnya.

e) Perkawinan

Status perkawinan seseorang dapat berada pada kondisi harmoni dan disharmoni. Status perkawinan disharmonis memiliki kriteria antara lain komunikasi yang tidak efektif, adaptasi dalam keluarga bermasalah, perasaan tidak nyaman dan aman dalam keluarga. Selain itu, perkawinan disharmoni juga menjadi pemicu peristiwa kekerasan dalam rumah tangga. Ibu *postpartum* yang memiliki status perkawinan disharmoni ini bisanya membawa perasaan yang tidak nyaman sampai memasuki masa *postpartum*. Hal inilah yang memiliki kontribusi terhadap munculnya depresi *postpartum*.

f) Dukungan Sosial

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditunjukkan bahwa orang yang paling berharga bagi ibu saat memasuki periode perinatal (antenatal, intranatal, dan postnatal) adalah pasangan atau ayah dari janin yang dikandungnya. Suami merupakan *social support* yang paling utama selain anggota keluarga juga petugas kesehatan. Bila pasangan kurang memberikan dukungan saat ibu memasuki masa *postpartum*, hal ini dapat menjadi pemicu munculnya kejadian depresi *postpartum* dikarenakan dukungan yang kurang dari pasangan bisa membuat ibu merasa kurang dicintai dan dihargai (Indriyani, 2013).

g) Peristiwa saat Menjalani Persalinan

Selama menjalani periode persalinan, berbagai peristiwa dapat terjadi. Pengalaman melahirkan tidak selalu fisiologis, tetapi juga bisa bersifat patologis. Persalinan yang patologis dapat menimbulkan jejak traumatis bagi ibu. Beberapa ibu akan merasakan bahwa pengalaman melahirkan adalah pengalaman buruk yang tidak ingin dialami kembali. Peristiwa melahirkan dengan berbagai tindakan medis ini akan menghantui psikologis ibu sebagai *stressor* yang bermakna sehingga terbawa terus sampai masa *postpartum*. Peristiwa persalinan seperti tindakan *sectio caesarea*, *vakum*

ekstraksi dapat menjadi dorongan munculnya depresi *postpartum* pada saat ibu memasuki masa *postpartum*.

h) *Emotional Relationship*

Kondisi psikologis ibu pada masa *postpartum* cenderung labil dan memerlukan waktu untuk proses penyesuaiannya. Kedekatan dengan orang lain menjadi faktor yang dapat mendukung suasana hati menjadi lebih nyaman karena adanya kondisi saling berbagi dan melindungi. Hubungan dengan orang lain yang beradapada situasi kondusif akan menguatkan kemampuan koping pada ibu *postpartum*. Untuk itu diperlukan dukungan emotional dari orang lain terutama pasangan dalam melalui hari-hari yang baru dan sulit pada masa *postpartum*. Kondisi yang bermasalah dalam menjalin hubungan akan menjadikan munculnya rasa ketidakpuasan dan ketidaknyamanan psikologis yang akan berdampak sebagai dukungan untuk peristiwa depresi *postpartum*.

i) *Komunikasi dan Kedekatan*

Komunikasi merupakan kunci seseorang dalam menjalin hubungan, mengungkapkan, juga berbagi perasaan. Melalui komunikasi ibu *postpartum* dapat mengungkapkan segala permasalahan yang mungkin membutuhkan bantuan atau informasi baik dari pasangan,

anggota keluarga lain, kerabat maupun petugas kesehatan. Komunikasi yang efektif cenderung akan membangun fungsi mekanisme koping ibu *postpartum* cenderung adaptif. Melalui komunikasi yang efektif biasanya ibu juga akan merasakan adanya kedekatan satu dengan yang lain sehingga membangun persepsi untuk saling memiliki dan berbagi rasa terutama dengan pasangan. Ibu *postpartum* yang tidak memiliki kebiasaan komunikasi yang sehat dan efektif dengan pasangan, akan merasa bahwa dia hidup sendirian. Segala beban perasaan dan pengalaman menjadi hal yang berat untuk dipikul sendirian. Kondisi ini juga bisa menjadi dukungan munculnya peristiwa depresi *postpartum*.

j) *Stressor* Psikososial

Stressor psikososial yang terjadi pada ibu *postpartum* menuntut ibu untuk menggunakan kemampuan kopingnya dalam beradaptasi. Potensi koping yang dimiliki ibu *postpartum* tentunya tidak lepas dari dukungan sosial yang ada juga pengalaman koping sebelumnya. *Stressor* psikososial yang tidak dapat diadaptasi dengan baik akan membuat ibu *postpartum* menjadi maladaptif dengan bentuk salah satunya adalah peristiwa depresi *postpartum*.

k) Lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang juga menentukan individu untuk terpapar *stressor*. Lingkungan internal maupun eksternal merupakan stimulus bagi ibu *postpartum* dalam proses penyesuaian diri. Lingkungan yang kurang kondusif dengan keadaan dan permasalahan yang dihadapi ibu, dapat menjadi dukungan koping yang maladaptif (Indriyani, 2013).

2.2 Konsep Dasar Paritas

2.2.1 Pengertian Paritas

Paritas adalah suatu kondisi dimana seorang perempuan telah melahirkan anak baik hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, dengan tidak melihat jumlah anaknya. Dengan begitu, jika seorang ibu melahirkan anak kembar tetap dihitung sebagai satu kali paritas. Paritas adalah jumlah kehamilan diatas 28 minggu yang menghasilkan janin yang lahir hidup. Janin yang lahir hidup ataupun mati tidak dapat mempengaruhi status paritas. Selain itu pengertian paritas adalah jumlah kehamilan yang dilahirkan atau jumlah anak yang dimiliki baik dari hasil perkawinan sekarang atau sebelumnya (Manuaba, 2010). Prawirohardjo (2010) menyebutkan paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara, dan grandemultipara.

Jumlah paritas merupakan salah satu komponen dari status paritas yang sering dituliskan dengan notasi G-P-Ab, dimana G menyatakan jumlah

kehamilan (gestasi), P menyatakan jumlah paritas, dan Ab menyatakan jumlah abortus, contohnya status paritas seorang ibu ialah G3P1Ab1, status paritas tersebut dapat diartikan bahwa ibu saat ini tengah mengandung anak ketiga dan sebelumnya telah melahirkan satu orang anak serta pernah mengalami abortus satu kali.

Jadi dapat ditarik kesimpulan bahwa paritas merupakan jumlah kehamilan diatas 28 minggu yang menghasilkan janin hidup atau mati diluar rahim dan diklasifikasikan menjadi 3, yaitu primipara, multipara, dan grandemultipara.

2.2.2 Klasifikasi Paritas

Paritas perempuan menurut jumlahnya dibagi sebagai berikut, diantaranya:

a. Primipara

Primipara yaitu seorang wanita yang pernah melahirkan satu kali dengan janin cukup bulan, tanpa memperdulikan janin tersebut hidup atau mati sewaktu lahir(Oxorn&Forte, 2010). Manuaba (2010) juga menyebutkan primipara adalah perempuan yang telah melahirkan sebanyak satu kali.

b. Multipara

Multipara yaitu perempuan yang telah melahirkan anak lebih dari satu kali(Prawirohardjo, 2010).

Multipara merupakan sebutan bagi perempuan yang pernah melahirkan 2- 3 kali.

c. Grandemultipara

Perempuan yang telah melahirkan anak sebanyak 4 atau lebih disebut dengan grandemultipara(Rochjati, 2011).

2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Paritas

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah dalam memperoleh menerima informasi, sehingga kemampuan ibu dalam berfikir lebih rasional. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berfikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang.

b. Pekerjaan

Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilaksanakan oleh seseorang sesuai dengan jabatan atau profesi masing-masing. Pekerjaan merupakan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan kualitas hidup yang baik untuk keluarga dalam hal gizi, pendidikan, tempat tinggal, sandang, liburan, dan hiburan serta fasilitas pelayanan kesehatan yang diinginkan. Banyak anggapan bahwa status pekerjaan seseorang yang tinggi, maka boleh mempunyai anak banyak karena mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

c. Keadaan Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih karena keluarga merasa mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup.

d. Latar Belakang Budaya

Cultur universal adalah unsur-unsur kebudayaan yang bersifat umum, semua kebudayaan di dunia, seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan sosial, adat-istiadat, penilaian-penilaian umum. Tanpa disadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah.

Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pula yang memberi corak pengalaman individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepercayaan individu yang telah mapan dan kuat yang dapat memudarkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual. Paritas dipengaruhi oleh latar belakang budaya yang beranggapan bahwa semakin banyak jumlah anak, maka rejeki yang didapat juga semakin banyak.

e. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan dasar dari perilaku. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka perilaku seseorang akan lebih baik. Dengan demikian ibu akan mengerti mengenai jumlah anak yang ideal (Friedman, 2010).

2.2.4 Penentuan Paritas

Paritas ditentukan dari jumlah kehamilan mencapai 20 minggu dan bukan dari jumlah bayi yang dilahirkan. Oleh itu, paritas tidak lebih besar apabila yang dilahirkan adalah janin tunggal, kembar, atau tidak lebih kecil apabila janin lahir mati (Cunningham *et al*, 2013).

Paritas adalah ringkasan dari riwayat kehamilan dan 2 angka digunakan untuk dokumentasi. Penambahan kedua angka ini memberi nilai untuk kehamilan sebelumnya.

Sebagai contoh para 0+0 berarti tidak mempunyai riwayat kehamilan sebelumnya. Angka yang pertama merupakan jumlah angka janin yang masih hidup, ditambah dengan angka janin yang hidup selepas 24 minggu gestasi. Angka yang kedua merupakan angka kehamilan sebelum 24 minggu di mana janin tidak dilahirkan hidup (Cunningham *et al*, 2013).

2.3 Tempat Bersalin

Tempat bersalin termasuk salah satu faktor yang dapat mempengaruhi psikologi ibu bersalin. Memilih tempat bersalin dan penolong persalinan harus dilakukan secara tepat dikarenakan akan berdampak langsung pada kesehatan ibu. Terdapat dua pilihan tempat bersalin diantaranya di rumah ibu atau di unit pelayanan kesehatan. (Rohmah, 2010). Tempat yang ideal untuk melahirkan di fasilitas kesehatan dengan perlengkapan dan tenaga yang siap menolong bila sewaktu-waktu terjadi komplikasi persalinan. Minimal di fasilitas kesehatan seperti puskesmas yang mampu memberikan Pelayanan Obstetri Neonatal

Emergensi Dasar (PONED). Persentase tempat ibu melahirkan menurut tempat persalinan berdasarkan karakteristik tempat tinggal dan status ekonomi. Dipedasaan umumnya persalinan dilakukan di rumah/ lainnya, sedangkan di perkotaan melahirkan di fasilitas kesehatan lebih banyak. Semakin tinggi status ekonomi lebih memilih tempat persalinan di fasilitas kesehatan, sebaliknya untuk persalinan di rumah makin rendah status ekonomi, persentase persalinan di rumah makin besar (Susanti, 2011).

2.3.1 Jenis-jenis Tempat Persalinan

a. Rumah

Rumah merupakan lingkungan yang sudah dikenal ibu sehingga ibu dapat merasa nyaman dan relaks selama persalinan, dimana ibu dikelilingi oleh orang-orang yang dinginkannya, yang memberikan dukungan dan ketenangan pada dirinya. Kehadiran pendamping sangat dibutuhkan selama proses persalinan Pendamping ibu saat proses persalinan sebaiknya adalah orang yang peduli dan orang yang diinginkan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan (Besral 2006 dalam Abdurrahim, 2016).

b. Puskesmas

Puskesmas dengan pelayanan persalinan normal merupakan puskesmas yang mempunyai ruangan khusus untuk persalinan dan ruangan pemantauan pasca bersalin (nifas) serta alat (*partus set*) untuk pelayanan persalinan normal sesuai standar. Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED) adalah puskesmas yang

mempunyai kemampuan dan fasilitas pelayanan obstetri neonatal dan emergensi dasar siap 24 jam (Depkes RI, 2009).

c. Klinik

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialis, klinik biasanya terdiri oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis. Tenaga medis adalah dokter, dokter spesialis, dokter kandungan, sedangkan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan ketrampilan melalui pendidikan bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Depkes RI, 2014).

d. Praktik Mandiri Bidan

Praktik mandiri bidan merupakan tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh bidan perseorangan. Praktek mandiri bidan memberikan pelayanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, pelayanan keluarga berencana, serta perawatan bayi baru lahir. Praktek mandiri bidan sudah cukup memadai untuk dijadikan tempat persalinan, biayanya pun lebih murah dibanding dengan rumah sakit. Namun fasilitas praktik mandiri bidan masih kurang lengkap sehingga diperlukan rujukan ke tempat persalinan lain

jika ada komplikasi atau memerlukan pemeriksaan lanjut (Permenkes, 2010).

e. Rumah Sakit

Rumah sakit dibanding dengan fasilitas kesehatan lainnya memiliki fasilitas lebih lengkap (meski tetap bergantung pada tipenya). Rumah sakit juga mempunyai tenaga kesehatan yang lebih kompeten seperti dokter spesialis obstetri dan ginekologi serta dokter spesialis anak yang berperan dalam pelayanan persalinan. Rumah sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal secara komprehensif dan terintegrasi 24 jam (Depkes RI, 2009).

2.3.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Tempat Bersalin

a. Umur

Umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Umur ibu sangat menentukan kesehatan maternal dan berkaitan erat dengan kondisi kehamilan, persalinan, nifas serta dalam mengasuh bayinya. Ibu yang berumur kurang dari 20 tahun, belum matang dalam hal jasmani maupun psikologi dalam menghadapi kehamilan, persalinan, dan nifas. Sedangkan umur 35 tahun atau lebih kemungkinan risiko yang akan terjadi berupa kelainan bawaan pada waktu kehamilan dan penyulit pada waktu persalinan. Proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada saat ibu berumur 20-35 tahun.

BKKBN, 2012). Risiko kematian pada kelompok umur dibawah 20 tahun 2-5 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat (20-35 tahun), demikian juga dengan kelompok umur 35 tahun keatas (Prawirohardjo, 2010).

b. Pendidikan

Pendidikan merupakan proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, cara, perbuatan mendidik. Pendidikan berpengaruh pada cara berfikir, tindakan, dan pengambilan keputusan seseorang dalam menggunakan pelayanan kesehatan, semakin tinggi pendidikan ibu akan semakin baik pengetahuannya tentang kesehatan. Wanita yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya. Mereka lebih mampu mengambil keputusan kaitanya dengan kesehatan dirinya, misalnya menentukan dimana akan melahirkan.

c. Paritas

Paritas merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun persalinan. Ibu dengan paritas tinggi (lebih dari 4 kali) mempunyai risiko lebih besar untuk mengalami perdarahan. Kehamilan dengan paritas 6 keatas mempunyai risiko kematian 8 kali lebih tinggi dari paritas lainnya dan paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal.

Risiko pada paritas dapat ditangani dengan asuhan obstetrik yang lebih baik (Prawirohardjo, 2010).

d. Pengetahuan

Pengetahuan ialah hasil dari tahu dan ini terjadi ketika seseorang telah melakukan pengindraan terhadap suatu objek. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia yaitu indra penglihatan, penciuman, rasa, pendengaran, dan raba. Indra penglihatan dan pendengaran memiliki kontribusi yang cukup besar terhadap pengetahuan manusia. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2012). Ibu yang memiliki pengetahuan tentang kesehatan, akan lebih memiliki rasa percaya diri, wawasan dan kemampuan untuk mengambil keputusan yang baik bagi diri dan keluarga, termasuk adaptasi berkaitan dengan pemilihan penolong persalinan (Meylanie, 2010).

e. Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan untuk mendapatkan nafkah. Ibu yang bekerja (terutama di sektor formal) memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi termasuk kesehatan. Pekerjaan juga menggambarkan tingkat sosial ekonomi seseorang, dan hal ini cukup mempengaruhi pemilihan tempat pelayanan kesehatan oleh masyarakat (Notoatmodjo, 2012).

f. Biaya Persalinan

Biaya persalinan adalah harga atau uang yang harus dikeluarkan untuk membayar persalinan. Biaya persalinan merupakan salah satu penyebab masyarakat memilih dukun sebagai penolong persalinan. Biaya yang dikeluarkan dukun bersalin lebih murah. Anggapan yang beredar di masyarakat baha memanfaatkan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan mengeluarkan biaya yang lebih mahal dibandingkan dengan memanfaatkan tenaga dukun. Meskipun keluarga mengenal bidan didaerahnya tetapi lebih memilih bersalin dirumah dengan dukun sebagai penolong persalinan karena sudah mejadi kebiasaan turun temurun. Dukun bersedia datang kerumah, biaya lebih murah dan pembayaran bisa dicicil atau berupa barang (Kristiani, 2007).

g. Dukungan Keluarga/Suami

Peran dan tanggungjawab laki-laki dalam kesehatan reproduksi sangat berpengaruh terhadap kesehatan perempuan. Keputusan penting seperti siapa yang akan menolong persalinan, kebanyakan masih ditentukan oleh suami. Dukungann suami sewaktu istri melahirkan yaitu memastikan persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan, menyediakan dana, perlengkapan dan trasnportasi yang dibutuhkan, mendampingi selama proses persalinan berlangsung serta mendukung upaya rujukan bila diperlukan (Meylanie, 2010).

h. Sikap

Sikap merupakan kecenderungan penilaian dalam diri seseorang terhadap kelompok, benda, atau keadaan tertentu dalam bentuk positif, atau negatif. Penilaian atau pendapat ibu terhadap kondisi kehamilan petugas kesehatan akan mempengaruhi keputusan ibu dalam pertolongan persalinan (Notoatmodjo, 2012). Menurut teori WHO, sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain. Sikap dapat membuat seseorang mendekati atau menjauhi objek atau orang lain.

i. Aksesibilitas (jarak tempat tinggal dan waktu tempuh)

Akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa hal diantaranya jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosio-ekonomi dan budaya (Risksdas, 2010). Akses fisik dapat menjadi alasan untuk mendapatkan tempat persalinan di pelayanan kesehatan maupun bersalin di tenaga kesehatan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi dan kondisi di pelayanan kesehatan seperti jenis layanan, tenaga kesehatan yang tersedia dan jam buka. Lokasi tempat pelayanan yang tidak strategis/ sulit dicapai menyebabkan kurangnya akses ibu hamil akan melahirkan ke pelayanan kesehatan (Meylanie, 2010).

2.4 Penilaian Kejadian Depresi Ibu Nifas menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

2.4.1 Konsep Dasar

Berdasarkan penelitian Kubota, C., (2014) beberapa tahun terakhir, kuesioner EPDS tidak hanya dapat digunakan pada nifas atau *postpartum*, namun EPDS juga telah teruji validitasnya untuk digunakan selama kehamilan untuk mendeteksi secara dini depresi perinatal dengan jumlah sampel yang besar. Toreki et al (2013) dalam penelitiannya menyebutkan kuesioner EPDS dalam versi Hungaria yang telah diterjemahkan menunjukkan bahwa kuesioner tersebut terbukti memiliki validitas yang dapat digunakan selama masa kehamilan. Sejalan dengan penelitian Wahyuni (2018) EPDS digunakan untuk mendeteksi sindroma depresi pada ibu primigravida trimester III yang menunjukkan pravalensi sebesar 37,5%.

Menurut Cox (2014), untuk mendeteksi adanya depresi *postpartum*/masa nifas atau risiko untuk mengalami depresi *postpartum*, dapat digunakan alat ukur *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* pada awal *postpartum* untuk mengidentifikasi berbagai risiko penyebab depresi *postpartum*. EPDS adalah alat yang berbentuk skala yang berfungsi untuk mengidentifikasi risiko timbulnya depresi *postpartum* selama 7 hari pasca salin dengan 10 pertanyaan. EPDS juga telah teruji validitasnya di beberapa negara seperti Belanda, Amerika, Italia, dan Indonesia. EPDS dapat dipergunakan dalam minggu pertama *postpartum* dan bila hasilnya meragukan dapat diulangi pengisiannya 2 minggu kemudian.

Dalam penelitian ini pun tidak dilakukan uji validitas kembali, karena kuesioner yang digunakan sudah baku. Terdapat dalam *The British Journal of Psychiatry* dan pernah dipakai dalam penelitian sebelumnya dengan jumlah 10 item, dimana pertanyaan-pertanyaan tersebut mudah dipahami yang memungkinkan responden dapat mengisinya serta tidak membuat responden kelelahan saat menjawab kuesioner tersebut. Validasi sepuluh item EPDS di Indonesia telah diuji dan dipublikasikan dengan membandingkan skor alat ukur tersebut dengan SDM-IV. Secara validitas nilai koefisien korelasinya sebesar 0,361 sampai 0,463 dan reabilitasnya (r_x)=0,861. Sensitifitasnya dan spesifitas 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 2006 dalam Soep 2011). Didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Beck & Gable (2001) dalam Soep (2011), bahwa validasi EPDS memiliki tingkat sensitifitas yang tinggi untuk mendeteksi kejadian depresi *postpartum*.

Di luar negeri skrining untuk mendeteksi gangguan *mood* depresi sudah merupakan acuan pelayanan *postpartum* yang rutin dilakukan. Untuk skrining depresi *postpartum* dapat dipergunakan kuisisioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Skala EPDS mengacu pada aspek-aspek ciri depresi menurut DSM-V diantaranya aspek emosional, aspek motivasi, aspek motorik, dan aspek kognitif. EPDS tidak mengesampingkan penilaian klinis. Sebuah penilaian klinis yang cermat tetap harus dilakukan untuk memastikan diagnosa. 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 (*) yakni soal nomor 1,2, dan 4 kotak jawaban teratas diberi nilai nol (0) dan kotak jawaban yang terendah diberi nilai 3. Pertanyaan dengan tanda (*) yakni nomor 3,5,6,7,8,9,10 kotak jawaban teratas diberi nilai 3 dan kotak jawaban yang paling rendah diberi nilai nol (0). Khusus untuk nomor 10 dengan pertanyaan “muncul pikiran untuk menyakiti diri saya sendiri”, jawaban: ya, cukup sering, merupakan suatu tanda dimana dibutuhkan keterlibatan segera dari psikiatri. Nilai maksimum EPDS adalah 30 dengan interval 0-9 normal, ≥ 10 *postpartum blues* atau depresi.

Studi validasi yang digunakan berbagai nilai ambang batas dalam menentukan ibu *postpartum* positif dan membutuhkan rujukan. *Cut-off* skor berkisar 10-13 poin. Dengan menggunakan *cut of point* dari ≥ 10 cenderung menderita depresi dengan tingkat keparahan yang bervariasi dan menunjukkan setiap keinginan bunuh diri, maka harus segera dirujuk untuk ditindaklanjuti. Wanita yang mengalami gangguan fungsi (dibuktikan dengan penghindaran dari 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 dilakukan evaluasi ulang setelah 2 minggu untuk menentukan

apakah episode depresi mengalami perburukan atau membaik (Gondo, 2011).

2.4.2 Waktu Skrining EPDS

Konsistensi internal EPDS dengan dua teknik pengukuran pada minggu pertama dan minggu ketiga *postpartum* memenuhi persyaratan untuk digunakan pada sebuah test sebagai alat skrining awal depresi postpartum di unit maternitas. Dalam kasus yang meragkan, tes dapat diulang lagi setelah 2 minggu. EPDS yang dilakukan pada minggu pertama pada wanita yang tidak menunjukkan gejala depresi dapat memprediksi kemungkinan terjadinya depresi postpartum pada minggu ke-4 dan 8. Selaras dengan hasil studi yang dilakukan di Nigeria dan Jepang menunjukkan pengukuran yang dilakukan sampai dengan hari ke-5 *postpartum* sangat *reliable* untuk memprediksi depresi yang akan timbul pada minggu ke-4 sampai dengan 8 (Abiodun 2006 dalam Tarsikah 2015). Penafsiran EPDS antara *postpartum blues* dengan depresi adalah dilihat waktu kejadiannya. EPDS tidak dapat mendeteksi kelainan neurosis, kecemasan, fobia, atau gangguan kepribadian, namun dapat dilakukan sebagai alat untuk mendeteksi adanya kemungkinan depresi *postpartum* (Gondo, 2011).

2.4.3 Keuntungan EPDS

- a. Mendeteksi dini terhadap adanya depresi *postpartum*.
- b. Mudah dihitung (oleh perawat, bidan, petugas kesehatan lain).
- c. Sederhana.

- d. Cepat dikerjakan(membutuhkan waktu 5-10 menit bagi ibu untuk menyelesaikan kuesioner EPDS).
- e. Lebih diterima oleh pasien dan tidak memerlukan biaya.

2.4.4 Cara Pengisian EPDS

- a. Ibu diharap untuk memberikan jawaban dari pertanyaan yang tersedia sesuai perasaan yang paling mendekati dalam 7 hari terakhir.
- b. Semua pertanyaan kuesioner harus dijawab.
- c. Jawaban kuesioner harus berasal dari ibu sendiri. Hindari kemungkinan ibu mendiskusikan pertanyaan dengan orang lain.
- d. Ibu harus menyelesaikan kuesioner ini sendiri, kecuali ia mengalami kesulitan dalam memahami bahasa atau tidak bisa membaca.

2.4.5 Instruksi

- a. Ibu diminta untuk memilih 1 dari 4 kemungkinan tanggapan yang mungkin paling sesuai dengan apa yang dirasakan 7 hari sebelumnya.
- b. Semua item pertanyaan harus diselesaikan.
- c. Ibu harus menyelesaikan sendiri tanpa mendiskusikan jawaban dengan orang lain kecuali memiliki keterbatasan atau memiliki kesulitan membaca.

2.4.6 Cara penilaian EPDS

- a. Pertanyaan 1, 2, dan 4
Mendapatkan nilai 0, 1, 2, atau 3 dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 0 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 3
- b. Pertanyaan 3, 5 sampai dengan 10

Merupakan penilaian terbalik, dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 3 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 0.

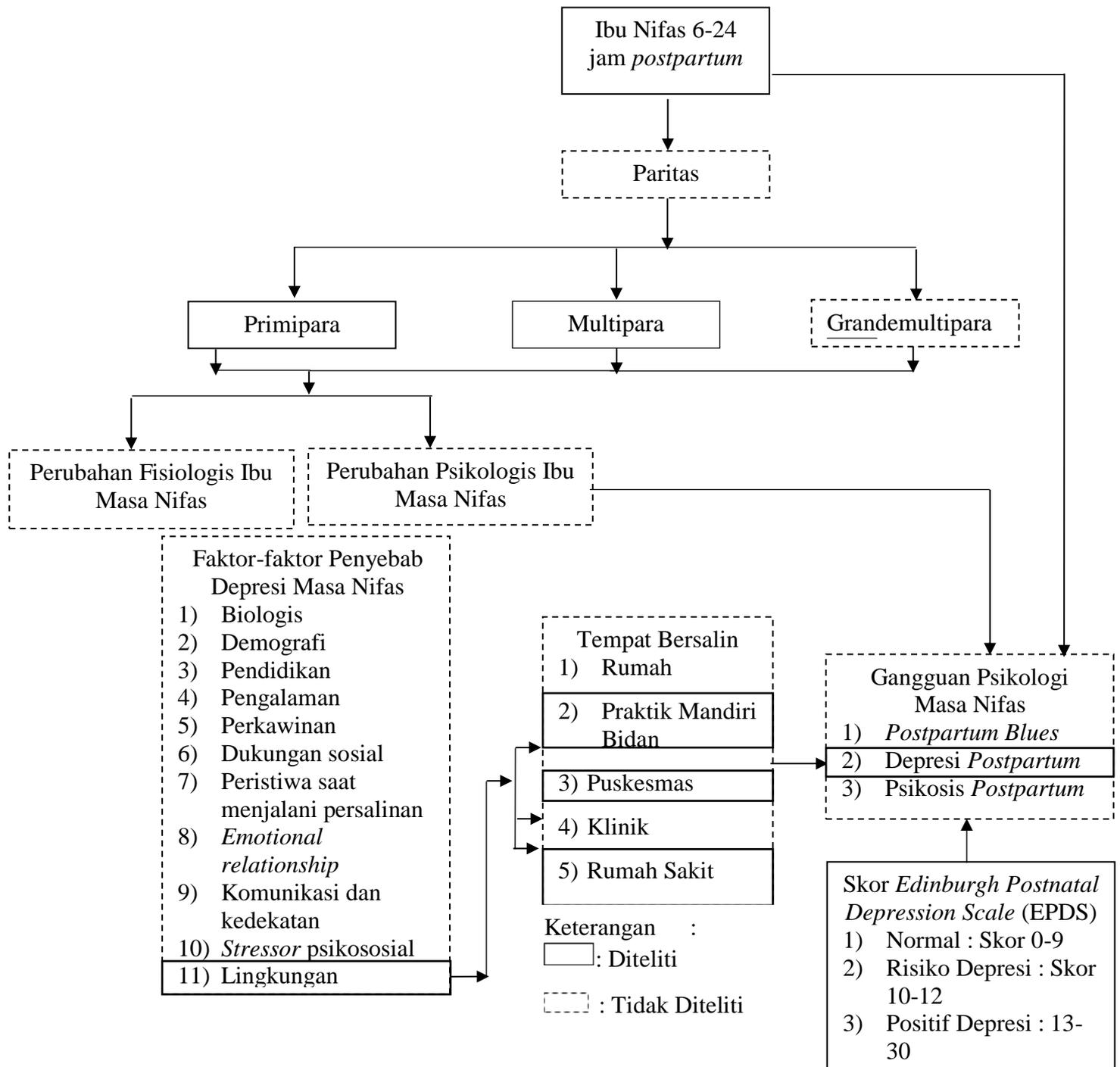
2.5 Kerangka Konsep

Didalam penelitian ini membahas mengenai gambaran skor EPDS pada ibu nifas berdasarkan riwayat tempat persalinan. Ibu nifas 6-24 jam *postpartum* ialah ibu yang telah mengalami proses persalinan dimulai dari lahirnya plasenta sampai 6-24 jam *postpartum*. Berdasarkan paritasnya, ibu nifas dibagi menjadi beberapa klasifikasi diantaranya primipara, multipara, dan grandemultipara. Primipara adalah perempuan yang melahirkan sebanyak satu kali sedangkan multipara ialah perempuan yang telah melahirkan lebih dari satu kali. Menurut penelitian Sari (2010) ibu primipara lebih rentan mengalami depresi *postpartum* dibandingkan dengan 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.

Ibu multipara dapat mengalami kejadian depresi *postpartum* dimana hal ini dapat disebabkan oleh ibu yang memiliki riwayat depresi *postpartum* dan pada ibu multipara telah memiliki tanggungjawab lebih besar seperti pekerjaan rumah tangga dan tanggungjawab terhadap anak sebelumnya. Penyebab lain yang menyebabkan ibu multipara mengalami depresi *postpartum* karena pada kehamilan yang dijalani merupakan kehamilan yang tidak direncanakan dengan penyebab tersebut ibu akan merasa memiliki beban tersendiri dan faktor risiko untuk terjadinya depresi *postpartum* menjadi lebih besar (Wijayanti, dkk, 2013).

Ibu yang tidak berhasil melewati perubahan peran dapat mengalami gangguan psikologi ibu nifas, salah satunya adalah depresi *postpartum*. Depresi *postpartum* hampir sama dengan *postpartum blues*, perbedaan keduanya terletak pada frekuensi, intensitas, serta durasi berlangsungnya gejala-gejala yang timbul. Pada depresi *postpartum* ibu akan merasakan berbagai gejala yang ada pada *postpartum blues*, tetapi dengan intensitas yang lebih sering, lebih hebat, dan lebih lama (Mansur, 2012). Salah satu faktor penyebab terjadinya depresi *postpartum* yaitu lingkungan. Lingkungan merupakan faktor yang juga menentukan individu untuk terpapar *stressor*. Lingkungan internal maupun eksternal merupakan stimulus bagi ibu *postpartum* dalam proses penyesuaian diri. Lingkungan yang kurang kondusif dengan keadaan dan permasalahan yang dihadapi ibu, dapat menjadi dukungan koping yang maladaptif (Indriyani, 2012). Lingkungan tersebut dapat berasal dari tempat persalinan yang biasa digunakan ibu untuk bersalin, diantaranya Praktik Mandiri Bidan (PMB),

puskesmas, dan rumah sakit (Rohmah,2010). Kejadian depres *postpartum* tersebut dideteksi dengan menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Skor EPDS adalah alat yang berbentuk skala yang berfungsi untuk mengidentifikasi risiko timbulnya depresi *postpartum* selama 7 hari pasca salin dengan 10 pertanyaan. EPDS juga telah teruji validitasnya di beberapa negara seperti Belanda, Amerika, Italia, dan Indonesia. EPDS dapat dipergunakan dalam minggu pertama *postpartum* dan bila hasilnya meragukan dapat diulangi pengisiannya 2 minggu kemudian (Cox, 2014). Hasil studi yang dilakukan di Nigeria dan Jepang menunjukkan pengukuran yang dilakukan sampai dengan hari ke-5 *postpartum* sangat *reliable* untuk memprediksi depresi yang akan timbul pada minggu ke-4 sampai dengan 8 (Abiodun 2006 dalam Tarsikah 2015). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada bagan kerangka konsep dibawah.



Gambar 2.1 Kerangka Konsep penelitian Gambaran Skor EPDS pada Ibu Nifas Berdasarkan Riwayat Tempat Persalinan