https://doi.org/10.22435/bpk.v48i2.2872

Analisis Faktor Risiko Gejala Depresi Pada Ibu di Masa Nifas di Kecamatan Banjarsari, Surakarta

ANALYSIS OF RISK FACTORS OF DEPRESSION SYMPTOMS IN MOTHERS IN THE POSTPARTUM PERIOD IN BANJARSARI DISTRICT, SURAKARTA

Yustisia Imaninditya P.W.[1*], Izzatul Arifah[2] , dan Kusuma Estu Werdani[3]

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan,
Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia
Jl. A. Yani, Mendungan, Pabelan, Kec. Kartasura, Kabupaten Sukoharjo,
Jawa Tengah 57162
*Email:yustisiaipw@gmail.com

Submitted : 27-03-2020, Revised : 07-04-2020, Revised : 21-04-2020, Accepted : 20-05-2020

Abstract

Women are prone to experiencing postpartum depression. The purpose of this study was to analyze the association of risk factors and depression symptoms in postpartum mothers in Banjarsari District, Surakarta in 2019. The design of the research is cross-sectional with the total sample was.160 postpartum mothers (0-6 weeks) from the total population of 268 mothers The independent variables included the mother's age, education, occupation, type of delivery exclusive breastfeeding practice, and the first time breastfeeding. Whereas, the dependent variables were the symptoms of postpartum depression. Data collection using the exclusive breastfeeding practice questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Data analysis was performed using Chi-square and multivariate logistic regression. The results showed that 25.6% of mothers in Banjarsari experienced symptoms of postpartum depression. Type of labor (p=0,049, OR 2,333, 95% CI 1,002-5,428) and exclusive breastfeeding practice (p=0,018, OR 2,460 95% CI 1,166-5,187) were significantly associated with symptoms of postpartum depression. The study concluded that the group of mothers who did exclusive breastfeed and who had delivery complications tended to experience symptoms of postpartum depression higher than that of mothers who did not experience the same conditions.

Keywords : postpartum, depression, EPDS

Abstrak

Perempuan rentan mengalami depresi masa nifas. Tujuan penelitian untuk menganalisis hubungan faktor risiko dengan gejala depresi pada ibu di masa nifas di Kecamatan Banjarsari, Surakarta. Desain penelitian adalah *crossectional* dengan sampel 160 ibu nifas (0-6 minggu) dari total populasi 268 orang, Penelitian mengukur variabel independen yaitu usia ibu, pendidikan, pekerjaan, jenis persalinan, praktik menyusui eksklusif dan waktu pertama kali menyusui dengan variabel dependen yaitu gejala depresi pada ibu di masa nifas. Pengumpulan data menggunakan kuesioner praktik menyusui eksklusif dan *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Analisis data menggunakan Chi-square dan multivariat menggunakan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan 25,6% ibu di Kecamatan Banjarsari, Surakarta mengalami gejala depresi di masa nifas. Jenis persalinan (p=0,049, OR 2,333, 95% CI 1,002-5,428) dan praktik menyusui eksklusif (p=0,018, OR 2,460, 95% CI 1,166-5,187) berhubungan signifikan dengan gejala depresi masa nifas. Kesimpulan penelitian ini adalah kelompok ibu yang tidak menyusui eksklusif dan kelompok ibu yang jenis persalinan disertai penyulit cenderung mengalami gejala depresi lebih tinggi dibandingkan kelompok ibu yang tidak mengalami kondisi yang sama.

Kata kunci: postpartum, depresi, EPDS

PENDAHULUAN

Kesehatan mental menjadi bagian tidak terpisahkan dari kesehatan secara keseluruhan. Gangguan mental emosional terjadi ketika seseorang sedang mengalami perubahan psikologis[1], yang mempengaruhi pikiran, emosi dan perilaku seseorang sehingga interaksi dan keharmonisan dengan orang lain menjadi terganggu.[2] Di Indonesia, prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur ≥15 tahun pada 2013 sebesar 6%[1] meningkat menjadi 9,8% pada 2018.[3] Bentuk gangguan mental emosional yang sering terjadi berupa depresi dan kecemasan.[4] Depresi secara umum terjadi pada lebih dari 300 juta orang atau setara dengan 4,4% dari total penduduk dunia.[5] Di Indonesia, prevalensi depresi pada penduduk umur ≥15 tahun sebesar 6,1%, namun hanya 9% penderita yang minum obat/menjalani pengobatan medis.[6] Depresi menjadi salah satu beban penyakit global (*the global burden of disease*) dan penyebab utama kecacatan di seluruh dunia, terutama bagi perempuan.[7] Prevalensi depresi pada perempuan umur >15 di Indonesia sebesar 7,4%.[3]

Perempuan rentan mengalami depresi terutama pada masa nifas. Masa nifas adalah masa setelah melahirkan yang merupakan masa kembalinya organ-organ reproduksi dan sistem tubuh seperti sebelum hamil terhitung sejak bayi lahir hingga 6 minggu (40 hari).[8] Pada masa nifas ibu mengalami adaptasi fisik dan psikologis yaitu fase *taking in, taking hold* dan *letting go*.[9] Pada kenyataannya, selama masa nifas, ibu menjalani proses adaptasi karena perubahan peran menjadi seorang ibu. Selama proses adaptasi tersebut, berbagai macam konflik dalam diri ibu sering muncul. Dalam menghadapi konflik, setiap ibu memiliki kemampuan yang berbeda. Sebagian ibu berhasil menyesuaikan diri dengan baik, namun sebagian lainnya kurang mampu mengatasinya sehingga ibu rentan mengalami gangguan psikologis pada masa nifas, yaitu depresi.[10] Depresi masa nifas dapat terjadi sejak hamil hingga setelah melahirkan atau timbul beberapa hari setelah melahirkan. Prevalensi depresi masa nifas di Indonesia sebesar 33,5%.[11] Stres yang menumpuk akibat perubahan peran dan hubungan sosial menjadi pemicu depresi masa nifas.[12]

Depresi masa nifas ditandai dengan kecemasan dan kekhawatiran ibu terhadap bayinya. Ibu menjadi sangat sensitif, kehilangan nafsu makan dan merasa tidak berharga.[12] Pada hari ketiga masa nifas, 80% ibu mengalami depresi ringan atau *baby blues*. *Baby blues* dapat meningkat menjadi depresi postpartum apabila sekitar 2 minggu gejala yang dirasakan berulang atau tidak segera ditangani hingga tuntas.[8] Dari seluruh ibu nifas di dunia, 30%-50% ibu nifas terdiagnosa secara klinis mengalami depresi masa nifas, namun hanya 14%-16% yang mendapat penanganan dari gejala yang dirasakan. Pada depresi berat atau psikosis postpartum (*postpartum psychosis*), pada bulan keenam masa nifas, ibu memiliki keinginan bunuh diri (*maternal suicide*) dan *infanticide* (pembunuhan anak).[13]

Beberapa faktor risiko yang dianggap menjadi pencetus depresi masa nifas antara lain perubahan hormon, usia ibu saat melahirkan, riwayat persalinan, riwayat depresi masa lalu, dukungan sosial[14] dan penolakan terhadap kehamilan atau ambivalensi.[15] Pada kenyataannya, konflik dalam diri ibu sering muncul selama proses adaptasi berlangsung. Setiap ibu nifas memiliki kemampuan yang berbeda dalam menghadapi perubahan psikososial (*stressor*). Sebagian ibu nifas berhasil menyesuaikan diri dengan baik, namun sebagian lainnya kurang mampu melakukan adaptasi sehingga mengalami gangguan psikologis postpartum.[10] Hingga saat ini, kasus depresi masa nifas di Indonesia belum dapat diketahui secara pasti karena belum ada sistem catatan dan pelaporan yang lengkap serta belum tersedianya lembaga pemerintah khusus yang menangani kasus ini.[16]

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara faktor risiko usia ibu, pendidikan, pekerjaan, jenis persalinan, praktik menyusui eksklusif, dan waktu pertama kali menyusui dengan gejala depresi pada ibu di masa nifas di Kecamatan Banjarsari, Surakarta. Surakarta merupakan kota terpadat di Jawa Tengah namun cakupan ASI eksklusif masih rendah. Berdasarkan profil kesehatan Kota Surakarta Tahun 2017, cakupan ASI eksklusif secara umum secara umum sebesar 79,7% dan masih kurang dari standar Kementerian Kesehatan yaitu 80%. Sedangkan cakupan K4 ibu hamil paling tinggi sebanyak 3.424 jiwa berada

di Kecamatan Banjarsari.[17] Ibu hamil yang hidup di pemukiman padat, sesak, dan macet rentan mengalami stres yang dapat memicu depresi[18] hingga setelah melahirkan.[19] Hasil analisis diharapkan dapat memberi informasi kepada masyarakat untuk memahami faktor risiko yang berhubungan dengan gejala depresi pada ibu nifas sehingga dapat menekan angka kejadian depresi masa nifas.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan studi observasional dengan pendekatan *cross-sectional* yang dilakukan pada Bulan September-Oktober 2019. Tempat penelitian di enam wilayah kerja puskesmas di Kecamatan Banjarsari, Surakarta yaitu Nusukan, Manahan, Gilingan, Banyuanyar, Setabelan, dan Gambirsari. Populasi penelitian ini yaitu ibu nifas 0-6 minggu di Kecamatan Banjarsari sebanyak 268 orang. Sampel diambil menggunakan teknik *proportional random sampling,* yaitu mengambil sampel dengan memperhatikan proporsi dalam menentukan jumlah minimal sampel di tiap puskesmas, lalu dilakukan pengundian secara acak dalam memilih sampel penelitian. Peneliti menetapkan kriteria inklusi yaitu ibu nifas 0-6 minggu yang mampu berkomunikasi dua arah dengan baik dan kriteria eksklusi yaitu ibu nifas yang pindah atau telah menetap di daerah lain, ibu nifas dan atau anggota keluarga yang pernah memiliki riwayat pengobatan gangguan jiwa, dan ibu nifas yang melahirkan bayi meninggal atau mengalami gangguan kesehatan tertentu yang mengharuskan bayi mendapatkan perawatan di rumah sakit. Jumlah sampel yang memenuhi kriteria sebanyak 160 sampel.

Instrumen penelitian menggunakan Kuesioner Praktik Menyusui Eksklusif dan Kuesioner *Edinburgh Postpartum Depression Scale)* (EPDS) dan diisi langsung oleh responden. EPDS pertama kali dibuat oleh Cox *et al* pada 1987 dan telah diakui valid secara internasional.[20] EPDS berisi 10 pertanyaan tentang gejala depresi masa nifas yang ibu rasakan 7 hari yang lalu, antara lain: suasana hati yang menurun, anhedonia (penurunan minat, motivasi dan kesenangan dalam beraktivitas), rasa bersalah, kecemasan dan ide bunuh diri.[21] Pada penelitian ini, peneliti menggunakan EPDS yang telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia yang dipublikasi oleh Gondo (2012).[22]

Variabel independen penelitian ini meliputi usia ibu, pendidikan, pekerjaan, jenis persalinan, praktik menyusui eksklusif dan waktu pertama kali menyusui. Sedangkan variabel dependen adalah gejala depresi pada ibu di masa nifas yang diukur menggunakan EPDS dengan batas nilai 9/10. EPDS digunakan untuk mendeteksi sebagian besar kasus yang berpotensi depresi, tidak untuk mendiagnosa[23] sehingga peneliti membagi menjadi dua kategori yaitu tidak berisiko (total skor EPDS 0-8) dan berisiko (total skor EPDS ≥ 9). Data dianalisis secara univariat untuk mengetahui karakteristik sampel, bivariat menggunakan uji *Chi-Square* dengan tingkat kemaknaan 95% CI untuk mengetahui hubungan signifikan antara faktor independen dengan faktor dependen dan multivariat menggunakan uji regresi logistik (p<0,05 dan 95% CI) untuk menganalisis besar peluang faktor risiko terhadap gejala depresi pada ibu di masa nifas.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan data tentang ibu nifas 0-6 minggu di Kecamatan Banjarsari, Surakarta, yang mayoritas berusia antara 20-35 tahun (81,9%) dengan usia rata-rata 28,43 tahun. Berdasarkan karakteristik pendidikan terakhir dan pekerjaan, sebagian besar ibu menempuh pendidikan dasar yaitu SD/SMP/SMA (78,1%) dan tidak bekerja (58,8%). Berdasarkan jenis persalinan, sebagian besar ibu (61,9%) melahirkan disertai penyulit sehingga dalam proses persalinan dilakukan tindakan. Mayoritas ibu melakukan praktik menyusui eksklusif dengan memberikan ASI saja tanpa makanan/minuman lain (62,5%) dan pertama kali menyusui >2 jam setelah melahirkan (60%). Berdasarkan karakteristik gejala depresi pada masa nifas, mayoritas ibu dalam keadaan normal (74,4%) dan sisanya berisiko (25,6%).

Analisis bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan antara faktor risiko dengan gejala depresi pada masa nifas di Kecamatan Banjarsari, Surakarta. Faktor risiko yang berhubungan dengan gejala depresi pada masa nifas adalah jenis persalinan dan pemberian ASI Eksklusif (p *value*<0,05) (Tabel 2).

Tabel 1. Gambaran Karakteristik Ibu Nifas 0-6 Minggu di Kecamatan Banjarsari, Surakarta

	Karakteristik Sampel	n	%
Usia ibu	Berisiko (<20 tahun dan >35 tahun)	29	18,1
	Tidak berisiko (20-35 tahun)	131	81,9
	Total	160	100
	Rerata ± SD	28,43 ± 5,729	
	Median (min:maks)	28,00 (18:43)	
Pendidikan	Dasar (SD/SMP/SMA/SMK)	125	78,1
	Lanjutan (D3/S1)	35	21,9
	Total	160	100
Pekerjaan	Tidak bekerja (IRT)	94	58,8
	Bekerja	66	41,2
	Total	160	100
Jenis persalinan	Disertai penyulit (normal dengan tindakan/sectio caesarea)	99	61,9
	Tanpa penyulit (normal)	61	38,1
	Total	160	100
Praktik menyusui eksklusif	Tidak menyusui eksklusif (memberikan ASI dengan tambahan makanan/minuman lain)	60	37,5
	Menyusui eksklusif (memberikan ASI saja tanpa tambahan makanan/minuman lain)	100	62,5
	Total	160	100
Waktu pertama kali menyusui	≤ 2 jam setelah melahirkan	64	40
	> 2 jam setelah melahirkan	96	60
	Total	160	100
Gejala depresi pada ibu di masa nifas	Berisiko	41	25,6
	Normal	119	74,4
	Total	160	100

Tabel 2. Hubungan Antara Faktor Resiko Dengan Gejala Depresi Masa Nifas Di Kecamatan Banjarsari, Surakarta.

Variabel		Gejala depresi pada ibu di masa nifas				Total		p *value*
		Berisiko		Normal				
		n	%	n	%	n	%	
Usia	Berisiko (<20 tahun dan >35 tahun)	7	24,1	22	75,9	29	100	0,839
	Tidak berisiko (20-35 tahun)	34	26	97	74	131	100	
Pendidikan	Dasar (SD/SMP/SMA/SMK)	33	26,4	92	73,6	125	100	0,671
	Lanjutan (D3 dan S1)	8	22,9	27	77,1	35	100	
Pekerjaan	Tidak bekerja	24	25,5	70	74,5	94	100	0,974
	Bekerja	17	25,8	49	74,2	66	100	
Jenis Persalinan	Disertai penyulit (normal dengan tindakan dan sectio caesarea)	32	32,3	67	67,7	99	100	0,013
	Tanpa penyulit (normal)	9	14,8	52	85,2	61	100	
Praktik Menyusui Eksklusif	Tidak menyusui eksklusif (memberikan ASI dengan tambahan makanan/minuman lain)	23	38,3	37	61,7	60	100	0,004
	Menyusui eksklusif (memberikan ASI saja tanpa tambahan makanan/minuman lain)	18	18	82	82	100	100	
Waktu pertama kali menyusui	≤ 2 jam setelah melahirkan	12	18,8	52	81,2	64	100	0,104
	> 2 jam setelah melahirkan	29	30,2	67	69,8	96	100	

Tabel 3. Pengaruh Faktor Risiko Terhadap Gejala Depresi Pada Ibu Di Masa Nifas

Variabel	Model Awal				Model Akhir			
	OR	95% CI		p *value*	OR	95% CI		p *value*
		Lower	Upper			Lower	Upper	
Usia								
Berisiko (<20 tahun dan >35 tahun)	1				-			
Tidak berisiko (20-35 tahun) ref	1.22	0,452	3,331	0,692				
Pendidikan								
Dasar (SD/SMP/SMA/SMK)	1,230	0,457	3,371	0,681	-			
Lanjutan (D3 dan S1) ref	1							
Pekerjaan								
Tidak bekerja ref	1				-			
Bekerja	1,190	0,527	2,497	0,674				
Jenis Persalinan								
Disertai penyulit (normal dengan tindakan dan sectio caesarea)	2,100	0,843	5,139	0,111	2,333	1,002	5,428	0,049
Tanpa penyulit (normal) ref	1				1			
Praktik menyusui eksklusif								
Tidak menyusui eksklusif (memberikan ASI dengan tambahan makanan/minuman lain)	2,551	1,187	5,356	0,016	2,460	1,166	5,187	0,018
Menyusui eksklusif (memberikan ASI saja tanpa tambahan makanan/minuman lain)ref	1				1			
Waktu pertama kali menyusui								
≤ 2 jam setelah melahirkan	1				-			
> 2 jam setelah melahirkan ref	1,283	0,545	3,053	0,568				

Mayoritas ibu nifas memiliki kategori usia yang tidak berisiko (21-35 tahun) sebanyak 131 orang (81,9%) dengan rentang usia paling muda 18 tahun dan paling tua 43 tahun. Sebagian besar ibu telah menempuh pendidikan dasar yaitu sebanyak 125 orang (78,1%) dan sebagian ibu tidak bekerja (IRT) yaitu sebanyak 94 orang (58,8%). Berdasarkan karakteristik jenis persalinan, ibu yang melahirkan disertai penyulit (normal dengan tindakan/*section caesarea*) memiliki jumlah lebih banyak yaitu 99 orang (61,9%). Selain itu, sebanyak 100 orang (62,5%) menyusui secara eksklusif dan 96 orang (60%) mulai menyusui pada >2 jam setelah melahirkan. Berdasarkan karakteristik gejala depresi pada ibu di masa nifas, sebanyak 119 orang (74,4%) tidak berisiko mengalami gejala depresi di masa nifas (Tabel 1).

Terdapat dua dari enam faktor risiko terjadinya gejala depresi pada ibu di masa nifas, yaitu jenis persalinan (*p value* 0,013) dan praktik menyusui eksklusif (*p value* 0,004), berhubungan secara signifikan dengan kejadian gejala depresi pada ibu di masa nifas (Tabel 2).

Semua variabel dimasukkan pada tahap awal. Dibangun beberapa model regresi logistik dengan melihat perubahan pada OR *adjusted,* nilai pseudo R^2, nilai AIC dan BIC. Model awal dan akhir ditunjukkan pada Tabel 3. Berdasarkan model akhir menunjukkan bahwa kelompok ibu yang tidak menyusui eksklusif kecenderungannya mengalami gejala depresi dua kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang menyusui eksklusif OR 2,4 95% CI (1,16-5,18). Variabel lain yang signifikan berhubungan yaitu jenis persalinan. Pada kelompok ibu yang jenis persalinan disertai penyulit lebih berisiko dua kali lipat untuk mengalami gejala deresi post partum. Kualitas model untuk memprediksi gejala depresi masa nifas dijelaskan melalui nilai pseudo R2 yaitu 0,06. Hal tersebut menunjukkan bahwa 6% variasi pada kejadian gejala depresi *post partum* ini dapat dijelaskan melalui model ini. Meskipun begitu analisis *Goodness of fits test* hasil p-value sebesar 0,95 (>0,05), yang menunjukkan bahwa persamaan model ini memiliki kaliberasi yang baik sehingga dapat memberikan prediksi yang benar tentang gejala depresi masa nifas.

PEMBAHASAN

Penelitian ini mengemukakan hasil bahwa praktik menyusui eksklusif memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kejadian gejala depresi pada ibu di masa nifas. Ibu yang tidak menyusui eksklusif cenderung mengalami gejala depresi dua kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang menyusui eksklusif.

Praktik menyusui eksklusif bertujuan untuk memenuhi nutrisi bayi dengan ASI saja tanpa memberikan makanan/minuman lain kecuali obat-obatan, vitamin dan atau mineral dalam bentuk oralit/ORS (*Oral Rehydration Salts*), tetes, dan sirup. Praktik menyusui eksklusif sangat penting terutama pada bayi dan anak usia kurang dari dua tahun karena secara langsung mempengaruhi status gizi yang berdampak pada kelangsungan hidup mereka.[24] Sejumlah organisasi kesehatan dunia seperti *World Health Organization* (WHO), *The European Commission for Public Health* (ECPH) dan *The American Academy of Pediatrics* (AAP) menyebutkan bahwa menyusui eksklusif memberikan banyak manfaat, antara lain memperkuat hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi serta dapat memberikan perasaan bahagia pada ibu dan perasaan tenang pada bayi.[25-27]

Pada saat menyusui, terjadi reaksi hormonal dan kimiawi di dalam tubuh ibu. Reaksi hormon prolaktin (merangsang produksi ASI) dan oksitosin (merangsang pengeluaran ASI) dapat memicu hormon endorphin yang merangsang perasaan bahagia pada ibu. Ibu menyusui yang bahagia dapat membuat bayi menjadi tenang karena bayi mendapat kasih sayang yang lengkap dan perasaan aman yang diberikan oleh ibunya. Perasaan positif ibu yang keluar membuat pengeluaran ASI menjadi lancar dan lebih banyak, membuat bayi mendapat nutrisi yang baik dan optimal setiap hari sehingga bayi tumbuh menjadi anak yang sehat dan cerdas. Ibu yang bahagia membuat hubungan kedekatan (*bounding attachment*) antara ibu dan bayi menjadi kuat sehingga ibu dapat terhindar dari depresi selama masa nifas.[28] Hasil penelitian Figueiredo, dkk (2013) di Portugal menyatakan bahwa total skor depresi pada ibu yang saat hamil hingga 3 bulan setelah melahirkan menyusui secara eksklusif cenderung lebih rendah daripada ibu yang saat hamil hingga 3 bulan setelah melahirkan tidak menyusui secara eksklusif ($p<0,05$).[29] Sementara itu, hasil penelitian Dias dan Figueireido (2015) menyatakan ibu yang menambahkan makanan/minuman lain selain ASI kepada bayi setelah lahir akan meningkatkan peluang risiko kejadian depresi masa nifas.[30]

WHO menyebutkan bahwa *Feedback Inhibitor of Lactation* (FIL) sebagai faktor penghambat laktasi. FIL merupakan aktivitas dalam payudara untuk menghambat produksi ASI.[31] Kemungkinan terjadinya kegagalan menyusui secara eksklusif berasal dari kegagalan isapan bayi yang dapat menghambat pengeluaran hormon laktasi sehingga mempengaruhi hormon endorphin yang membuat ibu menjadi tidak bahagia.[32]

Selain praktik menyusui eksklusif, jenis persalinan merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan gejala depresi pada ibu di masa nifas. Kelompok ibu dengan jenis persalinan disertai penyulit lebih berisiko dua kali lipat untuk mengalami gejala depresi masa nifas. Proses persalinan yang disertai dengan tindakan medis seperti induksi, vakum ekstrasi dan tindakan operatif *sectio caesarea* dapat mempengaruhi emosional ibu. Bagi ibu yang melalui proses persalinan dengan dilakukan tindakan medis dianggap telah memiliki pengalaman persalinan yang kurang menyenangkan, seperti kontraksi hebat saat proses induksi atau pada bekas luka jahitan setelah tindakan *sectio caesarea*, sehingga dapat menimbulkan trauma tersendiri pada ibu. Trauma psikis memicu emosional negatif keluar seperti kecewa, marah, sedih, koping ibu menjadi menurun dan proses pemulihan fisik menjadi terhambat. Selain harus berjuang untuk pemulihan fisik pascapersalinan, ibu juga harus membagi pikiran dan tenaga untuk mengurus bayi dan keperluan anggota keluarga lain.[(33) (34)] Hal tersebut didukung hasil penelitian oleh Gausia, dkk (2012) bahwa pengalaman persalinan yang negatif adalah variabel yang mempengaruhi depresi masa nifas dengan peluang kejadian 3 kali lebih besar daripada ibu yang memiliki pengalaman persalinan yang menyenangkan.[35]

KESIMPULAN

Faktor risiko yang berhubungan signifikan dengan gejala depresi pada ibu di masa nifas yaitu jenis persalinan dan praktik menyusui eksklusif. Kelompok ibu yang tidak menyusui eksklusif dan kelompok ibu yang jenis persalinan disertai penyulit cenderung mengalami gejala depresi dua kali lebih tinggi dibandingkan kelompok ibu yang menyusui eksklusif dan kelompok ibu yang jenis persalinan tanpa penyulit. Faktor risiko lain yaitu usia, pendidikan, pekerjaan dan waktu pertama kali menyusui tidak berhubungan dengan gejala depresi pada masa nifas.

Keterbatasan penelitian ini adalah peneliti tidak mengukur variabel dukungan sosial, sehingga masih diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan faktor risiko dengan gejala depresi pada ibu di masa nifas dengan mengontrol dukungan sosial melalui analisis statistik dan pengalaman masa lalu ibu.

Dari hasil penelitian ini diharapkan ibu selalu semangat dalam mengasihi bayi dengan tetap menyusui eksklusif walaupun selama proses menyusui ibu menghadapi banyak kendala. Bagi suami, keluarga dan tenaga kesehatan diharapkan dapat memberikan dukungan penuh kepada ibu sehingga saat ibu menghadapi hambatan saat menjalani adaptasi masa nifas, ibu dapat tetap tenang dan tidak mengalami gejala depresi pada masa nifas.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ucapkan terimakasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta dan Kepala Puskesmas di wilayah Kecamatan Banjarsari yaitu Puskesmas Nusukan, Manahan, Gilingan, Banyuanyar, Setabelan, dan Gambirsari yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melakukan penelitian di wilayah Kecamatan Banjarsari, Surakarta. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam proses penelitian ini.

DAFTAR RUJUKAN

1. Balitbangkes Kemenkes RI. RISET KESEHATAN DASAR 2013. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB); 2013.
2. WHO. Mental health : strengthening our response [Internet]. WHO Library Cataloguing-in-Publication DataLibrary Cataloguing-in-Publication Data. 2018 [cited 2019 Apr 3]. p. 1–4. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/
3. Balitbangkes Kemenkes RI. Laporan Nasional RISKESDAS 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB); 2019.
4. Notosoedirjo M, Latipun. Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan. 1st ed. Malang: UPT Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang; 1999.
5. WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva, Switzerland; 2017.
6. Balitbangkes Kemenkes RI. Hasil Utama Riskesdas 2018. Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI; 2018.
7. WHO. Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. WHO Library Cataloguing-in-Publication DataLibrary Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. p. 1–44. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1%5Cnhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
8. Bahiyatun. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal. Ester M, editor. Jakarta: EGC; 2008.
9. Maritalia D. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2012.
10. Rini S, Kumala F. Panduan Asuhan Nifas dan Evidence Based Practice. Sleman: Dee; 2017.
11. Nurbaeti I. Predicting Factors of Maternal Depression During Income Family in Indonesia. Atl Press. 2017;10(1st International Integrative Conference on Health, Life and Social Sciences (ICHLaS 2017)):87–90.
12. Curtis GB. Kehamilan di atas Usia 30. Satyanegara S, editor. Jakarta: Arcan; 2000.
13. Guille C, Newman R. Perinatal Mental Health, An Issue of Obstetrics and Gynecology Clinics Of North America. Holland K, editor. Pennsylvania: Elsevier; 2018.

14. Indriyani D. Aplikasi Konsep dan Teori Keperawatan Maternitas Postpartum dengan Kematian Janin. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media; 2013.
15. Susanti NN. Psikologi Kehamilan. Jakarta: EGC; 2008.
16. Putriarsih R, Budihastuti UR, Murti B. Prevalence and Determinants of Postpartum Depression in Sukoharjo District , Central Java. J Matern Child Heal. 2017;3(1):11–24.
17. Surakarta DKK. Profil Kesehatan Kota Surakarta Tahun 2017. Dinas Kesehat Kota Surakarta [Internet]. 2018; Available from:https://www.scribd.com/document_downloads/direct/384638961?extension=pdf&ft=1537243489&lt=1537247099&user_id=425738644&uahk=U0MtDmW6fgZ5x4CGAJTIDtlsf5A
18. Simbolon D. Buku Saku Kader Kesehatan Deteksi Dini Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular. 1st ed. Yogyakarta: Deepublish; 2016.
19. Fox-Spencer R, Young A. Solusi Praktis : Mengenali, Mengatasi, dan Mengantisipasi Depresi. Indonesian. Pamungkas R, editor. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2010.
20. Department of Health Government of Western Australia. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translated versions - validated. Perth, Western Australia: State Perinatal Mental Health Reference Group, Western Australia; 2006.
21. Dennis C-L. Detection, prevention, and treatment of postpartum depression. Canada: Department Of Mental Health And Substance Abuse World Health Organization 2008; 2003.
22. Gondo HK. Skrining Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) pada post partum blues. J Ilm Kedokt. 2012;1(2):17–29.
23. Cox J, Holden J, Henshaw C. Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2nd ed. London: Royal College of Psychiatrics 2014; 21 p.
24. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Geneva: World Health Organization; 2008.
25. The American Academy Of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2012;129(3):e827–41.
26. EU Project on Promotion of breastfeeding in Europe. Protection , promotion and support of breastfeeding in Europe : a blueprint for action (revised) [Internet]. Italy: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg; 2008. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm
27. WHO, Unicef. Planning Guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2007.
28. Apriadji WH. Good Mood Food - Makanan Sehat Alami. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2007.
29. Figueiredo B, Canario C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. Psychol Med. 2014;44:927–36.
30. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression : A systematic review of the literature. J Affect Disord. 2015;171:142–54.
31. WHO. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
32. Manuaba IBG, Manuaba IC, Manuaba I. Pengantar kuliah obstetri. Jakarta: EGC; 2007.
33. Murray SS, McKinney ES. Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. 6th, illustr ed. Missouri: Elsevier Health Sciences; 2013. 880 p.
34. Pillitteri A. Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family. 4th, illustr ed. Philadelpia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
35. Gausia K, Ryder D, Ali M, Fisher C, Moran A, Koblinsky M. Obstetric Complications and Psychological Well-being: Experiences of Bangladeshi Women during Pregnancy and Childbirth. J Heal , Popul Nutr. 2012;30(2):172–80.