

SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA KEHAMILAN REMAJA DENGAN KEJADIAN DEPRESI *POSTPARTUM* PADA IBU *POSTPARTUM* DI RSUD WONOSARI TAHUN 2016

**Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Terapan Kebidanan**



**DIKA ARDIANA
P 07124215089**

**PRODI D-IV KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
TAHUN 2017**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : **Dika Ardiana**
NIM : **P07124215089**
Tanggal : **01 Januari 2017**

Yang Menyatakan,

Dika Ardiana

SKRIPSI
HUBUNGAN ANTARA KEHAMILAN REMAJA DENGAN KEJADIAN
DEPRESI *POSTPARTUM* PADA IBU *POSTPARTUM*
DI RSUD WONOSARI TAHUN 2016

Disusun oleh:

DIKA ARDIANA
NIM P 07124215089

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Pada tanggal 16 Januari 2017

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Endah Marianingsih Th., SIP., APP., M.Kes
NIP. 19551017 198603 2 001

Anggota,

Suhermi, S.Pd., APP., M.Kes
NIP. 19570419 198303 2 003

Anggota,

Wafi Nur Muslihatun, S.SiT., M.Kes (Epid)
NIP. 19750715 200604 2 002

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta.

Dyah Noviawati Setya Arum, S.SiT., M.Keb
NIP. 19801102 200212 2 002

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK
KEPENTINGAN AKADEMIS**

=====

Sebagai civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dika Ardiana
NIM : P 07124215089
Program Studi/ Jurusan : D IV Kebidanan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Antara Kehamilan Remaja dengan Kejadian Depresi *Postpartum* pada Ibu *Postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas Skripsi saya yang berjudul:

Hubungan Antara Kehamilan Remaja dengan Kejadian Depresi *Postpartum* pada Ibu *Postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016.

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Yogyakarta, 16 Januari 2017

Yang menyatakan,

Dika Ardiana

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Skripsi ini. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Terapan Kebidanan pada Program Studi Diploma IV Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Skripsi ini terwujud atas bimbingan, pengarahan, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Abidillah Mursyid, SKM., MS selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta.
2. Drg. Isti Indiyani, MM selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian.
3. Dyah Noviawati SA, S.SiT., M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta.
4. Suherni, S.Pd., APP., M.Kes selaku pembimbing I dengan penuh kesabaran dan segala waktu yang diluangkan dalam membimbing penyusunan Skripsi ini.
5. Wafi Nur Muslihatun, S.SiT., M.Kes (Epid) selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu dan perhatian dalam membimbing penyusunan Skripsi ini.
6. Endah Marianingsi Th., SIP., APP., M.Kes selaku penguji Skripsi yang telah banyak memberikan masukan.
7. Kedua orang tua dan seluruh keluarga yang telah memberikan bantuan dukungan moral dan material.
8. Teman-teman yang telah memberikan dukungan dan semangat.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Saya menyadari dalam

penyusunan Skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, saya sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak dalam penyempurnaan Skripsi ini.

Yogyakarta, 01 Januari 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
ABSTRAK.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Ruang Lingkup.....	8
E. Manfaat Penelitian	8
F. Keaslian Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori.....	13
B. Landasan Teori.....	29
C. Kerangka Konsep.....	31
D. Hipotesis.....	31
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	32
B. Populasi dan Sampel	33
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	35
D. Variabel Penelitian	35
E. Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	36
F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	38
G. Instrumen dan Bahan Penelitian.....	38
H. Prosedur Penelitian.....	39
I. Manajemen Data	40
J. Etika Penelitian	46

BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	A. Gambaran Lokasi Penelitian	49
	B. Hasil Penelitian	50
	C. Pembahasan.....	60
	D. Keterbatasan Penelitian.....	70
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	
	A. Kesimpulan	71
	B. Saran.....	72
	DAFTAR PUSTAKA	
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Tabel 2x2 hasil <i>cross sectional</i>	44
Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Paritas, Tingkat Pendidikan, Jenis Persalinan, Status Perkawinan, dan Kejadian Depresi <i>Postpartum</i> pada Ibu <i>Postpartum</i> di RSUD Wonosari Tahun 2016	51
Tabel 3. Tabel Silang Kehamilan Remaja dengan Kejadian Depresi <i>Postpartum</i> pada Ibu <i>Postpartum</i> di RSUD Wonosari Tahun 2016	52
Tabel 4. Tabel Silang Paritas dengan Kejadian Depresi <i>Postpartum</i> pada Ibu <i>Postpartum</i> di RSUD Wonosari Tahun 2016.....	53
Tabel 5. Tabel Silang Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Depresi <i>Postpartum</i> pada Ibu <i>Postpartum</i> di RSUD Wonosari Tahun 2016	54
Tabel 6. Tabel Silang Jenis Persalinan dengan Kejadian Depresi <i>Postpartum</i> pada Ibu <i>Postpartum</i> di RSUD Wonosari Tahun 2016	55
Tabel 7. Tabel Silang Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Depresi <i>Postpartum</i> pada Ibu <i>Postpartum</i> di RSUD Wonosari Tahun 2016	56
Tabel 8. Tabel Hasil Analisis Multivariat Kehamilan Remaja, Paritas, dan Jenis Persalinan dengan Kejadian Depresi <i>Postpartum</i> pada Ibu <i>Postpartum</i> di RSUD Wonosari Tahun 2016.....	57

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Konsep	31
Gambar 2. Desain penelitian <i>Cross Sectional</i>	33

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP)
- Lampiran 2. Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3. Kuesioner Sosiodemografi
- Lampiran 4. Kuesioner *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS)
- Lampiran 5. Hasil Pengolahan Data Penelitian
- Lampiran 6. Surat Ijin Penelitian dari Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
- Lampiran 7. Surat Kelaikan Etik
- Lampiran 8. Surat Ijin Penelitian dari Kantor Penanaman Modal Pelayanan Terpadu
- Lampiran 9. Surat Ijin Penelitian dari RSUD Wonosari
- Lampiran 10. Surat Keterangan Bukti Penelitian di RSUD Wonosari

CORRELATION BETWEEN THE ADOLESCENTS PREGNANCY AND THE OCCURRENCE OF MOTHERS WITH POSTPARTUM DEPRESSION AT RSUD WONOSARI IN 2016

Dika Ardiana¹, Suherni², Wafi Nur Muslihatun³

^{1), 2), 3)} Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
email: dikaardiana_dika@yahoo.com

ABSTRACT

Depression ranks fourth in the world as a cause of disease and by the year 2020, it is projected to reach second place. The adolescences are population groups that need attention. Levels of depression in adolescents pregnancy is about 20-40% and postpartum depression in adolescents is 19-50%. Postpartum depression can affect the interaction between mother and baby. Risk factor for postpartum depression is depressed during pregnancy, there is koping difficulty and negative emotions experience after childbirth. Almost all of the adolescents experiencing psychological pressure coming from unpreparedness of their psychosocial to assume the role and responsibilities as future parents. The purpose of this research was to determine the relationship between the adolescents pregnancy and the occurrence of postpartum depression. This research used cross sectional study design with incidental sampling technique. The sample in this research were 80 respondents. Retrieving data with sociodemographic questionnaire and the Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS). Data analysis using chi-square, Fisher's Exact Test and logistic regression. The results of statistical analysis showed that the variables associated with postpartum depression were adolescents pregnancy ($p=0.001$), and the type of delivery ($p=0.005$). The unrelated variable were parity ($p=0.38$), the level of education ($p=0.345$) and marital status ($p=0.3$). In conclusion, there was a relationship adolescents pregnancy and the occurrence of postpartum depression. Adolescents pregnancy increased the risk by 20.9 times the occurrence of postpartum depression.

Keywords: Postpartum depression, adolescents pregnancy

**HUBUNGAN ANTARA KEHAMILAN REMAJA DENGAN
KEJADIAN DEPRESI *POSTPARTUM* PADA IBU *POSTPARTUM*
DI RSUD WONOSARI TAHUN 2016**

Dika Ardiana¹, Suherni², Wafi Nur Muslihatun³

^{1), 2), 3)} Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
email: dikaardiana_dika@yahoo.com

ABSTRAK

Depresi menduduki peringkat keempat penyakit di dunia dan diperkirakan menjadi urutan kedua pada tahun 2020. Remaja merupakan kelompok penduduk yang perlu mendapatkan perhatian. Tingkat depresi pada kehamilan remaja sekitar 20% - 40 % dan depresi *postpartum* pada remaja adalah 19% - 50%. Depresi *postpartum* dapat mempengaruhi interaksi antara ibu dan bayi. Faktor risiko terjadinya depresi *postpartum* adalah depresi selama masa kehamilan, dimana terjadi kesulitan coping dan pengalaman emosi yang negatif setelah persalinan. Hampir semua remaja mengalami tekanan psikologis yang berasal dari ketidaksiapan psikososialnya untuk mengemban peran dan tanggung jawab sebagai calon orang tua. Tujuan dalam penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum*. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional study* dengan teknik *incidental sampling*. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 80 responden. Pengambilan data dengan kuesioner sosiodemografi dan *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS). Analisis data menggunakan *chi-square*, *Fisher's Exact Test*, dan regresi logistik. Hasil uji statistik menunjukkan variabel yang berhubungan dengan depresi *postpartum* adalah kehamilan remaja ($p=0,001$) dan jenis persalinan ($p=0,005$). Variabel yang tidak berhubungan adalah paritas ($p=0,38$), tingkat pendidikan ($p=0,345$) dan status perkawinan ($p=0,3$). Kesimpulan penelitian ini terdapat hubungan kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum*. Kehamilan remaja meningkatkan risiko sebesar 20,9 kali terjadinya depresi *postpartum*.

Kata kunci: Depresi *postpartum*, kehamilan remaja

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Periode kehamilan dan melahirkan merupakan suatu hal yang menyenangkan tetapi juga periode kehidupan yang penuh dengan *stress*. Kehamilan dan melahirkan memberikan banyak perubahan psikologis dan psikososial. Perempuan dalam periode kehamilan dan periode *postpartum* cenderung mengalami *stress* yang cukup besar karena keterbatasan kondisi fisik yang harus membatasi aktivitas dan mengalami proses adaptasi menjadi ibu sehingga pada periode ini berpotensi terjadi depresi *postpartum* (Smitt *et al*, 2011).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), depresi menduduki peringkat keempat penyakit di dunia dan diperkirakan akan menjadi urutan kedua pada tahun 2020 (El-Hachem *et al*, 2014). Depresi *postpartum* merupakan masalah yang lebih serius daripada *maternity blues* atau sering disebut juga *postpartum blues*. *Postpartum blues* atau sering disebut dengan kesedihan sementara merupakan tingkatan depresi paling rendah karena berlangsung sangat cepat, sedangkan tingkatan paling parah yaitu *postpartum psychosis*. Fase diantara terjadinya *postpartum blues* dan *postpartum psychosis* adalah depresi *postpartum* (*postpartum depression*). Wanita yang mengalami gejala *postpartum blues* dapat berlanjut menjadi depresi *postpartum* atau bahkan di tingkat yang lebih parah yaitu *psikosis*. Sebanyak

85 % wanita akan mengalami *postpartum blues* dan sekitar 20% ibu dengan *postpartum blues* berlanjut menjadi depresi *postpartum* di tahun pertama setelah kelahiran. Angka insiden *postpartum psychosis* adalah 1 sampai 2 per 1000 kelahiran (Sadock *et al*, 2007).

Depresi *postpartum* dapat mempengaruhi interaksi antara ibu dan bayi. Ibu dengan depresi *postpartum* lebih cenderung mengekspresikan sikap negatif tentang bayinya. Ibu dengan gejala depresi *postpartum* lebih mungkin untuk menghentikan menyusui bayinya. Ini merupakan gangguan awal ikatan ibu-bayi yang memiliki dampak besar pada perkembangan anak. Anak-anak dari ibu dengan depresi *postpartum* lebih mungkin menunjukkan masalah perilaku (kesulitan tidur dan makan, marah, mengamuk, hiperaktif), keterlambatan perkembangan kognitif, disregulasi emosional dan sosial, dan onset awal penyakit depresi. Perempuan dan tenaga kesehatan sering mengabaikan depresi *postpartum*, meskipun fakta bahwa perawatan nonfarmakologis dan farmakologis yang efektif tersedia untuk kondisi ini (Joy, 2016).

Skrining yang sesuai untuk mendeteksi depresi *postpartum* dengan cepat sangat penting. Efek negatif dari depresi *postpartum* yang berdampak besar pada ikatan ibu dan bayi. Menurut Earls (2010), *The American Academy of Pediatrics* (AAP) telah mendorong praktik pediatrik lebih mengidentifikasi depresi *postpartum* untuk memastikan hubungan orangtua-anak sehat. Kossakowska (2016), faktor risiko untuk terjadinya depresi

postpartum adalah depresi selama masa kehamilan, dimana terjadi kesulitan coping dan pengalaman emosi yang negatif setelah persalinan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa tingkat depresi pada kehamilan remaja sekitar 20% - 40 %. Penelitian juga menemukan depresi *postpartum* pada remaja adalah 19% - 50%. Depresi selama kehamilan akan berdampak pada *outcome* bayi yang dilahirkan, seperti terjadinya BBLR, prematuritas, dan IUGR. Depresi selama kehamilan juga meningkatkan risiko depresi *postpartum* (Buzi *et al*, 2015).

Prediksi risiko merupakan aspek penting karena peningkatan tingkat stres selama kehamilan tidak hanya mempengaruhi kesehatan emosi dan psikologis ibu, tetapi juga mempunyai dampak fisiologis terhadap kesejahteraan fisik janin. Hal yang mengkhawatirkan bahwa kesehatan jiwa yang buruk dapat menimbulkan dampak yang berkepanjangan terhadap mutu hidup, baik bagi ibu maupun perkembangan kognitif anaknya (Fraser and Margaret, 2011). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sword *et al* (2011) yang menganalisis faktor risiko depresi *postpartum* mendapatkan bahwa usia remaja paling berpengaruh dengan kejadian depresi *postpartum* (OR 5, 27; 95% CI 2,73-10,15).

Remaja merupakan kelompok penduduk yang perlu mendapatkan perhatian. Persoalan yang dialami remaja juga cukup kompleks. Remaja merupakan masa peralihan dari masa anak-anak menuju masa dewasa. Menurut *World Health Statistics* (2015) menunjukkan terjadi peningkatan

angka kejadian kehamilan remaja di dunia dibanding tahun 2014. Angka kehamilan remaja di dunia pada tahun 2015 adalah 50 per 1000 perempuan. Angka kehamilan remaja di Indonesia adalah 47 per 1000 perempuan. Angka kehamilan remaja di Indonesia tergolong tinggi dibandingkan negara lain. Angka kehamilan remaja di Brunei adalah 17 per 1000 perempuan, Malaysia 13 per 1000 perempuan dan Singapura 3 per 1000 perempuan (WHO, 2015).

Kehamilan di kalangan remaja akan memunculkan beberapa konsekuensi psikologis yang berat. Hampir semua remaja mengalami tekanan psikologis yang berasal dari ketidaksiapan psikososialnya untuk mengemban peran dan tanggung jawab sebagai calon orang tua (Pitoyo dan Pande, 2010). Selain itu, pasangan muda terutama pihak perempuan, akan dibebani oleh berbagai perasaan yang tidak nyaman seperti dihantui rasa malu yang terus menerus, rendah diri, bersalah atau berdosa, depresi atau tertekan, pesimis dan lain-lain. Bila tidak ditangani dengan baik, maka perasaan-perasaan tersebut dapat menjadi gangguan kejiwaan yang lebih berat (Soetjningsih, 2010).

Angka fertilitas kelompok usia 15-19 tahun (*Age Specific Fertility Rate*, ASFR 15-19) menunjukkan penurunan yang tidak signifikan selama 5 tahun terakhir, masih jauh dari target RJPMN 2014 yaitu 30 per 1000 perempuan. Laporan hasil Riskesdas (2013), yang mendata perempuan usia 10-54 tahun yang sedang hamil, masih didapatkan pada usia sangat muda (<15 tahun) meskipun dengan proporsi yang sangat kecil (0,02%), terutama di

pedesaan (0,03%). Sedangkan proporsi kehamilan pada umur remaja (15-19 tahun) adalah 1,97 persen, pedesaan (2,71%) lebih tinggi dibanding perkotaan (1,28%).

Di tahun 2015, jumlah persalinan remaja di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) masih tinggi. Menurut catatan dari Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) DIY sebanyak 1.078 remaja putri melahirkan. Dari angka 1.078 remaja putri yang melahirkan tersebut, 976 diantaranya berasal dari kehamilan yang tidak diinginkan. Kasus terbanyak persalinan remaja terjadi di Kabupaten Gunungkidul yakni sebanyak 405 kasus. Peringkat kedua Kabupaten Bantul 364 kasus. Persalinan remaja di Sleman 110 kasus, Kulonprogo 107 kasus dan Yogyakarta 92 kasus.

RSUD Wonosari merupakan Rumah Sakit Umum Daerah di kabupaten Gunungkidul. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RSUD Wonosari, pada tahun 2015 dari 1.828 persalinan diantaranya sebanyak 257 (14%) melahirkan pada usia remaja. Pada tahun 2016, pada bulan Januari sampai dengan Juli 2016 sebanyak 1.088 persalinan diantaranya 283 (26%) melahirkan pada usia remaja. Sebanyak 10 ibu postpartum yang dilakukan skrining dengan EPDS di RSUD Wonosari, 3 ibu *postpartum* dinyatakan mengalami depresi *postpartum* dimana 2 diantaranya merupakan ibu *postpartum* dengan kehamilan remaja. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Antara Kehamilan

Remaja dengan Kejadian Depresi *Postpartum* pada Ibu *Postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016”.

B. Rumusan Masalah

Masa *postpartum* merupakan masa ketika terjadi berbagai perubahan pada wanita melahirkan, baik perubahan fisiologis, psikologis, maupun sosialkultural dan spiritual. Perubahan fisik dan emosional yang kompleks memerlukan adaptasi untuk menyesuaikan diri dan pola hidup setelah persalinan yang terjadi serta peran baru menjadi ibu. Adapun berbagai potensi stress dalam rentang waktu kehamilan hingga proses melahirkan memungkinkan munculnya depresi *postpartum*.

Faktor risiko untuk terjadinya depresi *postpartum* adalah depresi selama masa kehamilan, dimana terjadi kesulitan coping dan pengalaman emosi yang negatif setelah persalinan (Kossakowska, 2016). Peningkatan tingkat stres selama kehamilan tidak hanya mempengaruhi kesehatan emosi dan psikologis ibu yang dapat menimbulkan dampak yang berkepanjangan terhadap mutu hidup, baik bagi ibu maupun perkembangan kognitif anak. Kehamilan remaja dapat berakibat timbulnya tekanan psikologis yang berasal dari ketidaksiapan psikososialnya untuk mengemban peran dan tanggung jawab sebagai calon orang tua (Pitoyo dan Pande, 2010).

Kabupaten Gunungkidul merupakan kabupaten dengan angka persalinan remaja tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta sebanyak 405

kasus di tahun 2015 dan RSUD Wonosari merupakan rumah sakit rujukan tingkat kabupaten yang ada di Gunungkidul. Berdasarkan uraian tersebut diatas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: “Adakah hubungan antara kehamilan remaja dengan depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* di RSUD Wonosari tahun 2016?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui distribusi frekuensi responden berdasarkan umur, paritas, tingkat pendidikan, jenis persalinan, status perkawinan dan kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* di RSUD Wonosari tahun 2016
- b. Diketuainya proporsi depresi *postpartum* pada kehamilan remaja di RSUD Wonosari tahun 2016.
- c. Diketuainya proporsi depresi *postpartum* pada kehamilan bukan remaja di RSUD Wonosari tahun 2016.
- d. Diketuainya rasio prevalens kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum* di RSUD Wonosari tahun 2016.

- e. Diketahui hubungan antara paritas dengan kejadian depresi *postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016.
- f. Diketahui hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian depresi *postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016.
- g. Diketahui hubungan antara jenis persalinan dengan kejadian depresi *postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016.
- h. Diketahui hubungan antara status perkawinan dengan kejadian depresi *postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016.

D. Ruang Lingkup

1. Lingkup Materi

Lingkup materi yang digunakan untuk mendukung penelitian ini adalah kehamilan remaja dan depresi *postpartum*.

2. Lingkup Responden

Responden dalam penelitian ini adalah ibu *postpartum* di RSUD Wonosari.

3. Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di RSUD Wonosari.

4. Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan pada 1 November – 30 November 2016.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah referensi dan informasi dalam ilmu pengetahuan pelayanan kebidanan khususnya tentang hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum*.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Direktur RSUD Wonosari

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan dalam pengambilan keputusan untuk menentukan kebijakan pada pelayanan ibu *postpartum* di RSUD Wonosari.

b. Bagi Bidan di RSUD Wonosari

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk melakukan deteksi dini faktor risiko kejadian depresi *postpartum* sehingga dapat memberikan pelayanan kepada ibu *postpartum* dengan lebih memperhatikan dan mengkaji aspek psikologis.

c. Bagi peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan untuk penelitian lebih lanjut.

F. Keaslian Skripsi

Berdasarkan dari pencarian penulis sudah ada penelitian yang berkaitan dengan kehamilan remaja dan kejadian depresi *postpartum* dengan rincian sebagai berikut:

1. Kusumastuti, dkk (2015). Hubungan karakteristik individu dengan depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* di RSUD Kabupaten Kebumen. Jenis penelitian observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Sampel penelitian total sampling dengan jumlah responden 91 orang. Cara pengumpulan data dengan pengisian kuesioner. Uji yang digunakan dengan *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik individu yang berhubungan dengan kejadian depresi *postpartum* adalah dukungan suami (*p-value* $0,000 < 0,05$). Karakteristik individu yang lain seperti usia, tingkat pendidikan, paritas dan jenis pekerjaan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian depresi *postpartum*. Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel independen, teknik sampling, waktu dan tempat penelitian.
2. Ibrahim, Fatmah dkk (2012). Faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi *postpartum* di RSIA Pertiwi Makassar tahun 2012. Jenis penelitian observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Populasinya adalah seluruh pasien yang melahirkan 10 hari pertama sampai satu tahun pasca melahirkan yaitu sebanyak 76 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah *accidental sampling*. Data primer

dikumpulkan dengan teknik wawancara menggunakan kuesioner sedangkan data sekunder menggunakan data rekam medis. Data dianalisis dengan uji *chi square* untuk mengetahui hubungan. Hasil penelitian ini menunjukkan sebanyak 19,7% pasien mengalami depresi. Dukungan sosial suami ($p=0,000$), dukungan keluarga ($p=0,001$), paritas ($p=0,150$), pekerjaan ($p=1,000$), pendidikan ibu ($p=0,003$), dan jenis persalinan ($p=0,000$). Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel independen, waktu dan tempat penelitian.

3. Asneli (2016). Hubungan dukungan suami dan status ekonomi dengan kejadian depresi *postpartum* pada ibu nifas di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya tahun 2016. Jenis penelitian observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu nifas yang berada di wilayah Puskesmas Lubuk Buaya dengan sampel 153 orang. Cara pengambilan sampel dengan metode *accidental sampling*, waktu penelitian di mulai 1 Oktober 2015 sampai 02 April 2016. Analisis data menggunakan uji *chi-square* dengan kepercayaan 95%. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan suami dengan kejadian *postpartum* (p value 0,012). Terdapat hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan kejadian depresi *postpartum* (p value 0,000). Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel independen, waktu dan tempat penelitian.

4. Yunita, Laurensia dan Mahpolah (2013). Hubungan umur dengan tingkat kecemasan ibu primipara pada masa nifas di wilayah kerja Puskesmas Kertak Hanyar. Jenis penelitian observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Objek penelitian adalah semua ibu primipara hari pertama *postpartum* sampai ketujuh yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kertak Hanyar dengan jumlah sampel yaitu 35 orang ibu yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan alat kuesioner. Data dianalisis dengan korelasi *Sperman Rank*. Hasil penelitian ini menunjukkan ibu nifas terbanyak ada pada umur 20-35 tahun, tingkat kecemasan terbanyak ada pada kecemasan ringan dan terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan tingkat kecemasan ibu primipara dengan nilai *p value* $0,001 < \alpha = 0,05$ dengan nilai $Rho = 0,548$ yang artinya berada dalam keeratan kuat. Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel independen, variabel dependen, teknik sampling, analisis bivariat, waktu dan tempat penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Depresi *Postpartum*

a. Pengertian Depresi *postpartum*

Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya periode ini tidak pasti, sebagian menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu. Walaupun masa nifas merupakan masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai oleh banyaknya perubahan fisiologis. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu ibu baru, walaupun komplikasi serius juga dapat terjadi (Cunningham, 2013).

Depresi adalah suatu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur, nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, *anhedonia*, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya (Sadock, 2007). Depresi *postpartum* terjadi 7 hari setelah melahirkan dan berlangsung selama 30 hari. Depresi ini dapat berlangsung sampai 1 tahun. Pada depresi *postpartum*, ibu akan merasakan berbagai gejala yang ada pada *baby blues syndrome*, tetapi dengan intensitas yang lebih sering, lebih hebat

dan lebih lama (Mansur, 2009). Banyak wanita yang tidak menyadari depresi *postpartum* karena tertutup oleh peristiwa yang menggembirakan, yakni kelahiran anak. Banyak wanita yang menyembunyikan depresi *postpartum* karena merasa bersalah apabila mengalami depresi apalagi tradisi atau adat istiadat menekankan perasaan gembira apabila melahirkan anak (Semiun, 2010).

Ada bermacam-macam gangguan suasana hati yang hebat berkenaan dengan kelahiran, dan tidak semua gangguan tersebut digolongkan sebagai depresi *postpartum*. Sesungguhnya suatu tingkat depresi, kecemasan, mudah marah, tidak selera makan, mengalami gangguan tidur, menangis, dan mengalami emosi yang tidak stabil adalah normal dan akan terjadi sesudah melahirkan. Respons-respons terjadi karena keadaan fisik yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kelahiran, perubahan-perubahan hormonal akibat kelahiran, keluarnya air susu, efek samping obat, dan lingkungan rumah sakit (Semiun, 2010).

Suatu gejala yang bersifat sementara yang dialami para wanita sesudah melahirkan disebut kesedihan bersalin (*maternity blues*) meliputi perubahan suasana hati dan menangis. Kesedihan setelah melahirkan lebih hebat daripada reaksi-reaksi normal yang telah dijelaskan, tetapi kesedihan tersebut hanya berlangsung

dalam jangka waktu 24-48 jam, maka respons yang sifatnya sementara ini tidak begitu dianggap sebagai depresi *postpartum*. Tetapi para wanita yang mengalami kesedihan setelah melahirkan ini berlanjut kemudian mengembang sebagai depresi *postpartum* (Semiun, 2010).

b. Gejala Depresi *Postpartum*

Gejala depresi *postpartum* yang dialami 60% wanita hampir sama dengan gejala depresi pada umumnya. Tetapi dibandingkan dengan gangguan depresi yang umum, depresi *postpartum* mempunyai karakteristik yang spesifik, antara lain: mimpi buruk, insomnia, phobia, kecemasan, meningkatnya sensitivitas, dan perubahan mood. Menurut Sloane dan Benedict (2009), depresi *postpartum* muncul dengan gejala sebagai berikut: kurang nafsu makan, sedih, murung, perasaan tidak berharga, mudah marah, kelelahan, insomnia, anoreksia, merasa terganggu dengan perubahan fisik, sulit konsentrasi, melukai diri, *anhedonia*, menyalahkan diri, lemah dalam kehendak, tidak mempunyai harapan untuk masa depan, dan tidak mau berhubungan dengan orang lain.

c. Faktor Risiko Depresi *Postpartum*

Menurut Kruckman (dalam Soep 2009), terjadinya depresi *postpartum* dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

- 1) Faktor biologis berupa perubahan kadar hormonal seperti estrogen, progesterone, prolaktin, dan estriol yang terlalu tinggi atau terlalu rendah dalam masa melahirkan atau mungkin perubahan hormone tersebut terlalu cepat atau terlalu lambat.
- 2) Faktor demografi yaitu umur perempuan yang bersangkutan saat kehamilan dan persalinan yang sering dikaitkan dengan kesiapan mental perempuan tersebut untuk menjadi seorang ibu. Umur yang tepat bagi seorang perempuan untuk melahirkan adalah pada usia 20-30 tahun.
- 3) Faktor pengalaman. Depresi *postpartum* lebih banyak ditemukan pada perempuan yang baru pertama kali melahirkan (primipara) bahwa peran seorang ibu dan segala yang berkaitan dengan bayinya merupakan situasi yang sama sekali baru bagi dirinya dan dapat menimbulkan stress.
- 4) Faktor pendidikan. Perempuan yang mempunyai pendidikan tinggi menghadapi tekanan sosial dan konflik peran, antara tuntutan sebagai perempuan yang memiliki dorongan untuk bekerja atau melakukan aktivitas diluar rumah, dengan peran sebagai ibu rumah tangga dan orang tua dari anak-anaknya.
- 5) Faktor selama persalinan. Hal ini mencakup lamanya persalinan serta intervensi medis yang digunakan selama proses persalinan. Diduga semakin besar trauma fisik yang

ditimbulkan pada saat persalinan, maka akan semakin besar trauma psikis yang muncul dan kemungkinan perempuan yang bersangkutan akan menghadapi depresi *postpartum*.

- 6) Faktor dukungan sosial dari suami atau keluarga yang membantu pada saat kehamilan, persalinan, dan pascasalin. Banyaknya dukungan akan menyebabkan beban yang dirasakan ibu menjadi berkurang.

d. Dampak Depresi *Postpartum*

Depresi *postpartum* mempunyai pengaruh yang penting pada interaksi ibu dan bayi selama tahun pertama, karena bayi tidak mendapatkan rangsangan yang cukup. Pada ibu dengan depresi *postpartum*, minat dan ketertarikan terhadap bayinya berkurang sehingga tidak berespon positif terhadap bayinya. Ibu tidak mampu merawat bayinya secara optimal mengakibatkan kondisi kesehatan dan kebersihan bayinya tidak optimal. Ibu juga tidak mempunyai semangat untuk menyusui bayinya sehingga pertumbuhan dan perkembangan bayi tidak seperti bayi-bayi dengan ibu yang sehat. Depresi *postpartum* mengakibatkan pengaruh negatif pada ibu, bayi dan anak diuraikan sebagai berikut (Lubis, 2009):

- 1) Pengaruh depresi *postpartum* pada ibu adalah: mengalami gangguan aktivitas sehari-hari; mengalami gangguan dalam

berhubungan dengan orang lain (keluarga dan teman); risiko menggunakan zat-zat yang berbahaya seperti rokok, alkohol, obat-obatan/ narkotika; kemungkinan terjadi peningkatan kearah *psychosis depression/* gangguan psikosis yang lebih besar; kemungkinan melakukan *suicide/ infanticide*.

2) Pengaruh depresi *postpartum* pada bayi adalah: bayi sering menangis dalam jangka waktu lama; mengalami masalah tidur dan gangguan makan; kemungkinan mengalami *infanticide*.

3) Pengaruh pada anak adalah: gangguan tingkah laku, masalah tidur, marah, agresif, hiperaktivitas; perkembangan kognitif lambat: keterlambatan dalam berjalan dan berbicara dibandingkan dengan anak-anak yang lain, mengalami berbagai kesulitan dalam belajar, permasalahan dalam sekolah; permasalahan sosial: susah untuk bersosialisasi disekolah, menarik diri atau sering bersikap *destructive*; permasalahan secara emosional: *self esteem* yang rendah, sering cemas, penakut, lebih pasif, dan ketergantungan terhadap orang lain/ tidak mandiri; pepresi: risiko munculnya depresi pada usia muda.

e. Skrining Depresi *Postpartum*

Menurut Cox (dalam Soep 2009), untuk mendeteksi adanya depresi *postpartum* atau risiko untuk mengalami depresi

postpartum, dapat digunakan alat ukur *Edinburgh Postnatal Depresi Scale* (EPDS) pada awal *postpartum*. EPDS juga telah teruji validitasnya di beberapa negara seperti Belanda, Swedia, Australia, Italia, dan Indonesia. EPDS dapat dipergunakan dalam minggu pertama pasca salin dan bila hasilnya meragukan dapat diulangi pengisiannya 2 (dua) minggu kemudian.

Menurut Regina (dalam Soep 2009), di luar negeri skrining untuk mendeteksi gangguan *mood* depresi sudah merupakan acuan pelayanan pasca salin yang rutin dilakukan. *Edinburgh Postnatal Depresi Scale* (EPDS) merupakan kuesioner dengan validitas yang teruji yang dapat mengukur intensitas perubahan perasaan depresi selama 7 (tujuh) hari paska salin. Pertanyaan-pertanyaan berhubungan dengan labilitas perasaan, kecemasan, perasaan bersalah, keinginan untuk bunuh diri serta mencakup hal-hal lain yang terdapat dalam depresi *postpartum*. Kuesioner EPDS terdiri dari 10 (sepuluh) pertanyaan, dimana setiap pertanyaan memiliki 4 (empat) pilihan jawaban yang mempunyai skor dan harus dipilih sesuai dengan gradasi perasaan yang dirasakan ibu *postpartum*. Pertanyaan harus dijawab sendiri oleh ibu dan rata-rata dapat diselesaikan dalam waktu 5 menit. Jumlah skor dari sepuluh pertanyaan yang diajukan dalam EPDS 30 skor. Semakin besar jumlah skor, gejala depresi semakin berat. Skor diatas 12 (dua

belas) memiliki sensitifitas 86% dan nilai prediktif positif 73% untuk mendiagnosis kejadian depresi *postpartum*.

f. Penatalaksanaan Depresi *Postpartum*

Menurut Albin (dalam Soep 2009), banyak perempuan yang tidak mau bercerita bahwa mereka menderita depresi *postpartum*, karena merasa malu, takut dan merasa bersalah karena merasa depresi disaat seharusnya merasa bahagia, dan takut dikatakan tidak layak menjadi ibu. Ada beberapa bantuan yang dapat dilakukan untuk mengatasi depresi *postpartum* tersebut antara lain: melakukan istirahat sebisanya, tidur selama bayi juga tidur; menghentikan membebani diri sendiri untuk melakukan semuanya sendiri; mengerjakan yang sekiranya dapat dilakukan dan berhenti saat merasa lelah; meminta bantuan untuk mengerjakan pekerjaan rumah tangga; tidak sendirian dalam jangka waktu yang lama, pergi keluar rumah untuk merubah suasana hati; mengikuti grup *support* untuk perempuan dengan depresi melalui edukasi; tidak membuat perubahan hidup yang sangat drastis selama kehamilan. Apabila perubahan drastis tidak dapat dihindari, membuat perencanaan yang matang dan bantuan atau *support* untuk persiapan kelahiran bayi.

Menurut Wheller (dalam Soep 2009), penatalaksanaan depresi *postpartum* dapat dilakukan dengan cara: mengidentifikasi

gangguan suasana hati *postpartum* dengan cara waspada terhadap tanda-tanda dan gejala gangguan suasana hati, ajarkan klien dan keluarganya tentang gangguan-gangguan ini melalui edukasi; mendukung dan memberikan terapi klien dan keluarganya dengan cara pemberian psikoedukasi, kembangkan terapeutik yang spesifik, pertahankan jadwal konsultasi yang diprogramkan, jaga komunikasi terbuka dengan tenaga kesehatan, koordinasi dengan pelayanan sosial, sertakan partisipasi dan keterlibatan keluarga dalam rencana perawatan dan buat rujukan yang tepat; mendukung upaya ikatan orang tua dan bayi dengan cara memberikan dukungan untuk perawatan lanjutan ibu kepada bayinya jika memungkinkan dan aman pada bayi, rencanakan perawatan berkesinambungan untuk ibu, bayi dan keluarga; kurangi masalah yang dapat menyebabkan gangguan perasaan dan jika merasa terbebani dengan pekerjaan rumah usahakan seseorang untuk membantu; luangkan waktu untuk melakukan sesuatu untuk diri sendiri, meminta seseorang menjaga bayinya dan meminta pertolongan untuk membantu jika mengalami kesulitan.

2. Kehamilan Remaja

a. Pengertian Kehamilan Remaja

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Wiknjosastro, 2008).

Seringkali dalam pembahasan soal remaja digunakan istilah pubertas dan adolesen. Istilah pubertas digunakan untuk menyatakan perubahan biologis yang meliputi morfologi dan fisiologi yang terjadi dengan pesat dari masa anak ke masa dewasa, terutama kapasitas reproduksi yaitu perubahan alat kelamin dari tahap anak ke dewasa. Sedangkan yang dimaksud dengan istilah adolesen, dulu merupakan sinonim dari pubertas, sekarang lebih ditekankan untuk menyatakan perubahan psikososial yang menyertai pubertas. Meskipun begitu, akselerasi pertumbuhan somatik yang merupakan bagian dari perubahan fisik pada

pubertas, disebut sebagai pacu tumbuh adolesen atau *adolescent growth spurt* (Soetjiningsih, 2010).

Berdasarkan umur kronologis dan berbagai kepentingan, terdapat berbagai definisi tentang remaja, yaitu:

- 1) Pada buku-buku pediatrik, pada umumnya mendefinisikan remaja adalah bila seorang anak telah mencapai umur 10-18 tahun untuk anak perempuan dan 12-20 tahun untuk anak laki-laki.
- 2) Menurut Undang-Undang No 4 tahun 1979 mengenai Kesejahteraan Anak, remaja adalah individu yang belum mencapai 21 tahun dan belum menikah.
- 3) Menurut Undang-Undang Perburuhan, anak dianggap remaja apabila telah mencapai umur 16-18 tahun atau sudah menikah dan mempunyai tempat untuk tinggal.
- 4) Menurut Undang-Undang Perkawinan No 1 tahun 1974, anak dianggap sudah remaja apabila cukup matang untuk menikah, yaitu umur 16 tahun untuk perempuan dan 19 tahun untuk laki-laki.
- 5) Menurut dinas kesehatan anak dianggap remaja bila anak sudah berumur 18 tahun, yang sesuai dengan saat lulus Sekolah Menengah.

6) Menurut WHO, remaja bila anak telah mencapai umur 10-19 tahun.

Tahapan ini mengikuti pola yang konsisten untuk masing-masing individu. Walaupun setiap tahap mempunyai ciri tersendiri tetapi tidak mempunyai batas yang jelas, karena proses tumbuh kembang berjalan secara berkesinambungan (Soetjiningsih, 2010).

b. Penyebab Kehamilan Remaja

Faktor- faktor yang diduga menjadi sebab terjadinya kehamilan remaja adalah sebagai berikut (Soetjiningsih, 2010):

- 1) Adanya perubahan-perubahan biologik dan psikologik yang akan memberikan dorongan tertentu, yang sering kali tidak diketahui.
- 2) Institusi pendidik langsung, yaitu orang tua dan guru sekolah kurang siap untuk memberikan informasi yang benar dan tepat waktu. Berbagai kendala diantaranya adalah ketidaktahuan dan anggapan di sebagian masyarakat bahwa pendidikan seks adalah tabu.
- 3) Perbaikan gizi yang menyebabkan umur haid pertama menjadi lebih dini. Didaerah pedesaan yang masih berpola tradisional kejadian kawin muda masih banyak. Sebaliknya didaerah kota dimana kesempatan bersekolah dan bekerja menjadi terbuka bagi perempuan, maka usia kawin cenderung bertambah.

Kesenjangan antara umur haid pertama dan umur perkawinan dalam suasana pergaulan yang lebih bebas seringkali menimbulkan akses-akses dalam masalah seksual.

- 4) Semakin majunya teknologi dan membaiknya sarana komunikasi mengakibatkan banyaknya arus informasi dari luar yang sulit diseleksi.
- 5) Kemajuan pembangunan, pertumbuhan penduduk dan transisi kearah industrialisasi memberi dampak pada meningkatnya urbanisasi, berkurangnya sumber daya alam dan perubahan tata nilai. Ketimpangan sosial dan individualisme seringkali memicu timbulnya konflik perorangan ataupun kelompok. Depresi dan frustasi akibat menyempitnya lapangan kerja menyebabkan remaja mengambil jalan pintas, terjerumus dalam kenakalan, tindak kriminal, narkotik dan penggunaan obat/ bahan berbahaya.
- 6) Salah satu peluang yang dapat berfungsi substitusi untuk menyalurkan gejolak remaja belum sepenuhnya dimanfaatkan, yaitu upaya yang terarah untuk meningkatkan kebugaran jasmani.

c. Dampak Kehamilan Remaja

Ada dua hal yang bisa dan biasa dilakukan oleh remaja, yaitu mempertahankan kehamilannya dan mengakhiri

kehamilannya (aborsi). Semua tindakan tersebut dapat membawa dampak baik fisik, psikis, sosial dan ekonomi (Soetjiningsih, 2010).

1) Bila kehamilan dipertahankan

- a) Risiko fisik. Kehamilan pada usia remaja bisa dapat menimbulkan kesulitan dalam persalinan seperti perdarahan, bahkan bisa sampai pada kematian.
- b) Risiko psikis dan psikologis. Ada kemungkinan menjadi ibu tunggal karena pasangan tidak mau menikahi atau tidak mempertanggungjawabkan perbuatannya. Apabila terjadi pernikahan, hal ini juga dapat mengakibatkan perkawinan bermasalah dan penuh konflik karena sama-sama belum dewasa dan siap memikul tanggung jawab sebagai orang tua. Selain itu, pasangan muda terutama pihak perempuan, akan dibebani oleh berbagai perasaan yang tidak nyaman seperti dihantui rasa malu yang terus menerus, rendah diri, bersalah atau berdosa, depresi atau tertekan, pesimis dan lain-lain. Bila tidak ditangani dengan baik, maka perasaan-perasaan tersebut dapat menjadi gangguan kejiwaan yang lebih berat.
- c) Risiko sosial. Salah satu risiko sosial adalah berhenti/ putus sekolah atas kemauan sendiri karena rasa malu atau cuti

melahirkan. Kemungkinan lain dikeluarkan dari sekolah. Hingga saat ini masih banyak sekolah yang tidak mentolerir siswi yang hamil. Risiko sosial lain yaitu menjadi objek pembicaraan, kehilangan masa remaja yang seharusnya dinikmati, dan terkena cap buruk karena hamil remaja. Kenyataan di Indonesia, kehamilan remaja masih menjadi beban orang tua.

d) Risiko ekonomi. Merawat kehamilan, melahirkan dan membesarkan bayi/ anak membutuhkan biaya besar.

2) Bila kehamilan diakhiri (aborsi)

Banyak remaja memilih untuk mengakhiri kehamilan (aborsi). Aborsi bisa dilakukan secara aman, apabila dilakukan oleh dokter. Sebaliknya, aborsi tidak aman apabila dilakukan oleh dukun atau cara-cara yang tidak benar atau tidak lazim. Aborsi dapat mengakibatkan dampak negatif secara fisik, psikis dan sosial terutama bila dilakukan secara tidak aman.

a) Risiko fisik. Perdarahan dan komplikasi merupakan salah satu risiko aborsi. Aborsi yang berulang selain bisa mengakibatkan komplikasi juga dapat mengakibatkan kemandulan. Aborsi yang dilakukan secara tidak aman dapat berakibat fatal yaitu kematian.

- b) Risiko psikis. Pelaku aborsi seringkali mengalami perasaan-perasaan takut, panik, tertekan atau stress, trauma mengingat proses aborsi dan kesakitan. Kecemasan karena rasa bersalah, atau dosa akibat aborsi bisa berlangsung lama. Selain itu pelaku aborsi juga sering kehilangan rasa percaya diri.
- c) Risiko sosial. Ketergantungan pada pasangan seringkali menjadi lebih besar karena perempuan merasa sudah tidak perawan, pernah mengalami kehamilan dan aborsi. Selanjutnya remaja perempuan lebih sukar menolak ajakan seksual pasangannya. Risiko lain adalah pendidikan terputus atau masa depan terganggu.
- d) Risiko ekonomi. Biaya aborsi yang cukup tinggi dan apabila terjadi komplikasi akan menambah biaya.

d. Pencegahan Kehamilan Remaja

1) Mengurangi kemiskinan

Angka kehamilan remaja yang paling tinggi terdapat di daerah-daerah yang keadaan sosial ekonominya kurang. Strategi yang menurunkan kemiskinan dan memperbaiki prospek sosioekonomi keluarga muda besar kemungkinannya akan menurunkan angka kehamilan remaja.

2) Memperbaiki penyediaan kontrasepsi

Layanan yang menawarkan kontrasepsi disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan kaum muda, disertai dengan ekspansi lokal fasilitas-fasilitas yang ditujukan untuk remaja. Harus disediakan suatu layanan terpadu yang menawarkan layanan kesehatan umum dan seksual bagi kaum muda, dan layanan tersebut diberitahukan secara luas.

3) Mengincar kelompok berisiko tinggi

Kelompok-kelompok tertentu kaum muda lebih besar kemungkinannya hamil pada usia remaja, sehingga dapat dipilih untuk menjadi sasaran. Kelompok-kelompok ini mungkin mencakup remaja yang diasuh oleh negara, remaja yang tidak memiliki rumah, remaja yang tinggal di lingkungan sosial ekonomi rendah, dan remaja yang mereka sendiri anak dari orang tua remaja.

4) Meningkatkan pendidikan

Pendidikan seks disekolah berperan penting dalam menurunkan kehamilan remaja. Program pendidikan seks lebih besar kemungkinannya berhasil apabila terdapat pendekatan terpadu antara sekolah dan layanan kesehatan. Staf layanan kesehatan dapat dilibatkan dalam penyampaian pendidikan seks, dan sekolah dapat mengatur kunjungan kelompok ke klinik sebagai

pengenalan dan untuk meningkatkan rasa percaya diri pada remaja yang mungkin ingin mendapatkan layanan tersebut.

(Glasier dan Ailsa Gebbie, 2006).

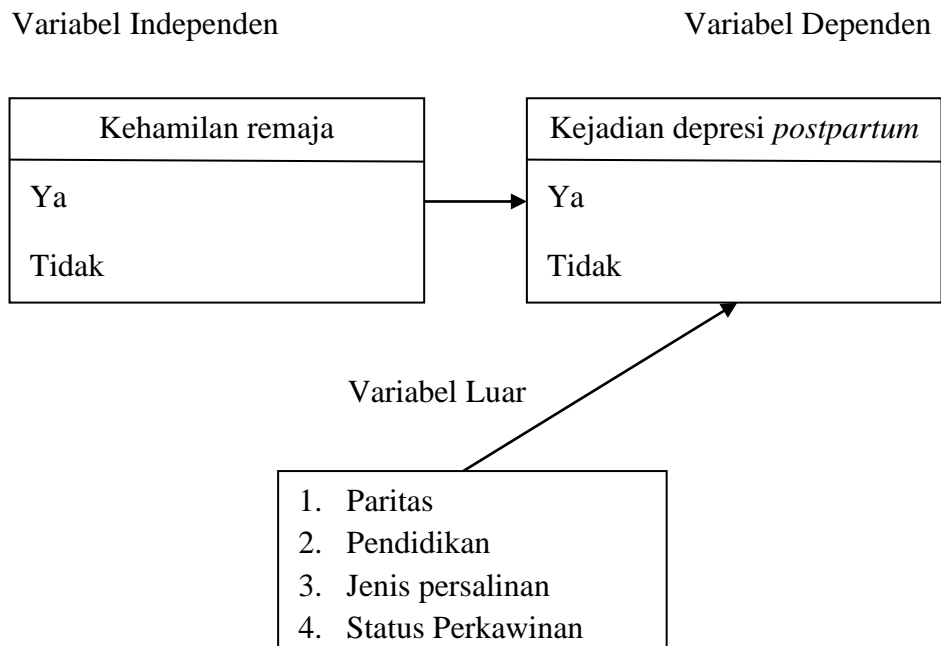
B. Landasan Teori

Depresi *postpartum* adalah suatu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur, nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, *anhedonia*, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya (Sadock, 2007). Depresi *postpartum* terjadi 7 hari setelah melahirkan dan berlangsung selama 30 hari. Terjadinya depresi *postpartum* dipengaruhi oleh faktor biologis, faktor demografi, faktor pengalaman, faktor pendidikan, faktor selama proses persalinan, dan faktor dukungan sosial. Usia ideal bagi seorang wanita untuk hamil dan melahirkan terutama kehamilan pertama adalah antara usia 20-30 tahun. Karena dalam periode ini, risiko wanita menghadapi komplikasi medis ketika hamil dan melahirkan tergolong paling rendah (Sloane dan Bennedict, 2009). Apabila seseorang memutuskan untuk hamil diluar rentang usia tersebut maka akan rentan untuk mengalami kehamilan yang berisiko tinggi, baik itu secara fisik maupun psikis.

Kehamilan pada ibu yang terlalu muda atau pada masa remaja memiliki beberapa risiko. Risiko tersebut muncul karena belum siap secara

fisik dan psikis. Risiko psikologis yang dialami oleh remaja wanita tersebut yaitu tentang kesiapan dan penyesuaian dirinya terhadap peran barunya sebagai seorang ibu. Persiapan menanti kelahiran bayinya, persiapan hidup berumah tangga merupakan hal yang harus dihadapi oleh wanita yang hamil dan melahirkan di masa remaja. Salah satu risiko psikologis yang muncul adalah ketegangan mental dan kebingungan akan peran sosial yang berubah dari seorang gadis remaja kemudian hamil dan menjadi seorang ibu. Selain itu, perempuan akan dibebani oleh berbagai perasaan yang tidak nyaman seperti dihantui rasa malu yang terus menerus, rendah diri, bersalah atau berdosa, depresi atau tertekan, pesimis dan lain-lain. Bila tidak ditangani dengan baik, maka perasaan-perasaan tersebut dapat menjadi gangguan kejiwaan yang lebih berat (Soetjiningsih, 2010)

C. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Ada hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum*.

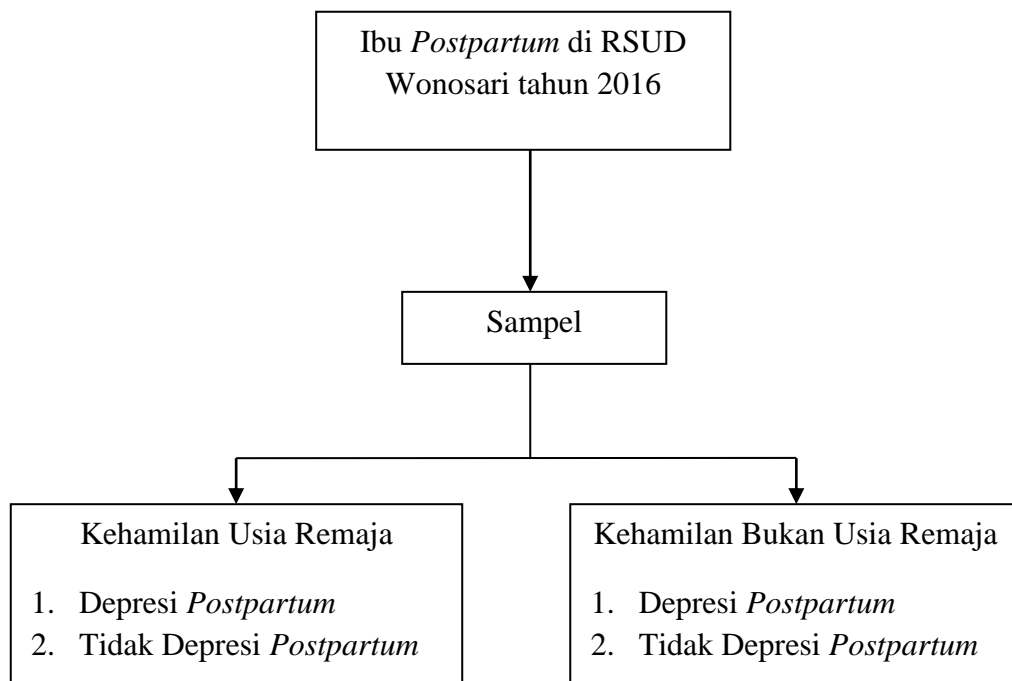
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian survei analitik, yaitu survei atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi, kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena atau antara faktor risiko dengan faktor efek. Yang dimaksud faktor efek adalah semua akibat dari adanya faktor risiko, sedangkan faktor risiko adalah suatu fenomena yang mengakibatkan terjadinya efek atau pengaruh (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini yang menjadi faktor risiko adalah kehamilan remaja dan faktor efek (akibat) yang diakibatkan oleh faktor risiko adalah kejadian depresi *postpartum*.

Penelitian ini dilakukan dengan desain *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* yaitu penelitian yang mempelajari hubungan antara variabel bebas (faktor risiko) dengan variabel tergantung (efek). Variabel risiko maupun variabel efek dinilai pada saat yang sama dan diukur hanya satu kali (Sastroasmoro, 2011).



Gambar 2. Desain Penelitian *Cross Sectional*

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/ subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu *postpartum* di RSUD Wonosari.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2011). Sampel ini digunakan untuk mereduksi objek penelitian dan didalamnya dilakukan generalisasi hasil penelitian, sehingga dapat ditarik suatu kesimpulan umum. Pengambilan sampel dapat dilakukan dengan teknik sampling dan penentuan teknik ini sangat penting peranannya dalam suatu penelitian. Teknik sampling merupakan teknik pengambilan sampel (Sugiyono, 2011). Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *accidental sampling*. Pengambilan sampel secara *accidental* ini dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia disuatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Sastroasmoro (2011), besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus besar sampel untuk data nominal sebagai berikut:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times P \times Q}{d^2}$$

Keterangan:

P = proporsi penyakit atau keadaan yang akan dicari (dari pustaka)

d = tingkat ketepatan absolute yang dikehendaki (ditetapkan)

α = tingkat kemaknaan (ditetapkan)

Berdasarkan hasil penelitian Cosme Alvarado (2015) diketahui P =0,20. Perhitungan besar sampel adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times P \times Q}{d^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,2 \times 0,8}{0,10^2}$$

$$n = 61,4 \text{ (dibulatkan menjadi 62)}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut, jumlah sampel minimal dalam penelitian ini adalah sebanyak 62 sampel. Total sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebanyak 80 sampel.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Wonosari Kabupaten Gunungkidul.

Penelitian ini akan dilaksanakan pada 1 November - 30 November 2016.

D. Variabel Penelitian

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki kelompok lain. Definisi lain mengatakan bahwa variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki/ didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu (Notoatmodjo, 2010). Sedangkan menurut Arikunto (2010), variabel adalah objek penelitian, atau apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian. Variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Variabel bebas (independen) adalah variabel yang mempengaruhi (Arikunto, 2010). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah kehamilan remaja.
2. Variabel terikat (dependen) adalah variabel yang variabel yang tergantung/ tidak bebas (Arikunto, 2010). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian depresi *postpartum*.

E. Definisi Operasional Variabel Penelitian

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel. Definisi operasional ini dijadikan pedoman peneliti untuk mengukur variabel yang diteliti.

1. Kehamilan remaja

Yang dimaksud kehamilan remaja dalam penelitian ini adalah kehamilan yang terjadi pada perempuan usia 10-19 tahun sampai waktu kehamilannya berakhir. Variabel diklasifikasikan menjadi kehamilan remaja (kehamilan <20 tahun) dan bukan kehamilan remaja (kehamilan ≥ 20 tahun). Variabel berskala nominal.

2. Paritas

Yang dimaksud paritas dalam penelitian ini adalah jumlah janin yang pernah dilahirkan, hidup maupun mati pada umur kehamilan lebih

dari 24 minggu. Variabel diklasifikasikan menjadi primipara (paritas 1) dan bukan primipara (paritas >1). Variabel berskala nominal.

3. Pendidikan

Yang dimaksud pendidikan dalam penelitian ini adalah jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh ibu sampai mendapatkan ijazah. Variabel diklasifikasikan menjadi pendidikan rendah (tidak sekolah, SD, SMP) dan pendidikan tinggi (SMA, PT). Variabel berskala nominal.

4. Jenis persalinan

Yang dimaksud jenis persalinan dalam penelitian ini adalah cara pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus ke dunia luar. Variabel diklasifikasikan menjadi persalinan tindakan dan persalinan normal. Variabel berskala nominal.

5. Status perkawinan

Yang dimaksud status perkawinan dalam penelitian ini adalah ikatan sebagai suami istri yang secara sah diakui oleh negara. Variabel diklasifikasikan menjadi belum menikah dan menikah. Variabel berskala nominal.

6. Kejadian depresi *postpartum*

Yang dimaksud kejadian depresi *postpartum* adalah perubahan emosional dan suasana hati wanita setelah melahirkan, yang ditandai dengan gangguan perasaan, kehilangan minat/ kesenangan, perasaan tidak berguna, harga diri rendah, gangguan tidur dan nafsu makan dan tidak

dapat berkonsentrasi. Alat ukur menggunakan kuesioner terjemahan *Edinburgh Postnatal Depresi Scale* (EPDS) yang dilakukan pada hari ke-7 sampai 14 setelah melahirkan. Variabel diklasifikasikan menjadi depresi *postpartum* (skor EPDS ≥ 12) dan tidak depresi *postpartum* (skor EPDS < 12). Variabel berskala nominal.

F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

Jenis data dalam penelitian ini adalah data primer. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner sosiodemografi dan kuesioner terjemahan *Edinburgh Postnatal Depresi Scale* (EPDS).

G. Instrumen dan Bahan Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmojo, 2010). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner sosiodemografi ibu *postpartum* dan kuesioner terjemahan *Edinburgh Postnatal Depresi Scale* (EPDS).

1. Kuesioner A

Kuesioner A adalah instrumen pertama yang diisi oleh responden berupa pertanyaan karakteristik sosiodemografi ibu *postpartum* yang meliputi umur, paritas, tingkat pendidikan, jenis persalinan dan status perkawinan.

2. Kuesioner B

Kuesioner B adalah terjemahan *Edinburgh Postnatal Depresi Scale* (EPDS). Kuesioner ini berisikan 10 pertanyaan yang dapat mengukur adanya depresi yang dialami oleh responden. Scoring untuk jawaban soal nomor 1,2, dan 4 diberi nilai 0-3; sebaliknya jawaban soal 3,5,6,7,8,9,dan 10 diberi nilai 3-0. Uji validitasi instrument tersebut telah dilakukan dan tersedia dalam berbagai bahasa. EPDS juga telah teruji validitasnya di beberapa negara seperti Belanda, Swedia, Australia, Italia, dan Indonesia. Uji validitas EPDS lainnya didapatkan sensitivitas 70% dan spesivitas 93% (Records *et al*, 2007). Sedangkan uji validitas yang dilakukan oleh Watanabe *et al* (2008) didapatkan nilai sensitivitas 82% dan spesivitas 95%.

H. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian dalam penelitian ini antara lain:

1. Tahap Persiapan
 - a. Pengumpulan artikel, jurnal, data dan tinjauan pustaka untuk penyusunan proposal penelitian
 - b. Seminar proposal
 - c. Mengurus surat ijin penelitian setelah mendapatkan persetujuan dari dewan penguji dan pembimbing

2. Tahap Pelaksanaan

- a. Melakukan apersepsi dengan 1 enumerator yaitu seorang bidan yang bertugas di Poli Kandungan dan Kebidanan RSUD Wonosari terkait pengambilan data.
- b. Melakukan pengambilan data dengan menggunakan kuesioner
 - 1) Penelitian ini dilakukan sebelum responden penelitian mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan di Poli Kebidanan dan Kandungan RSUD Wonosari
 - 2) Responden diberikan penjelasan sebelum persetujuan (PSP) oleh peneliti atau enumerator.
 - 3) Responden memberikan persetujuan untuk mengikuti penelitian dalam lembar *informed consent*.
 - 4) Responden diberikan kuesioner penelitian untuk diisi sesuai petunjuk yang ada.
- c. Melakukan pengolahan data
- d. Seminar hasil penelitian

3. Tahap Evaluasi

Dilakukan perbaikan hasil penelitian sesuai dengan masukan penguji skripsi.

4. Tahap Akhir

Dilakukan penyerahan naskah hasil penelitian untuk kepentingan akademis dan institusi yang mengeluarkan ijin untuk melakukan penelitian ini.

I. Manajemen Data

1. Pengolahan Data

Setelah data diperoleh kemudian dilakukan pengolahan dan pengkajian data dengan langkah sebagai berikut:

a. *Editing*

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan terhadap data yang dikumpulkan, memeriksa kelengkapan dan kebenaran data.

b. *Coding*

Pemberian kode untuk variabel yang dikategorikan.

1) Variabel kehamilan remaja

Kode 1 = kehamilan remaja

Kode 2 = bukan kehamilan remaja

2) Variabel paritas

Kode 1 = primipara (paritas 1)

Kode 2 = bukan primipara (paritas >1)

3) Variabel pendidikan

Kode 1 = pendidikan rendah (tidak sekolah, SD, SMP)

Kode 2 = pendidikan tinggi (SMA, PT)

4) Variabel jenis persalinan

Kode 1 = persalinan tindakan

Kode 2 = persalinan normal

5) Variabel status perkawinan

Kode 1 = belum menikah

Kode 2 = menikah

6) Variabel kejadian depresi *postpartum*

Kode 1 = depresi *postpartum*

Kode 2 = tidak depresi *postpartum*

c. *Transferring* (memindahkan data)

Data yang telah terkumpul kemudian dipindahkan ke dalam data editor pada komputer dan diisikan sesuai data yang didapatkan.

d. *Tabulating* (menyusun data)

Menjumlah subjek penelitian masing-masing variabel.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Untuk mengetahui karakteristik masing-masing subjek penelitian dengan menghitung distribusi frekuensi dan persentase masing-masing kelompok (Notoatmodjo, 2010).

Rumus:

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P = persentase yang dicari

f = frekuensi subjek dengan karakteristik tertentu

n = jumlah sampel

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yaitu dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmojo, 2010). Pengolahan data dilakukan dengan bantuan *software* komputer. Dalam penelitian ini untuk mencari hubungan antara variabel independen dan variabel dependen digunakan uji statistik sebagai berikut:

1) *Chi-Square*

Data yang diperoleh diuji dengan *chi-square*, apabila memenuhi syarat uji *chi-square*. Syarat uji *chi-square* adalah tidak ada nilai *expected* yang kurang dari 5. Jika syarat uji *chi-square* tidak terpenuhi, dipakai uji alternatifnya yaitu uji *Fisher's Exact Test*. Kedua variabel yang diuji dikatakan memiliki hubungan yang signifikan apabila dengan tingkat kepercayaan 95%, didapatkan nilai *p-value* kurang dari 0,05 (Sugiyono, 2011).

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_o - f_h)^2}{f_h}$$

Dimana :

X² = Chi Kuadrat

F_o = Frekuensi yang diobservasi

Fh = frekuensi yang diharapkan

2) Rasio Prevalens

Rasio prevalens adalah perbandingan antara prevalens suatu penyakit atau efek pada subyek yang mempunyai faktor risiko dengan prevalens penyakit atau efek pada subyek yang tidak mempunyai faktor risiko.

Tabel 1. Tabel 2x2 hasil *cross-sectional*

	Efek		Total
	Ya	Tidak	
Faktor	A	b	a + b
Risiko	C	d	c + d
Jumlah	a + c	b + d	a + b + c + d

Keterangan:

a = subyek dengan faktor risiko yang mengalami efek

b = subyek dengan faktor risiko yang tidak mengalami efek

c = subyek tanpa faktor risiko yang mengalami efek

d = subyek tanpa faktor risiko yang tidak mengalami efek

Rumus Rasio Prevalens:

$$A = \frac{\frac{a}{(a+b)}}{\frac{c}{(c+d)}}$$

Keterangan:

$\frac{a}{(a+b)}$ = proporsi (prevalens) subyek yang mempunyai faktor risiko

$\frac{c}{(c+d)}$ = proporsi (prevalens) subyek yang tidak mempunyai faktor risiko

Intepretasi hasil:

Bila nilai rasio prevalens =1 berarti variabel yang diduga sebagai faktor risiko tidak ada pengaruhnya dalam terjadinya efek, atau dengan kata lain bersifat netral.

Bila rasio prevalens >1 dan rentang interval kepercayaan tidak mencakup angka 1, berarti variabel tersebut merupakan faktor risiko untuk timbulnya penyakit.

Bila rasio prevalens <1 dan rentang interval kepercayaan tidak mencakup angka 1, berarti variabel yang diteliti merupakan faktor protektif, bukan faktor risiko.

Bila nilai interval kepercayaan rasio prevalens mencakup angka 1, maka berarti populasi yang diwakili oleh sampel tersebut masih mungkin nilai rasio prevalensnya =1. Ini berarti bahwa dari data yang ada belum dapat disimpulkan bahwa faktor yang dikaji benar-benar merupakan faktor risiko atau faktor protektif.

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah statistik multipel regresi logistik yaitu analisis statistik yang digunakan untuk perhitungan lebih dari 2 variabel independen (bebas) berskala data nominal dengan variabel dependen (tergantung/terikat) berskala data nominal dikotom (Sastroasmoro, 2011). Perhitungan multipel regresi logistik pada penelitian ini dengan bantuan *software* komputer.

Regresi logistik merupakan salah satu bagian analisis regresi yang digunakan untuk memprediksi probabilitas kejadian suatu peristiwa. Persamaan yang digunakan untuk memprediksi probabilitas dengan menggunakan rumus:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

Keterangan:

p = probabilitas untuk terjadinya suatu kejadian

e = bilangan natural (2,7)

y = konstanta + $a_1x_1+a_2x_2+\dots+a_ix_i$

a = nilai koefisien tiap variabel

x = nilai variabel bebas

J. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka dari segi etika harus diperhatikan (Hidayat, 2010). Penelitian ini sudah mendapatkan surat kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta. Persetujuan komisi etik No. LB .01.01/KE/ LXXIV/674/2016 dari tanggal 5 Desember 2016 dan berlaku selama 1 (satu) tahun sejak tanggal terbit. Subjek pada penelitian ini adalah manusia sehingga peneliti dalam melakukan penelitiannya harus berpegang teguh pada etika penelitian. Secara garis besar terdapat empat prinsip yang harus dipegang teguh dalam pelaksanaan sebuah penelitian yaitu (Notoatmodjo, 2010):

a. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*).

Peneliti mempertimbangkan hak-hak subjek penelitian untuk mendapatkan informasi tentang tujuan peneliti melakukan penelitian tersebut. Peneliti mempersiapkan pernyataan persetujuan menjadi responden yang meliputi:

- 1) Deskripsi penelitian
- 2) Jaminan kerahasiaan terhadap identitas dan informasi yang diberikan oleh responden
- 3) Penjelasan manfaat yang didapatkan responden

4) Penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang ditimbulkan

Berkaitan dengan hal tersebut, dalam penelitian ini responden diberikan penjelasan untuk mengikuti penelitian (PSP).

- b. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*). Setiap orang mempunyai hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu dalam memberikan informasi. Setiap orang berhak untuk tidak memberikan apa yang diketahuinya kepada orang lain. Berkaitan dengan hal tersebut, dalam penelitian ini terdapat *informed consent* yang menyatakan persetujuan menjadi responden penelitian.
- c. Keadilan dan keterbukaan (*respect for justice an inclusiveness*). Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Peneliti menjelaskan prosedur penelitian kepada semua subjek penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan status sosial, agama, etnis, dan sebagainya. Dalam penelitian ini semua ibu yang termasuk dalam populasi penelitian dilakukan wawancara menggunakan kuesioner.
- d. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefit*). Manfaat yang diharapkan bagi responden dari

penelitian ini yaitu dapat mengetahui apakah ibu mengalami masalah emosional atau tidak. Kerugiannya adalah mengganggu waktu responden.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wonosari merupakan sebuah rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Gunungkidul yang berlokasi di Wonosari. RSUD Wonosari menempati lokasi di dusun Jeruksari Kelurahan Wonosari, Kecamatan Wonosari, Kabupaten Gunungkidul yang beralamat di Jalan Taman Bhakti No.6 Wonosari. Rumah sakit ini mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas dan menampung pelayanan rujukan dari puskesmas.

Sejak awal berdirinya sampai sekarang RSUD Wonosari telah banyak mengalami peningkatan baik secara fisik bangunan, sarana dan prasarana rumah sakit hingga peningkatan jumlah sumber daya manusianya. Selain itu juga mengalami peningkatan status rumah sakit dari tipe D menjadi tipe C pada tahun 1993 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 201/MENKES/SK/II/1993. RSUD Wonosari telah terakreditasi tingkat Paripurna oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada tanggal 30 Agustus 2016.

Poliklinik Kebidanan dan Kandungan (Obstetri dan Ginekologi) adalah salah satu layanan yang ada di RSUD Wonosari. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan RSUD Wonosari memberikan layanan perihal kehamilan (*Ante Natal Care*), paska persalinan (*Post Natal Care*) dan pencegahan kehamilan

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

(kontrasepsi). Klinik kebidanan (ginekologi) memberikan layanan perihal masalah kesehatan organ reproduksi wanita. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan RSUD Wonosari memiliki dua tenaga bidan yang terlatih dan dua dokter ahli spesialis kandungan dan kebidanan dalam memberikan pelayanan yang paripurna.

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini menggunakan data primer yang diambil secara langsung di Poliklinik Kebidanan dan Kandungan RSUD Wonosari pada tanggal 1 November 2016 sampai 30 November 2016. Penelitian ini menggunakan *incidental sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 80 responden. Hasil penelitian disajikan sebagai berikut:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi subjek penelitian dengan menghitung frekuensi dan persentase masing-masing variabel penelitian. Variabel dalam penelitian ini antara lain umur, paritas, tingkat pendidikan, jenis persalinan, status perkawinan dan kejadian depresi *postpartum*. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Paritas, Tingkat Pendidikan, Jenis Persalinan, Status Perkawinan, dan Kejadian Depresi *Postpartum* pada Ibu *Postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016

Variabel	Frekuensi	Persentase
Umur		
< 20 tahun (kehamilan remaja)	17	21,2
≥ 20 tahun (kehamilan bukan remaja)	63	78,8
Paritas		
Primipara	37	46,2
Bukan Primipara	43	53,8
Tingkat Pendidikan		
Pendidikan Rendah	53	66,2
Pendidikan Tinggi	27	33,8
Jenis Persalinan		
Persalinan Tindakan	38	47,5
Persalinan Normal	42	52,5
Status Perkawinan		
Belum Menikah	2	2,5
Menikah	78	97,5
Kejadian Depresi <i>Postpartum</i>		
Depresi <i>Postpartum</i>	13	16,2
Tidak Depresi <i>Postpartum</i>	67	83,8
Total	80	100,0

Berdasarkan Tabel 2, diketahui distribusi frekuensi variabel responden. Sebanyak 17 responden (21,2%) melahirkan pada umur <20 tahun (kehamilan remaja), 37 responden (46,2%) melahirkan anak yang pertama (primipara), 53 responden (66,2%) memiliki pendidikan rendah (tidak sekolah, SD, dan SMP), persalinan dengan tindakan sebanyak 38 responden (47,5%), 2 responden (2,5%) memiliki status belum menikah dan kejadian depresi *postpartum* sebanyak 13 responden (16,2%).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Hasil penelitian ini disajikan sebagai berikut:

a. Hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum*

Penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* di RSUD Wonosari tahun 2016. Data penelitian ini tidak memenuhi syarat uji *chi-square* sehingga dilakukan uji alternatifnya yaitu *Fisher's Exact Test*. Hasil uji berdasarkan data kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* di RSUD Wonosari tahun 2016, disajikan sebagai berikut:

Tabel 3. Tabel Silang Kehamilan Remaja dengan Kejadian Depresi *Postpartum* pada Ibu *Postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016

Kehamilan	Depresi				<i>p</i>	RP (CI 95%)
	Depresi Postpartum		Tidak Depresi Postpartum			
	n	%	N	%		
Kehamilan Remaja	8	10,0	9	11,2		
Bukan Kehamilan remaja	5	6,2	58	72,5	0,001	5,9 (2,2-15,8)
Total	13	16,2	67	83,8		

Berdasarkan Tabel 3, diketahui hasil uji *Fisher's Exact Test* untuk variabel kehamilan remaja dan depresi *postpartum*. Proporsi depresi *postpartum* pada kehamilan remaja sebesar 47,1%. Proporsi depresi *postpartum* pada kehamilan bukan remaja sebesar 7,9%. Hasil uji tersebut didapatkan *p-value* 0,001 ($p < 0,05$). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan remaja dengan depresi *postpartum*. Kehamilan remaja meningkatkan risiko 5,9 kali kejadian depresi *postpartum* (RP 5,9; 95% CI 2,2-15,8).

b. Hubungan antara paritas dengan kejadian depresi *postpartum*

Data yang diperoleh diuji dengan *chi-square* karena memenuhi syarat uji *chi-square*. Hasil uji statistik untuk mengetahui hubungan antara paritas dengan kejadian depresi *postpartum* di RSUD Wonosari tahun 2016, disajikan sebagai berikut:

Tabel 4. Tabel Silang Paritas dengan Kejadian Depresi *Postpartum* pada Ibu *Postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016

Paritas	Depresi				<i>p</i>	RP (CI 95%)
	Depresi Postpartum		Tidak Depresi Postpartum			
	n	%	N	%		
Primipara	10	12,5	27	33,8	0,015	3,8 (1,1-13,0)
Bukan Primipara	3	3,8	40	50		
Total	13	16,2	67	83,8		

Berdasarkan Tabel 4, diketahui hasil uji statistik untuk mengetahui hubungan antara paritas dengan kejadian depresi *postpartum*. Hasil uji tersebut didapatkan *p-value* 0,015 ($p < 0,05$). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan depresi *postpartum*. Paritas berisiko meningkatkan 3,8 kali untuk mengalami depresi *postpartum* (RP 3,8; 95% CI 1,1-13,0).

c. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian depresi *postpartum*

Data penelitian ini tidak memenuhi syarat uji *chi-square* sehingga dilakukan uji alternatifnya yaitu *Fisher's Exact Test*. Hasil uji berdasarkan data tingkat pendidikan dengan kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* di RSUD Wonosari tahun 2016, disajikan sebagai berikut:

Tabel 5. Tabel Silang Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Depresi *Postpartum* pada Ibu *Postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016

Tingkat Pendidikan	Depresi				<i>p</i>	RP (CI 95%)
	Depresi Postpartum		Tidak Depresi Postpartum			
	n	%	n	%		
Pendidikan Rendah	7	8,8	46	57,5	0,345	0,5 (0,2-1,5)
Pendidikan Tinggi	6	7,5	21	26,2		
Total	13	16,2	67	83,8		

Berdasarkan Tabel 5, diketahui hasil uji statistik untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian depresi *postpartum*. Hasil uji tersebut didapatkan *p-value* 0,345 ($p > 0,05$). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan depresi *postpartum*.

d. Hubungan antara jenis persalinan dengan kejadian depresi *postpartum*

Data yang diperoleh diuji dengan *chi-square* karena memenuhi syarat uji *chi-square*. Hasil uji statistik untuk mengetahui hubungan antara jenis persalinan dengan kejadian depresi *postpartum* di RSUD Wonosari tahun 2016, disajikan sebagai berikut:

Tabel 6. Tabel Silang Jenis Persalinan dengan Kejadian Depresi *Postpartum* pada Ibu *Postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016

Jenis Persalinan	Depresi				<i>p</i>	RP (CI 95%)
	Depresi Postpartum		Tidak Depresi Postpartum			
	n	%	N	%		
Persalinan Tindakan	11	13,8	27	33,8	0,003	6,0 (1,4-25,6)
Persalinan Normal	2	2,5	40	50		
Total	13	16,2	67	83,8		

Berdasarkan Tabel 6, diketahui hasil uji statistik untuk mengetahui hubungan antara jenis persalinan dengan kejadian depresi *postpartum*. Hasil uji tersebut didapatkan *p-value* 0,003 ($p < 0,05$). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang

bermakna antara jenis persalinan dengan depresi *postpartum* (RP 6,0; CI 95% 1,4-25,0).

- e. Hubungan antara status perkawinan dengan kejadian depresi *postpartum*

Data penelitian ini tidak memenuhi syarat uji *chi-square* sehingga dilakukan uji alternatifnya yaitu *Fisher's Exact Test*. Hasil uji berdasarkan data status perkawinan dengan kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* di RSUD Wonosari tahun 2016, disajikan sebagai berikut:

Tabel 7. Tabel Silang Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Depresi *Postpartum* pada Ibu *Postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016

Status Perkawinan	Depresi				<i>p</i>	RP (IK 95%)
	Depresi Postpartum		Tidak Depresi Postpartum			
	n	%	n	%		
Belum Menikah	1	1,2	1	1,2	0,300	3,2 (0,7-14,2)
Menikah	12	15	66	82,5		
Total	13	16,2	67	83,8		

Berdasarkan Tabel 7, diketahui hasil uji statistik untuk mengetahui hubungan antara status perkawinan dengan kejadian depresi *postpartum*. Hasil uji tersebut didapatkan *p-value* 0,3 ($p > 0,05$). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan depresi *postpartum*.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk menganalisis lebih dari dua variabel bebas. Analisis ini dilakukan untuk menguji hubungan antara faktor-faktor risiko yang secara analisis bivariat menunjukkan hubungan bermakna. Variabel yang memiliki hubungan bermakna dalam penelitian ini adalah kehamilan remaja, paritas, dan jenis persalinan dengan kejadian depresi *postpartum*. Analisis multivariat yang digunakan adalah regresi logistik. Hasil analisis multivariat variabel kehamilan remaja, paritas, dan jenis persalinan dengan kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* di RSUD Wonosari tahun 2016 adalah sebagai berikut:

Tabel 8. Tabel Hasil Analisis Multivariat Kehamilan Remaja, Paritas, dan Jenis Persalinan dengan Kejadian Depresi *Postpartum* pada Ibu *Postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016

	Variabel	Koefisien	<i>p</i>	RP (CI 95%)
Langkah 1	Kehamilan remaja	2,725	0,004	15,2 (2,3 - 97,2)
	Paritas	0,763	0,380	2,14 (0,3 - 11,8)
	Jenis Persalinan	2,854	0,005	17,3 (2,3 - 128,1)
	Konstanta	-4,898	0,000	0,007
Langkah 2	Kehamilan remaja	3,043	0,001	20,9 (3,6 - 120,4)
	Jenis Persalinan	2,841	0,005	17,1 (2,3 - 123,7)
	Konstanta	- 4,537	0,000	0,011

Berdasarkan Tabel 8, diketahui hasil analisis multivariat variabel kehamilan remaja, paritas, dan jenis persalinan dengan kejadian depresi *postpartum*. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan kejadian depresi *postpartum* adalah kehamilan

remaja dan jenis persalinan. Hasil uji statistik variabel kehamilan remaja menunjukkan *p-value* 0,001 ($p < 0,05$) dengan rasio prevalens sebesar 20,9 (CI 95% 3,6 -120,4). Variabel jenis persalinan menunjukkan *p-value* 0,005 ($p < 0,05$) dan rasio prevalens 17,1 (CI 95% 2,3 – 123,7). Rentang interval kepercayaan pada kedua variabel tersebut tidak mencakup angka 1, yang menunjukkan bahwa variabel kehamilan remaja dan jenis persalinan merupakan faktor risiko terjadinya depresi *postpartum*. Berdasarkan analisis multivariat, variabel paritas menunjukkan *p-value* 0,380 ($p > 0,05$). Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian depresi *postpartum*.

Regresi logistik merupakan salah satu bagian analisis regresi yang digunakan untuk memprediksi probabilitas kejadian suatu peristiwa. Probabilitas terjadinya depresi *postpartum* berbeda-beda sesuai dengan kondisi subjek penelitian. Berikut ini adalah perhitungan untuk menentukan probabilitas untuk terjadinya depresi *postpartum* dalam penelitian ini:

- a. Probabilitas kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* dengan faktor risiko kehamilan remaja dan persalinan tindakan.

$$y = - 4,537 + 3,043 (\text{kehamilan remaja}) + 2,841 (\text{persalinan tindakan})$$

$$y = - 4,537 + 3,043 (1) + 2,841 (1)$$

$$y = 1,347$$

dengan demikian, probabilitasnya adalah sebagai berikut:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

$$p = \frac{1}{1 + 2,7^{-(1,347)}} = 0,79$$

Artinya peluang ibu *postpartum* dengan faktor risiko kehamilan remaja dan persalinan tindakan untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* sebesar 79%.

- b. Probabilitas kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* dengan faktor risiko kehamilan remaja dan bukan persalinan tindakan.

$$y = - 4,537 + 3,043 (\text{kehamilan remaja}) + 2,841 (\text{persalinan tindakan})$$

$$y = - 4,537 + 3,043 (1) + 2,841 (0)$$

$$y = - 1,494$$

dengan demikian, probabilitasnya adalah sebagai berikut:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

$$p = \frac{1}{1 + 2,7^{-(1,494)}} = 0,18$$

Artinya peluang ibu *postpartum* dengan faktor risiko kehamilan remaja dan bukan persalinan tindakan untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* sebesar 18%.

- c. Probabilitas kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* dengan faktor risiko persalinan tindakan dan bukan kehamilan remaja.

$$y = - 4,537 + 3,043 (\text{kehamilan remaja}) + 2,841 (\text{persalinan tindakan})$$

$$y = - 4,537 + 3,043 (0) + 2,841 (1)$$

$$y = - 1,696$$

dengan demikian, probabilitasnya adalah sebagai berikut:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

$$p = \frac{1}{1 + 2,7^{-(-1,696)}} = 0,15$$

Artinya peluang ibu *postpartum* dengan faktor risiko persalinan tindakan dan bukan kehamilan remaja untuk mengalami kejadian depresi *postpartum* sebesar 15%.

C. Pembahasan

Proses penyesuaian menjadi ibu sangat rentan terhadap gangguan emosi terutama pada masa *postpartum*. Beberapa penyesuaian dibutuhkan seorang wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai ibu pada beberapa minggu atau bulan pertama setelah melahirkan, baik dari segi fisik maupun psikis. Sebagian wanita berhasil menyesuaikan diri dengan baik, tetapi sebagian lainnya yang tidak berhasil menyesuaikan diri dan mengalami gangguan-gangguan psikologis dengan berbagai gejala dan sindrom. Depresi *postpartum* merupakan salah satu gangguan psikologis yang terjadi pada masa nifas.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum*. Depresi *postpartum* dapat terjadi karena berbagai faktor. Faktor-faktor tersebut yang dalam penelitian ini dilakukan analisis antara lain umur, paritas, tingkat pendidikan, jenis persalinan dan status perkawinan. Adapun pembahasan berkaitan faktor-

faktor yang menjadi faktor risiko terjadinya depresi *postpartum* adalah sebagai berikut:

1. Umur

Faktor usia perempuan yang bersangkutan saat kehamilan dan persalinan seringkali dikaitkan dengan kesiapan mental perempuan untuk menjadi seorang ibu. Kehamilan remaja akan memunculkan konsekuensi psikologis yang berat. Hampir semua remaja mengalami tekanan psikologis yang berasal dari ketidaksiapan psikososialnya untuk mengemban peran dan tanggung jawab sebagai calon orang tua (Pitoyo dan Pande, 2010). Selain itu, pasangan muda terutama pihak perempuan akan dibebani oleh berbagai perasaan yang tidak nyaman seperti dihantui rasa malu yang terus-menerus, rendah diri, bersalah dan berdosa, depresi dan tertekan, pesimis dan lain-lain. Bila tidak tertangani dengan baik, maka perasaan-perasaan tersebut dapat menjadi gangguan kejiwaan yang lebih berat (Soetjiningsih, 2010).

Sebanyak 17 responden (21,2%) melahirkan pada umur <20 tahun (kehamilan remaja) dan 63 responden (78,8%) melahirkan pada umur \geq 20 tahun (kehamilan bukan remaja). Hasil uji yang dilakukan dalam penelitian ini didapatkan *p-value* 0,001 ($p < 0,05$). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan remaja dengan depresi *postpartum*. Proporsi depresi *postpartum* pada kehamilan remaja sebesar 47% dan proporsi depresi *postpartum* pada

kehamilan bukan remaja sebesar 7,9%. Rasio prevalens menggambarkan peran faktor yang diteliti terhadap terjadinya suatu penyakit. Hasil uji yang dilakukan menunjukkan bahwa rasio prevalens diperoleh angka sebesar 5,9. Hasil ini menunjukkan bahwa kehamilan remaja berisiko meningkatkan 5,9 kali untuk mengalami depresi *postpartum*. *Confidence Interval* (CI) menunjukkan taksiran rentang nilai pada populasi yang dihitung dengan nilai yang diperoleh pada sampel. Hasil uji yang dilakukan menunjukkan rentang *confidence Interval* (CI) 2,2-15,8. Penelitian ini memiliki rasio prevalens > 1 dan rentang *confidence Interval* (CI) tidak mencakup angka 1. Hal tersebut menunjukkan bahwa variabel yang diteliti yaitu kehamilan remaja merupakan faktor risiko terjadinya depresi *postpartum*.

Analisis multivariat yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa kehamilan remaja berhubungan dengan kejadian depresi *postpartum* (*p-value* 0,001). Hasil uji yang dilakukan menunjukkan bahwa rasio prevalens diperoleh angka sebesar 20,9. Hasil ini menjelaskan bahwa kehamilan remaja berisiko meningkatkan 20,9 kali untuk mengalami depresi *postpartum* (RP 20,9; 95% CI 3,6 – 120,4). Probabilitas terjadinya depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* dengan faktor risiko kehamilan remaja sebesar 18% dan meningkat menjadi 79% apabila diikuti dengan faktor risiko persalinan dengan tindakan.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan Sword *et al* (2011), yang melakukan analisis multivariat faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya depresi *postpartum*. Penelitian prospektif tersebut melibatkan 2560 sampel dan menggunakan kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Hasil penelitian Sword *et al* menunjukkan bahwa usia remaja merupakan faktor yang paling berhubungan dengan kejadian depresi *postpartum* (OR5,27; 95% CI 2,73-10,15). Penelitian yang dilakukan Bottino *et al* (2012) juga menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara usia remaja dengan kejadian depresi *postpartum* (*p-value* 0,019). Abiodun (2006) juga melakukan penelitian tentang depresi *postpartum* dengan menggunakan alat skrining EPDS. Berdasarkan uji regresi logistik dalam penelitiannya didapatkan usia remaja meningkatkan 5,42 kali kejadian depresi *postpartum* (OR 5,42; 95% CI 2,61-10,32; $p < 0,05$).

Kehamilan dan persalinan pada remaja menjadi salah satu faktor pendukung terjadinya depresi *postpartum*. Remaja yang hamil lebih sulit menerima terhadap kehamilannya, sehingga berusaha untuk menutupi kehamilannya. Hal ini menyebabkan remaja tidak mendapatkan perawatan antenatal sebelum trimester ketiga. Remaja hanya dapat berfantasi tentang bayi yang lucu, sehat seperti boneka, tapi tidak dapat menerima bahwa bayi membutuhkan perawatan untuk tumbuh dan

berkembang menjadi anak yang lebih besar. Bobak (dalam Machmudah 2010).

2. Paritas

Menurut Kruckman (dalam Soep 2009), depresi *postpartum* lebih banyak ditemukan pada perempuan yang baru pertama kali melahirkan (primipara). Peran seorang ibu dan segala hal yang berkaitan dengan bayinya merupakan situasi yang sama sekali baru dan dapat menimbulkan stress.

Sebanyak 37 responden (46,2%) melahirkan anak yang pertama (primipara) dan sebanyak 43 responden (53,8%) bukan merupakan primipara. Hasil uji dalam penelitian ini didapatkan *p-value* 0,001 ($p < 0.05$). Hal ini disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan depresi *postpartum*. Hasil uji yang dilakukan diperoleh rasio prevalens sebesar 3,8. Hasil ini menunjukkan bahwa paritas berisiko meningkatkan 3,8 kali untuk mengalami depresi *postpartum*. Rentang *confidence Interval* (CI) yang diperoleh berdasarkan uji yaitu 2,2-15,8. Penelitian ini memiliki rasio prevalens >1 dan rentang interval kepercayaan tidak mencakup angka 1. Hal tersebut menunjukkan bahwa variabel yang diteliti yaitu paritas merupakan faktor risiko terjadinya depresi *postpartum*.

Hal berbeda terdapat pada hasil uji yang dilakukan pada penelitian ini. Analisis multivariat pada variabel paritas menunjukkan *p-value* 0,380

($p > 0,05$). Hal ini disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan depresi *postpartum*. Penelitian ini memiliki rasio prevalens > 1 dan rentang interval kepercayaan mencakup angka 1. Hal tersebut menunjukkan bahwa faktor yang dikaji yaitu paritas tidak dapat disimpulkan sebagai faktor risiko atau faktor protektif.

Hasil penelitian Sword *et al* (2011) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian depresi *postpartum* (*p-value* 0,0006), dimana meningkatkan risiko sebanyak 1,59 kali (95% CI 1,22-2,08). Penelitian Abiodun (2006) juga menunjukkan hasil yang bermakna antara paritas dengan kejadian depresi *postpartum*. Berdasarkan penelitiannya, primipara meningkatkan risiko sebanyak 2,73 kali (OR 2,37; 95% CI 1,44-4,24; $p < 0,05$). Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sri Wahyuni dkk (2014) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian depresi *postpartum* (*p-value* 0,646).

Wanita yang melahirkan pertama kali (primipara) akan mempunyai pengalaman yang lebih sedikit dibandingkan dengan yang pernah melahirkan (multipara). Menurut Bobak (dalam Munawaroh 2008) menerangkan bahwa ibu pasca melahirkan primipara lebih membutuhkan *support* daripada yang sudah mempunyai pengalaman melahirkan sebelumnya. Hal ini akan berpengaruh terhadap cara adaptasi ibu, dimana wanita primipara mengalami proses adaptasi yang lebih dibandingkan

para multipara. Pada uji bivariat menunjukkan ada hubungan, namun pada uji multivariat tidak terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian depresi *postpartum*. Hal ini dapat disebabkan karena kesiapan mental dalam menerima kelahiran bayinya. Walaupun baru pertama kali melahirkan, responden dapat menangani bayinya dengan rasa percaya diri. Rasa percaya diri dapat muncul karena ibu sudah mengetahui tentang kehamilan, persalinan dan cara merawat bayi. Seperti yang dikatakan Ling dan Duff (dalam Kusumastuti dkk, 2015), kesiapan mental perempuan untuk menjadi seorang ibu seringkali dikaitkan dengan saat kehamilan dan persalinan.

3. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang turut berperan terhadap kejadian depresi *postpartum*. Perempuan yang mempunyai pendidikan tinggi menghadapi tekanan sosial dan konflik peran, antara tuntutan sebagai perempuan yang memiliki dorongan untuk bekerja atau melakukan aktivitas diluar rumah dengan peran sebagai ibu rumah tangga dan orang tua dari anak-anaknya.

Responden berdasarkan tingkat pendidikan, sebanyak 53 responden (66,2%) memiliki pendidikan rendah (tidak sekolah, SD, dan SMP) dan 27 responden (33,8%) memiliki pendidikan tinggi (SMA dan PT). Hasil uji dalam penelitian ini didapatkan *p-value* 0,345 ($p > 0.05$). Hal ini disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna

antara tingkat pendidikan dengan depresi *postpartum*. Penelitian Gokar *et al* (2012) juga memberikan hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian depresi *postpartum*. Sejalan dengan penelitian Kusumastuti, dkk (2015) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian depresi *postpartum* (*p-value* 0,998). Berbeda dengan penelitian Aninditya (2011), yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian depresi *postpartum*.

Hasil analisis pada penelitian ini menghasilkan bahwa variabel pendidikan tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian depresi *postpartum*. Walaupun ibu berpendidikan rendah atau tinggi semua dapat mengalami depresi *postpartum*. Akan tetapi, untuk wanita yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi dapat menangani masalah lebih mudah daripada wanita yang memiliki pendidikan rendah. Tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan depresi *postpartum* dapat disebabkan karena wanita sekarang mudah mendapatkan informasi-informasi kesehatan dari berbagai media. Selain itu juga dapat disebabkan oleh faktor lain yang tidak diteliti oleh peneliti.

4. Jenis Persalinan

Lamanya persalinan dan intervensi medis yang digunakan selama proses persalinan berperan pada terjadinya depresi *postpartum*. Diduga semakin besar trauma fisik yang ditimbulkan pada saat persalinan, maka

akan semakin besar trauma psikis yang muncul dan kemungkinan perempuan yang bersangkutan akan menghadapi depresi *postpartum*. Karakteristik responden berdasarkan jenis persalinan, persalinan dengan tindakan sebanyak 38 responden (47,5%) dan persalinan normal sebanyak 42 responden (52,5%). Hasil uji dalam penelitian ini didapatkan *p-value* 0,003 ($p < 0.05$). Hal ini disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara jenis persalinan dengan depresi *postpartum*. Berdasarkan hasil uji multivariat, probabilitas terjadinya depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* yang memiliki faktor risiko persalinan tindakan sebesar 15% dan meningkat menjadi 79 % apabila ibu *postpartum* juga memiliki faktor risiko lain yaitu kehamilan remaja.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fatmah dkk (2012) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara jenis persalinan dengan kejadian depresi *postpartum* (*p-value* 0,000). Penelitian Husnul (2016) juga menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara jenis persalinan dengan kejadian depresi *postpartum* (*p-value* 0,029). Depresi *postpartum* lebih sering terjadi pada ibu yang melahirkan secara *caesar*. Hasil tersebut didasarkan pada *Scan Magnetic Resonance Imaging* (MRI) yang menunjukkan peningkatan aktivitas pada bagian otak yang berhubungan dengan pengaturan emosi, motivasi dan kebiasaan (Swain J, 2009). Ibu yang melahirkan secara normal jauh lebih mudah menyesuaikan diri terhadap tangis bayi

dibandingkan yang melahirkan secara *caesar*. *Sectio caesaria* dapat menimbulkan trauma fisik pada ibu karena adanya perlukaan pada dinding perut dan dinding rahim ibu. Hal ini dapat membatasi aktivitas fisik ibu dalam merawat bayinya karena luka operasi yang membutuhkan penyembuhan lebih lama.

5. Status Perkawinan

Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan, sebanyak 2 responden (2,5%) memiliki status belum menikah dan 78 responden (97,5%) memiliki status menikah. Hasil uji dalam penelitian ini didapatkan *p-value* 0,3 ($p > 0.05$). Hal ini disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan depresi *postpartum*.

Hal tersebut bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suci (2013). Penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko depresi *postpartum* tersebut menunjukkan hasil bahwa status perkawinan merupakan faktor dominan terhadap kejadian depresi *postpartum* (*p-value* 0,046; OR 4,6).

Status perkawinan merupakan suatu hal yang penting dalam berkehidupan sosial. Keluarga yang diikat oleh perkawinan memberikan status sosial pada anggotanya. Anak yang baru lahir secara otomatis mendapat status sosial sebagai anak dari orang tuanya. Kelahiran anak tanpa status perkawinan yang sah tentunya berdampak pada kehidupan

anak selanjutnya. Hal ini tentunya menimbulkan stress bagi orang tuanya (Suci, 2013).

D. Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan pembahasan tersebut diatas, diketahui bahwa kehamilan remaja dan jenis persalinan berhubungan dengan kejadian depresi *postpartum*. Hasil penelitian ini kemungkinan dipengaruhi berbagai keterbatasan yang tidak dapat dihindari seperti bias informasi. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum*. Namun dalam penelitian ini juga terdapat data variabel yang juga merupakan faktor risiko dari kejadian depresi *postpartum* sehingga dilakukan analisis. Hal tersebut dapat menjadikan bias dalam penelitian yang dapat memperbesar atau memperkecil pengaruh paparan yang sesungguhnya. Jaminan kausalitas dalam penelitian ini berdasarkan konsistensi yang dikembangkan berdasarkan kajian *literature* baik *textbook* maupun penelitian sebelumnya tentang faktor yang mempengaruhi depresi *postpartum*.

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*. Desain *cross sectional* kurang dapat menggambarkan proses perkembangan penyakit secara tepat dan nilai prediksinya lemah atau kurang tepat. Korelasi faktor risiko dengan dampaknya pada study *cross section* paling lemah dibandingkan dengan rancangan penelitian analitik yang lainnya.

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner EPDS. Dalam penelitian ini tidak mempertimbangkan waktu pengisian kuesioner sehingga responden dapat mengubah pilihan yang sudah dijawab. Hal ini tentunya dapat mempengaruhi keakuratan hasil skor EPDS.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan antara kehamilan remaja dengan kejadian depresi *postpartum* pada ibu *postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Distribusi frekuensi responden sebanyak 17 kehamilan remaja, 37 primipara, 53 pendidikan rendah, 38 persalinan tindakan, 2 status belum menikah, dan 13 responden mengalami depresi *postpartum*.
2. Proporsi depresi *postpartum* pada kehamilan remaja sebanyak 8 responden (47%).
3. Proporsi depresi *postpartum* pada kehamilan bukan remaja sebanyak 5 responden (7,9%).
4. Terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan remaja dengan depresi *postpartum*.
5. Kehamilan remaja meningkatkan risiko sebesar 20,9 kali untuk mengalami depresi *postpartum*.
6. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan depresi *postpartum*.
7. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan depresi *postpartum*.

8. Terdapat hubungan yang bermakna antara jenis persalinan dengan depresi *postpartum*.
9. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan depresi *postpartum*.

B. Saran

1. Bagi Direktur RSUD Wonosari

Diharapkan Direktur RSUD Wonosari membuat kebijakan yang berkaitan dengan standar pelayanan yang diberikan kepada ibu *postpartum* di RSUD Wonosari. Kebijakan atau prosedur tetap asuhan yang diberikan kepada ibu *postpartum* untuk dapat mendeteksi dini faktor-faktor risiko terjadinya depresi *postpartum* dan melakukan skrining dengan menggunakan *Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)*.

2. Bagi bidan di RSUD Wonosari

Diharapkan bidan yang bertugas di poliklinik kebidanan lebih memperhatikan dan mengkaji aspek psikologis ibu *postpartum*, khususnya pada ibu *pospartum* yang memiliki faktor risiko untuk mengalami depresi *postpartum*. Bidan melakukan skrining depresi *postpartum* dengan menggunakan *Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)* dan diharapkan dapat lebih meningkatkan peran sertanya dalam memberikan konseling kepada ibu *postpartum* tentang masa nifas dan perawatan bayi. Hal demikian untuk deteksi dini sehingga depresi *postpartum* dapat

diketahui lebih awal dan dapat dilakukan tindakan pencegahan agar depresi *postpartum* tidak berkembang menjadi *psikosis postpartum*.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi *postpartum* dengan menggunakan desain yang lebih baik dan jumlah sampel yang lebih besar. Dengan demikian, hal yang dapat menimbulkan bias dalam pengukuran dapat dihindari.

DAFTAR PUSTAKA

- Abiodun, O.A., 2006. Postnatal depression in primary care populations in Nigeria. *Gen. Hosp., Psychiatry* 28, 133-136. Diunduh pada tanggal 18 Desember 2016 dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16516063#>
- Alvarado, Cosme, Antonio Sifuentes, Carlos Salas. Depression in Teenager Pregnant Women in a Public Hospital in a Northern Mexican City: Prevalence and Correlates. Di unduh tanggal 8 September 2016 dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4432894/>
- Aninditya, Edwina Widiarti. 2011. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Depresi Postpartum pada Primipara di RSUD Banjarsari. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT Asdi Mahasatya
- Asneli. Hubungan Dukungan Suami dan Status Ekonomi dengan Kejadian Depresi *Postpartum* pada Ibu Nifas di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya tahun 2016. Fakultas Keperawatan Universitas Andalas
- Bottino, M.N., Nadanovsky, P., Moraes, C.L., Reichenheim, M.E., Lobato, G., 2012. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: empirical evidence from a survey in primary health services. *J. Affect. Disord.* 142, 219-224. Di unduh tanggal 18 Desember 2016 dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22840607>
- Buzi, Ruth S., Wiemann, CM., Smith, PB., Kozinetz, CA., Peskin, MF. 2015. A Socioecological Approach to Assessing Depression among Pregnant Teens. *Maternal Child Health Journal*. Di unduh tanggal 12 Agustus 2016 dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25691461>
- Cunningham ,dkk. 2013. *Obstetri Williams Volume 1 Edisi 23*. Jakarta: EGC
- Earls MF, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric

practice. Pediatrics. 2010 Nov;126(5):1032-9. Di unduh tanggal 2 Agustus 2016 dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20974776>

El-Hachem, Charline, Jihane, R., Rami, B.K., Sami, R., Assad, K., Rima, G., Norma, A., Najad, H., Eliane, Z., Nancy, Y., Salime, S., Elie, A.2014. Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women. Di unduh 30 Juli 2016 dari bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-014-0242-7

Fraser, Diane M and Margaret A. Copper. 2011. *Myles Buku Ajar Bidan Edisi 4*. Jakarta : EGC

Glasier, Anna dan Ailsa Gebbie. 2006. *Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi Edisi 4*. Jakarta: EGC

Goker, A., Yanikkerem, E., Demet, M.M., Dikayak, S., Yildirim, Y., Koyuncu, F.M., 2012. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor?ISRN Obstet.Gynecol.2012,616759. Diunduh tanggal 18 Desember 2016 dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23304542>

Hidayat, A.Aziz Alimul. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika

Husnul, Arifin Seweng, Mukhsen Sarake. 2016. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Depresi Postpartum di RSKDIA Siti Fatimah Makasar. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hassanudin

Ibrahim, Fatmah, Rahma, dan Muhammad Ikhsan. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Depresi Postpartum di RSIA Pertiwi Makassar Tahun 2012. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hassanudin

Joy, Saju. 2016. *Postpartum Depression*. Diunduh tanggal 2 Agustus 2016 dari <http://reference.medscape.com/article/271662-overview>

Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013*. Jakarta: Badan Litbang Kesehatan

Kossakowska, Karolina. Incidence and determinants of postpartum depression among healthy pregnant women and high-risk pregnant women. Sciencedirect.(2016)I-21. Di unduh pada tanggal 26 Juli 2016 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1230281316000040>

- Kusumastuti, Dyah Puji Astuti, Susi Hendriyati. Hubungan Karakteristik Individu Dengan Depresi Postpartum pada Ibu Postpartum di RSUD Kabupaten Kebumen. *Jurnal Involusi Kebidanan*, Vol. 5, No. 9, Januari 2015, 1-17
- Lubis, L.N. 2009. *Depresi Tinjauan Psikologis Edisi 1*. Jakarta: Kencana
- Machmudah. 2010. Pengaruh Persalinan dengan Komplikasi Terhadap Kemungkinan Terjadinya Postpartum Blues di Kota Semarang. Tesis Universitas Indonesia.
- Mansur, H. 2009. *Psikologi Ibu dan Anak untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Munawaroh, Hidayatul. 2008. Hubungan Paritas dengan Kemampuan Mekanisme Koping dalam Menghadapi Postpartum Blues pada Ibu Post Sectio Caesaria di Bangsal Mawar 1 RSUD Dr.Moewardi Surakarta. Skripsi Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pitoyo, Joko dan Pande Made Kertanegara. 2010. *Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Records, Rice M, Beck CT. 2007. Psychometric Assesment of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Nursing Measurement*, vol 15. No. 3, 189-201. Di unduh tanggal 01 Agustus 2016 dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18232618>
- Sadock B.J., Sadock V.A., *Psychiatry and Reproductive Medicine, Text Book Synopsis of Psychiatry, 10thed.* Wolteluwer/Lippincott Williams &Wilkins. Philadelpia. 2007:865
- Sastroasmoro, S. 2011. *Dasar-dasar Metodologi Klinik*. Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Semiun, Yustinus. 2010. *Kesehatan Mental 2*. Yogyakarta: Kanisius
- Soep. 2009. Pengaruh Intervensi Psikoedukasi Dalam Mengatasi Depresi Postpartum di RSUD Dr. Pirngadi Medan. Universitas Sumatera Utara
- Soetjningsih. 2010. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto
- Sloane dan Bennedict. 2009. *Petunjuk Lengkap Kehamilan*. Alih Bahasa Anton Adiwiyoto. Jakarta: Pustaka Mina

- Smith, M.V., Shao, L., Howell, H., Lin, H., Yonkers, K.A. 2011. Perinatal depression and birth outcomes in a Healthy Start project. *Matern. Child Health J.* 15, 401–409. Di unduh 1 Agustus 2016 dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20300813>
- Sugiyono. 2011. *Statistika Untuk Kesehatan*. Bandung: Alfa beta
- Sword, W., Landy, C.K., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., Foster, G., 2011. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG* 118, 966–977. Di unduh tanggal 12 Agustus 2016 dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21489126>
- Wahyuni, Sri, Murwati, dan Supiati. 2014. Faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi depresi postpartum. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, volume 3, No 2, November 2014, hlm 106-214. Kementerian Kesehatan Surakarta Jurusan Kebidanan
- Watanabe, et al. 2008. Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, vol 29, 206-212
- WHO. 2015. *World Health Statistics 2015*. Luxembourg: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Diunduh pada tanggal 2 Juli 2016 dari http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10_Full.pdf
- Wiknjastro. 2008. *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Yunita, Laurensia dan Mahpolah. Hubungan Umur dengan Tingkat Kecemasan Ibu Primipara pada Masa Nifas di Wilayah Kerja Puskesmas Kertak Hanyar. *Dinamika Kesehatan* Vol.12.No.12. 17 Desember 2013

LAMPIRAN

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

(PSP)

1. Saya adalah Dika Ardiana. Berasal dari Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta, Program Studi Diploma IV Kebidanan, dengan ini meminta Anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Kehamilan Remaja dengan Kejadian Depresi *Postpartum* Pada Ibu *Postpartum* di RSUD Wonosari Tahun 2016”.
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan kehamilan remaja dengan kejadian depresi pasca melahirkan pada ibu pasca melahirkan di RSUD Wonosari tahun 2016.
3. Penelitian ini dapat memberi manfaat berupa informasi terkait depresi pasca melahirkan yang disebabkan karena kehamilan remaja dan dapat dijadikan dasar untuk melakukan deteksi dini faktor risiko kejadian depresi pasca melahirkan sehingga dapat memberikan pelayanan kepada ibu pasca melahirkan dengan lebih memperhatikan dan mengkaji aspek psikologis.
4. Penelitian ini akan berlangsung ± 7 menit yang akan dilakukan sebelum ibu mendapatkan pelayanan oleh tenaga kesehatan. Kami akan memberikan kompensasi kepada Anda berupa tempat tissue. Sampel penelitian yaitu ibu pasca melahirkan yang datang ke poli kandungan untuk control yang akan diambil secara incidental.
5. Prosedur pengambilan bahan penelitian /data dengan pengkajian langsung kepada Ibu dengan menggunakan kuesioner. Ibu akan mengisi persetujuan sebagai responden / *informed consent* terlebih dahulu setelah mendapatkan

penjelasan tentang penelitian dari peneliti. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan yaitu mengganggu waktu Ibu, tetapi tidak perlu khawatir karena peneliti telah meminta izin untuk pelaksanaan penelitian sehingga pihak rumah sakit mengizinkan untuk penelitian ini. Selain hal tersebut, penelitian ini berlangsung hanya membutuhkan waktu ± 7 menit sembari ibu menunggu waktu untuk dipanggil petugas kesehatan. Penelitian ini tidak akan mempengaruhi pelayanan yang akan diberikan kepada ibu.

6. Keuntungan yang Ibu peroleh dalam keikutsertaan Ibu pada penelitian ini adalah dapat memberi informasi terkait depresi *postpartum* atau depresi pasca melahirkan. Dengan demikian, ibu dapat memahami segala aspek yang berkaitan dengan depresi pasca melahirkan dan dapat melakukan langkah antisipasi akan hal tersebut.
7. Seandainya Ibu tidak menyetujui cara ini maka Ibu dapat memilih cara lain yaitu menolak keikutsertaan sebagai responden penelitian. Partisipasi Ibu bersifat sukarela, tidak ada paksaan, dan Ibu dapat sewaktu-waktu mengundurkan diri dari penelitian ini.
8. Nama dan jati diri Anda akan tetap dirahasiakan, bila ada hal-hal yang belum jelas Anda dapat menghubungi Dika Ardiana dengan nomor telepon 08562927208.

Peneliti,

Dika Ardiana

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Dika Ardiana dengan judul “ Hubungan Antara Kehamilan Remaja dengan Kejadian Depresi Postpartum pada Ibu Postpartum di RSUD Wonosari Tahun 2016”.

Nama :

Alamat :

No. Telp :

Saya memutuskan untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun

Wonosari,.....2016

Saksi

Yang membuat pernyataan

(.....)

(.....)

Mengetahui,

Ketua Pelaksana Penelitian

(Dika Ardiana)

Kode Responden		

KUESIONER A

KARAKTERISTIK SOSIODEMOGRAFI IBU *POSTPARTUM*

Petunjuk pengisian:

Lingkari salah satu jawaban sesuai pilihan Ibu pada pertanyaan dibawah ini. Pada kolom sebelah kanan (tertulis: diisi oleh petugas), Ibu tidak perlu mengisi apapun.

No.	Karakteristik Sosiodemografi Ibu	Di isi petugas
1.	Umur Ibu saat ini adalah a. < 20 tahun b. ≥ 20 tahun	
2.	Ibu telah melahirkan: A. 1 kali B. > 1 kali	
3.	Pendidikan terakhir Ibu adalah A. Tidak sekolah B. Tamat SD C. Tamat SMP D. Tamat SMA E. Tamat Perguruan Tinggi	
4.	Jenis persalinan ibu adalah A. Persalinan normal B. Persalinan tindakan	
5.	Status Perkawinan a. Menikah b. Belum Menikah	

Kode Responden		

KUESIONER B

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Tanggal Lahir Ibu :

Tanggal Persalinan :

No. Telepon :

Sebagaimana kehamilan atau proses persalinan yang baru Anda alami, kami ingin mengetahui bagaimana perasaan Anda saat ini. Mohon memilih jawaban yang paling mendekati keadaan perasaan Anda **DALAM 7 HARI TERAKHIR**, bukan hanya perasaan Anda hari ini.

Dibawah ini adalah contoh pertanyaan yang telah disertai jawabannya.

Saya merasa bahagia:

- Ya, setiap saat
- Ya, hampir setiap saat
- Tidak, tidak terlalu sering
- Tidak pernah sama sekali

Arti jawaban diatas : **“Saya merasa tidak terlalu sering bahagia dalam satu minggu terakhir ini.”**

Mohon dilengkapi pertanyaan lain dibawah ini dengan cara yang sama.

Dalam 7 hari terakhir:

1. Saya mampu tertawa dan merasakan hal-hal yang menyenangkan
 - Sebanyak yang saya bisa
 - Tidak terlalu banyak
 - Tidak banyak
 - Tidak sama sekali
2. Saya melihat segala sesuatunya kedepan sangat menyenangkan
 - Sebanyak sebelumnya
 - Agak sedikit kurang dibandingkan dengan sebelumnya
 - Kurang dibandingkan dengan sebelumnya
 - Tidak pernah sama sekali
3. *Saya menyalahkan diri saya sendiri saat sesuatu terjadi tidak sebagaimana mestinya
 - Ya, setiap saat
 - Ya, kadang-kadang
 - Tidak terlalu sering
 - Tidak pernah sama sekali
4. Saya merasa cemas atau merasa khawatir tanpa alasan yang jelas
 - Tidak pernah sama sekali
 - Jarang-jarang
 - Ya, kadang-kadang
 - Ya, sering sekali

5. *Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang jelas

- Ya, cukup sering
- Ya, kadang-kadang
- Tidak terlalu sering
- Tidak pernah sama sekali

6. *Segala sesuatunya sulit untuk dikerjakan

- Ya, hampir setiap saat saya tidak mampu menanganinya
- Ya, kadang-kadang saya tidak mampu menangani seperti biasanya
- Tidak terlalu, sebagian besar berhasil saya tangani
- Tidak pernah, saya mampu mengerjakan segala sesuatu dengan baik

7. *Saya merasa tidak bahagia sehingga mengalami kesulitan untuk tidur

- Ya, setiap saat
- Ya, kadang-kadang
- Tidak terlalu sering
- Tidak pernah sama sekali

8. *Saya merasa sedih dan merasa diri saya menyedihkan

- Ya, setiap saat
- Ya, cukup sering
- Tidak terlalu sering
- Tidak pernah sama sekali

9. *Saya merasa tidak bahagia sehingga menyebabkan saya menangis

- Ya, setiap saat
- Ya, cukup sering
- Disaat tertentu saja
- Tidak pernah sama sekali

10. *Muncul pikiran untuk menyakiti diri saya sendiri

- Ya, cukup sering
- Kadang-kadang
- Jarang sekali
- Tidak pernah

Diperiksa tanggal : _____

Total Score : _____

HASIL PENGOLAHAN DATA

A. Analisis Bivariat

1. Kehamilan Remaja dengan Kejadian Depresi *Postpartum*

Umur * Depresi Crosstabulation

			Depresi		Total
			Depresi Postpartum	Tidak Depresi Postpartum	
Umur	Kehamilan Remaja	Count	8	9	17
		Expected Count	2.8	14.2	17.0
		% of Total	10.0%	11.2%	21.2%
	Kehamilan Tidak Remaja	Count	5	58	63
		Expected Count	10.2	52.8	63.0
		% of Total	6.2%	72.5%	78.8%
Total	Count	13	67	80	
	Expected Count	13.0	67.0	80.0	
	% of Total	16.2%	83.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.056 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	12.319	1	.000		
Likelihood Ratio	12.569	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	14.868	1	.000		
N of Valid Cases ^b	80				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,76.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kehamilan (Kehamilan Remaja / Kehamilan Tidak Remaja)	10.311	2.755	38.586
For cohort Depresi = Depresi Postpartum	5.929	2.224	15.808
For cohort Depresi = Tidak Depresi Postpartum	.575	.365	.905
N of Valid Cases	80		

2. Paritas dengan Kejadian Depresi *Postpartum*

Paritas * Depresi Crosstabulation

			Depresi		Total
			Depresi Postpartum	Tidak Depresi Postpartum	
Paritas	Primipara	Count	10	27	37
		Expected Count	6.0	31.0	37.0
		% of Total	12.5%	33.8%	46.2%
	Bukan Primipara	Count	3	40	43
		Expected Count	7.0	36.0	43.0
		% of Total	3.8%	50.0%	53.8%
Total	Count	13	67	80	
	Expected Count	13.0	67.0	80.0	
	% of Total	16.2%	83.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.875 ^a	1	.015		
Continuity Correction ^b	4.494	1	.034		
Likelihood Ratio	6.065	1	.014		
Fisher's Exact Test				.030	.016
Linear-by-Linear Association	5.801	1	.016		
N of Valid Cases ^b	80				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,01.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (Primipara / Bukan Primipara)	4.938	1.243	19.619
For cohort Depresi = Depresi Postpartum	3.874	1.152	13.031
For cohort Depresi = Tidak Depresi Postpartum	.784	.634	.970
N of Valid Cases	80		

3. Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Depresi *Postpartum*

Pendidikan * Depresi Crosstabulation

			Depresi		Total
			Depresi Postpartum	Tidak Depresi Postpartum	
Pendidikan	Pendidikan Rendah	Count	7	46	53
		Expected Count	8.6	44.4	53.0
		% of Total	8.8%	57.5%	66.2%
	Pendidikan Tinggi	Count	6	21	27
		Expected Count	4.4	22.6	27.0
		% of Total	7.5%	26.2%	33.8%
Total	Count	13	67	80	
	Expected Count	13.0	67.0	80.0	
	% of Total	16.2%	83.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.068 ^a	1	.301		
Continuity Correction ^b	.508	1	.476		
Likelihood Ratio	1.029	1	.310		
Fisher's Exact Test				.345	.235
Linear-by-Linear Association	1.055	1	.304		
N of Valid Cases ^b	80				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.39.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (Pendidikan Rendah / Pendidikan Tinggi)	.533	.159	1.780
For cohort Depresi = Depresi Postpartum	.594	.221	1.595
For cohort Depresi = Tidak Depresi Postpartum	1.116	.889	1.401
N of Valid Cases	80		

4. Jenis Persalinan dengan Kejadian Depresi *Postpartum*

Persalinan * Depresi Crosstabulation

			Depresi		Total
			Depresi Postpartum	Tidak Depresi Postpartum	
Persalinan	Persalinan Tindakan	Count	11	27	38
		Expected Count	6.2	31.8	38.0
		% of Total	13.8%	33.8%	47.5%
	Persalinan Normal	Count	2	40	42
		Expected Count	6.8	35.2	42.0
		% of Total	2.5%	50.0%	52.5%
Total	Count	13	67	80	
	Expected Count	13.0	67.0	80.0	
	% of Total	16.2%	83.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.575 ^a	1	.003		
Continuity Correction ^b	6.890	1	.009		
Likelihood Ratio	9.198	1	.002		
Fisher's Exact Test				.005	.004
Linear-by-Linear Association	8.467	1	.004		
N of Valid Cases ^b	80				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.18.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Persalinan (Persalinan Tindakan / Persalinan Normal)	8.148	1.672	39.708
For cohort Depresi = Depresi Postpartum	6.079	1.438	25.691
For cohort Depresi = Tidak Depresi Postpartum	.746	.602	.924
N of Valid Cases	80		

5. Status Perkawinan dengan Kejadian Depresi *Postpartum*

Status * Depresi Crosstabulation

			Depresi		Total
			Depresi Postpartum	Tidak Depresi Postpartum	
Status	Belum Menikah	Count	1	1	2
		Expected Count	.3	1.7	2.0
		% of Total	1.2%	1.2%	2.5%
	Menikah	Count	12	66	78
		Expected Count	12.7	65.3	78.0
		% of Total	15.0%	82.5%	97.5%
Total	Count	13	67	80	
	Expected Count	13.0	67.0	80.0	
	% of Total	16.2%	83.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.717 ^a	1	.190		
Continuity Correction ^b	.115	1	.734		
Likelihood Ratio	1.260	1	.262		
Fisher's Exact Test				.300	.300
Linear-by-Linear Association	1.695	1	.193		
N of Valid Cases ^b	80				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status (Belum Menikah / Menikah)	5.500	.322	94.065
For cohort Depresi = Depresi Postpartum	3.250	.740	14.283
For cohort Depresi = Tidak Depresi Postpartum	.591	.147	2.370
N of Valid Cases	80		

B. Analisis Multivariat

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Umur(1)	2.725	.945	8.319	1	.004	15.260	2.395	97.230
Paritas(1)	.763	.870	.769	1	.380	2.145	.390	11.810
Persalinan(1)	2.854	1.020	7.829	1	.005	17.360	2.351	128.180
Constant	-4.898	1.172	17.472	1	.000	.007		
Step 2 ^a Umur(1)	3.043	.892	11.647	1	.001	20.972	3.653	120.406
Persalinan(1)	2.841	1.009	7.928	1	.005	17.133	2.371	123.798
Constant	-4.537	1.046	18.815	1	.000	.011		

a. Variable(s) entered on step 1: Umur, Paritas, Persalinan.



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA

Jl. Tababurni No. 3, Banyuraden, Gemping, Sleman, D.I. Yogyakarta Telp./Fas. (0274) 817801
http://www.poltekkesjogja.ac.id e-mail : poltekkes.depkas.yogya@gmail.com



Nomor : PP.07.01/331 *796*/2016
Lamp. : 1 bendel
Perihal : PERMOHONAN IJIN PENELITIAN

September 2016

Kepada Yth :
Bupati Gunung Kidul
Cq. Kepala Bidang KPPTSP Kabupaten Gunung Kidul

Di -
GUNUNG KIDUL

Dengan hormat,
Sehubungan dengan tugas penyusunan SKRIPSI yang diwajibkan bagi mahasiswa Program Studi D-IV Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan Tahun Akademik 2016/2017 sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan D-IV Kebidanan, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan ijin penelitian, kepada Bapak/Ibu untuk berkenan memberikan ijin kepada :

Nama : Dika Ardiana
NIM : P07124215089
Mahasiswa : Program Studi D-IV Kebidanan

Untuk melakukan Penelitian di : RSUD Wonosari

Dengan Judul : HUBUNGAN ANTARA KEHAMILAN REMAJA
DENGAN KEJADIAN DEPRESI POSTPARTUM PADA IBU
POSTPARTUM DI RSUD WONOSARI TAHUN 2016.

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan banyak terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan

Dyah Noviani Setya Arum, M.Keb
NIP.19801102 200112 2002

Tembusan:

1. Direktur RSUD Wonosari, Gunung Kidul
2. Arsip



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA

Jl. Tatabumi No.3 Baniyuraden, Gamping, Sleman, D.I.Yogyakarta Telp/Fax. 0274-617601

Website : www.komisi-etik.poltekkesjogja.ac.id | Email : komisietik.poltekkesjogja@gmail.com



PERSETUJUAN KOMISI ETIK

No. *LB.01.01/KE/LXXIV/674/2016*

Judul	:	Hubungan antara Kehamilan Remaja dengan Kejadian Depresi Postpartum pada Ibu Postpartum di RSUD Wonosari Tahun 2016
Dokumen	:	1. Protokol 2. Formulir pengajuan dokumen 3. Penjelasan sebelum Penelitian 4. <i>Informed Consent</i>
Nama Peneliti	:	Dika Ardiana
Dokter/ Ahli medis yang bertanggungjawab	:	-
Tanggal Kelaikan Etik	:	05 Desember 2016
Instsitusi peneliti	:	Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta menyatakan bahwa protokol diatas telah memenuhi prinsip etis berdasarkan pada Deklarasi Helsinki 1975 dan oleh karena itu penelitian tersebut dapat dilaksanakan.

Surat Kelaikan Etik ini berlaku 1 (satu) tahun sejak tanggal terbit.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta memiliki hak untuk memantau kegiatan penelitian setiap saat. Peneliti wajib menyampaikan laporan akhir setelah penelitian selesai atau laporan kemajuan penelitian jika dibutuhkan.

Demikian, surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ketua,



Joko Susilo, SKM, M.Kes

NIP.196412241988031002



PEMERINTAH KABUPATEN GUNUNGKIDUL

KANTOR PENANAMAN MODAL PELAYANAN TERPADU

Alamat : Jalan Brigjen Katamso No. 1 Tip (0274) 391942 Wonosari 55812

SURAT KETERANGAN / IJIN

Nomor : 0787/PEN/IX/2016

- Membaca : Surat dari Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta, Nomor : PP.07.01/3/3/796/2016 tanggal 12 September 2016, hal : Izin Penelitian
- Mengingat : 1. Keputusan Menteri dalam Negeri Nomor 9 Tahun 1983 tentang Pedoman Pendataan Sumber dan Potensi Daerah;
2. Keputusan Menteri dalam Negeri Nomor 61 Tahun 1983 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelaksanaan Penelitian dan Pengembangan di lingkungan Departemen Dalam Negeri;
3. Surat Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 38/12/2004 tentang Pemberian Izin Penelitian di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta;
- Dijinkan kepada :
Nama : **Dika Ardiana NIM : P 07124215089**
Fakultas/Instansi : **Kebidanan/Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta**
Alamat Instansi : **Jalan Tatabumi No. 3 Banyuraden Gamping Sleman**
Alamat Rumah : **Selobayan RT 11/ RW 05 Tambakan, Jogonalan Klaten**
Keperluan : **Ijin Penelitian dengan judul: "HUUBUNGAN ANTARA KEHAMILAN REMAJA DENGAN KEJADIAN DEPRESI POSTPARTUM PADA IBU POSTPARTUM DI RSUD WONOSARI TAHUN 2016"**
- Lokasi Penelitian : **RSUD Wonosari Kab. Gunungkidul**
Dosen Pembimbing : **Suherni, S.Pd., APP., M.Kes dan Wafi Nur Muslihatun, S.SiT., M.Kes (Epid)**
Waktunya : **Mulai tanggal : 20 September 2016 s/d 20 Desember 2016**
Dengan ketentuan :

Terbilang dahulu memenuhi/melaporkan diri kepada Pejabat setempat (Camat, Lurah/Kepala Desa, Kepala Instansi) untuk mendapat petunjuk seperlunya.

1. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku setempat
 2. Wajib memberi laporan hasil penelitiannya kepada Bupati Gunungkidul (cc. BAPPEDA Kab. Gunungkidul) dalam bentuk *softcopy format pdf* yang tersimpan dalam keping compact Disk (CD) dan dalam bentuk data yang dikirim via e-mail ke alamat : ltbangbappeda.gk@gmail.com dengan tembusan ke Kantor Perpustakaan dan Arsip Daerah dengan alamat e-mail : kpodgunungkidul@gmail.com.
 3. Ijin ini tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah dan hanya diperlukan untuk keperluan ilmiah.
 4. Surat ijin ini dapat diajukan lagi untuk mendapat perpanjangan bila diperlukan.
 5. Surat ijin ini dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan tersebut diatas.
- Kemudian kepada para Pejabat Pemerintah setempat diharapkan dapat memberikan bantuan seperlunya.

Dikeluarkan di : Wonosari

Pada Tanggal 20 September 2016

BUPATI GUNUNGKIDUL
KEPALA



Tembusan disampaikan kepada Yth.

1. Bupati Kab. Gunungkidul (Sebagai Laporan) ;
2. Kepala BAPPEDA Kab. Gunungkidul ;
3. Kepala Kantor KESBANGPOL Kab. Gunungkidul ;
4. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Gunungkidul ;
5. Direktur RSUD Wonosari Kab. Gunungkidul ;
6. Arsip ;



PEMERINTAH KABUPATEN GUNUNGKIDUL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WONOSARI

Jalan Taman Bhakti Nomor 06 Wonosari Gunungkidul 55812
Telepon (0274) 391007, 391288 Fax. (0274) 393437,
Web : www.rsudwonosari.web.id, Email : rsudwonosari06@gmail.com

Wonosari, 29 September 2016.

Nomor : 800/2485/2016
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Bantuan sebagai Responden.

Kepada :
Yth. Kepala
Di
RSUD Wonosari.

Memperhatikan Surat dari Kantor Pelayanan Terpadu Nomor : 0787/PEN/IX/2016, tanggal 20 September 2016 Perihal Surat Keterangan / Ijin, maka bersama ini kami sampaikan bahwa RSUD Wonosari digunakan sebagai lokasi penelitian Mahasiswa : POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA.

Nama : DIKA ARDIANA

Judul Penelitian : "HUBUNGAN ANTARA KEHAMILAN REMAJA DENGAN KEJADIAN DEPRESI POSTPARTUM PADA POSTPARTUM DI RSUD WONOSARI TAHUN 2016".

Sehubungan hal tersebut, kami mohon bantuan Kepala Ruang sebagai Responden dalam penelitian tersebut.

Demikian atas permohonannya di ucapkan terima kasih.


DIREKTUR,
Drg. ISTUNDIYANI, MM
Pembina Tekn. Gol. IV/b
NIP. 19551230 198512 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN GUNUNGKIDUL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WONOSARI

Jalan Taman Bhakti Nomor 06 Wonosari Gunungkidul 55812
Telepon (0274) 391007, 391288 Fax. (0274) 393437,
Email : rsudwonosari06@gmail.com, Web : www.rsudwonosari.web.id.

SURAT KETERANGAN
Nomor : 800/ 3254/2016

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari Kabupaten Gunungkidul :

Nama : Drg. Isti Indiyani, MM
NIP : 19581230 198512 2 002
Pangkat/Golongan : Pembina Tk.I Gol. IV/b
Jabatan : Direktur RSUD Wonosari Kabupaten Gunungkidul

Dengan ini menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama Mahasiswa : Dika Ardiana
Nomor Mahasiswa : P 07124215089
Program study : D IV Kebidanan Poltekes Kemenkes Yogyakarta

Benar – benar telah mengadakan penelitian dengan judul "HUBUNGAN ANTARA KEHAMILAN REMAJA DENGAN KEJADIAN DEPRESI POSTPARTUM PADA POSTPARTUM DI RSUD WONOSARI TAHUN 2016" di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari Kabupaten Gunungkidul.

Demikian surat keterangan ini dibuat, bagi yang berkepentingan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wonosari, Desember 2016.


DIREKTUR,
Drg. ISTI INDIYANI, MM
Pembina Tk.I, Gol.IV/b
NIP. 19581230 198512 2 002