

PERBANDINGAN PELAKSANAAN PELAYANAN KOLABORASI MASA NIFAS TERHADAP KEJADIAN POSTPARTUM BLUES DI PUSKESMAS SEWON I & BANGUNTAPAN II KABUPATEN BANTUL TAHUN 2020

The Comparison Between The Implementation Of Collaborative Care In Postpartum Period And Postartum Blues Incidences In Sewon I & Banguntapan II Primary Health Centers Of Bantul District In 2020

Dessy Hertati ^{1*}

Detty Siti Nurdiati ²

Sulistyaningsih ³

Djaswadi Dasuki ⁴

¹Prodi Akademi Kebidanan, STIKes Eka Harap, Palangka Raya, Indonesia

²Lecturer of Faculty of Medicine and Health Sciences (FKIK), Gadjah Mada University, Yogyakarta, Indonesia

³Lecturer of Faculty of Health Sciences, Universitas 'Aisyiyah, Yogyakarta, Indonesia

⁴Lecturer of Faculty of Medicine and Health Sciences (FKIK), Gadjah Mada University, Yogyakarta, Indonesia

*email:

dessyhertati01@gmail.com

Abstrak

Postpartum blues merupakan sindrom gangguan mood ringan yang sering tidak dipedulikan oleh ibu postpartum, keluarganya atau petugas kesehatan. *Postpartum blues* dapat berkembang menjadi depresi bahkan psikosis. Kejadiannya sangat bervariasi di Asia cukup tinggi antara 26-85%, sedangkan di Indonesia kejadiannya sekitar 50-70%. *Postpartum blues* juga mempengaruhi akan interaksi antara bayi dan ibunya khususnya selama satu tahun pertama. Dibidang kesehatan mental, praktik kolaboratif dapat meningkatkan kepuasan pasien dan tim kesehatan, mengurangi durasi pengobatan, mengurangi biaya akan perawatan, mengurangi insiden bunuh diri, dan mengurangi kunjungan rawat jalan. Tujuannya mengetahui perbedaan perbandingan pelaksanaan pelayanan kolaborasi masa nifas terhadap kejadian *postpartum blues* di Puskesmas Sewon I & banguntapan II Kabupaten Bantul Tahun 2019. Metode Penelitian ini adalah secara *comparative study* dengan pendekatan *cohort prospektif* dan teknik pengambilan sampelnya menggunakan *consecutive sampling*. Analisis data menggunakan uji *Wilcoxon test*, *mann withney* dan *biner regression*. Hasil: uji *Wilcoxon test* $p=0,000$ artinya ada perbedaan penurunan skor EPDS awal dan akhir pada kedua Puskesmas dengan kejadian *postpartum blues*. Angka kejadian *postpartum blues* di Puskesmas Sewon I yaitu 52 (44,83%) sedangkan di Banguntapan II ada 45 (42,45%). Hasil uji *fisher exact test* hubungan kehamilan $p=0,642$ dan riwayat depresi $p=0,078$ artinya tidak ada hubungan. Hasil uji *biner regression* umur $p=0,000$ dan paritas $p=0,007$ ada hubungan. Simpulannya yaitu Kolaborasi interprofesi merupakan strategi yang efektif dan efisien untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan hasil kesehatan pasien dengan semakin beragamnya profesi di bidang kesehatan dan semakin kompleksnya permasalahan pasien.

Kata Kunci:

Kolaborasi
Postpartum
postpartum Blues

Keywords:

Collaboration
postpartum
postpartum Blues

Abstract

Postpartum blues is a mild mood disorder syndrome often ignored by postpartum mothers, their families or health workers. Postpartum blues can develop into depression and even psychosis. The incidence varies greatly in Asia, between 26-85%, whereas in Indonesia the incidence is around 50-70%. Postpartum blues also affect the interaction between the baby and the mother especially during the first year. In the field of mental health, collaborative practice can increase patient and health team satisfaction, reduce the duration of treatment, reduce the cost of care, reduce the incidence of suicide, and reduce outpatient visits. The aim of the study was analyze the differences between the implementation of postpartum collaboration services and postpartum blues at Sewon I & Banguntapan II Primary Health Center of Bantul Regency in 2019. Method: This study applied a comparative study with a prospective cohort approach, and the sampling technique used consecutive sampling. Data analysis employed the wilcoxon test, mann withney and binary regression. Results: Wilcoxon test $p=0,000$ means that there is a difference in the initial and final EPDS score reduction between the two Primary Health Center and the postpartum blues incidence. The numbers of postpartum blues in Sewon I Primary Health Center reached 52 (44.83%) while in Banguntapan II there were 45 (42.45%). Fisher exact test results pregnancy relationship $p=0.642$ and history of depression $p=0.078$ meaning that there was no relationship. The results binary regression test of the age obtained $p=0.000$ and parity $p=0.007$ meaning that there was a relationship. It can be concluded that Inter-professional Collaboration becomes an effective and efficient strategy to improve the quality of services and patient health outcomes due to the increasing diversity of professions in the health sector and the increasingly complex patient problems.



PENDAHULUAN

Hutagol (2010) menjelaskan *postpartum blues* merupakan sindrom gangguan mood ringan yang sering tidak dipedulikan oleh ibu *postpartum*, keluarganya atau petugas kesehatan. Seringkali *postpartum blues* berkembang menjadi depresi bahkan psikosis, yang dapat berdampak buruk pada ibu yang mengalami masalah hubungan perkawinan dengan suami dan perkembangan anaknya. Gangguan emosional yang paling sering dijumpai pada hampir setiap ibu baru melahirkan adalah *postpartum blues* (Perry et al, 2010).

Postpartum blues ini biasanya sering muncul di hari kedua sampai dua minggu, *Postpartum blues* dialami hingga 50-80 % ibu yang baru melahirkan (Anggraini, 2010). Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2010 diperkirakan bahwa *postpartum blues* ringan kejadiannya 10/1000 KH dan yang sedang atau berat berkisar 30-200 / 1000 KH (Salma, 2012). Insiden ini adalah 500-800 kasus dari 1.000 kelahiran atau sekitar 50-80% di berbagai Negara (Sumarni, 2014).

Angka kejadian *postpartum blues* di Asia cukup tinggi dan sangat bervariasi antara 26-85%, sedangkan di Indonesia antara 50-70% (Rahmi, 2013). di Indonesia seperti Jakarta menurut Pangesti (2010) didalam Wardiah (2013) yaitu 25% dari 580 ibu. Beberapa penelitian yang telah dilakukan di Jakarta, Yogyakarta, dan Surabaya kejadiannya terdapat 11-30% (Nisa, 2012). Penelitian Fatmawati (2014) pada wilayah kerja Puskesmas Kota Yogyakarta dari 80 responden di dapatkan hasil sebanyak 37 orang (46%).

Pelayanan kesehatan pada masa sebelum hamil, bersalin dan sesudah melahirkan diatur dalam PP No. 61 tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi pasal 17 ayat 1 bahwa pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan meliputi pelayanan nifas. Pelayanan nifas yang dimaksud pada ayat 91 diberikan berupa promosi kesehatan, deteksi dini, gangguan kesehatan fisik dan mental serta pencegahan dan penanganannya oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan

kewenangannya. Promosi kesehatan kepada ibu dan keluarga dalam hal ini bisa berupa dukungan sosial selama masa hamil, bersalin dan nifas.

Hasil *Audit Maternal Perinatal* (AMP) menyimpulkan bahwa penyebab kematian ibu pada tahun 2017 adalah perdarahan sebesar 17% (2 kasus) dan lainnya pre eklampsia berat (PEB), sepsis, hipertiroid, syok, paripartum, infeksi paru dan lainnya 11% (1 kasus) yaitu kematian ibu karena psikosis *postpartum* dengan *acute coronary syndrome* dan di Tahun 2016 ada 2 kasus kejadian serupa dan kasus tersebut ada di Puskesmas Sewon II yang di rujuk ke Sewon I karena merupakan Puskesmas rawat inap yang melayani persalinan.

Data pendahuluan lebih lanjut ke Puskesmas Sewon I rata-rata kunjungan perbulan ibu nifas ada 44 orang. Di wilayah Puskesmas Kabupaten Bantul ada 4 psikolog yang bertugas di 8 Puskesmas masing-masing 1 psikolog bertugas di 2 Puskesmas, berdasarkan hasil random dan karakteristik tempat serta jarak yang tidak terlalu jauh ± 15 menit dari Sewon I maka Puskesmas Banguntapan II dipilih sebagai tempat penelitian juga.

Pasien melaporkan tingkat kepuasan yang lebih tinggi, pelayanan yang lebih baik dan hasil kesehatan yang lebih baik. Praktek kolaborasi juga dapat menurunkan angka komplikasi, lama rawat di rumah sakit, konflik diantara tim kesehatan, dan tingkat kematian. Sedangkan di bidang kesehatan mental, praktek kolaboratif dapat meningkatkan kepuasan pasien dan tim kesehatan, mengurangi durasi pengobatan, mengurangi biaya perawatan, mengurangi insiden bunuh diri, dan mengurangi kunjungan rawat jalan (WHO, 2010).

Pemberi pelayanan utama perawatan (dokter umum, dokter keluarga, dokter perawatan primer atau spesialis) dan setidaknya juga ada satu ahli atau tenaga kesehatan lain (misalnya perawat, psikolog, psikiater, apoteker) atau para profesional yang terlibat dengan perawatan pasien. Berdasarkan uraian tersebut peneliti

tertarik untuk melakukan penelitian tentang bagaimanakah perbandingan pelaksanaan kolaborasi pelayanan masa nifas terhadap kejadian *post partum blues* di Puskesmas Sewon I & Banguntapan II Kabupaten Bantul Tahun 2020.

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan desain penelitian dengan *comparative study* secara *cohort prospektif* dan teknik yang digunakan untuk pengambilan sampel adalah secara teknik *consecutive sampling*. Dalam penelitian ini yang menjadi populasinya ibu nifas yang melakukan pemeriksaan/kunjungan nifas mulai bulan Februari – Mei 2019 di Puskesmas Sewon I ada 116 ibu nifas & Banguntapan II ada 106 orang. Jumlah sampel dalam penelitian ini setelah ada responden yang *drop out* yaitu 32 masing-masing Puskesmas. Variabel independent dalam penelitian ini adalah pelaksanaan pelayanan kolaborasi masa nifas sedangkan variable dependennya yaitu kejadian *postpartum blues*. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) dengan menggunakan nilai *cut off* 9 berarti mengalami *postpartum blues*. Pada penelitian ini ibu nifas akan dilakukan 2x pengukuran EPDS yaitu pengukuran pertama pada ibu nifas hari ke-3 s.d 14 hari kemudian diberikan selang waktu selama 2 minggu untuk follow up yaitu pada *postpartum* mulai hari ke-28 s.d 42 hari. Analisis data dalam penelitian ini untuk melihat analisis bivariate maupun multivariatnya adalah dengan menggunakan *fisher exact test*, *mann withney* dan *biner regression*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

I. Analisis Univariat

Tabel 1.1 Karakteristik Responden Penelitian

Kolaborasi pelayanan				P
Bidan, dokter dan psikolog (n= 32)		Bidan dan dokter (n= 32)		
n	%	n	%	

Umur	Tidak Risiko (20 & 35)	25	78.1%	25	78.1%	1,000
	Risiko (<20 & >35)	7	21.9%	7	21.9%	
Paritas	Primipara	13	40.6%	15	46.9%	0,343
	Multipara	17	53.1%	17	53.1%	
	Grande multipara	2	6.3%	0	0.0%	
Pekerjaan	PNS	3	9.4%	4	12.5%	0,860
	Swasta	8	25.0%	9	28.1%	
	IRT	21	65.6%	19	59.4%	
Pendidikan	SD	3	9.4%	6	18.8%	0,339
	SMP	6	18.8%	2	6.3%	
	SMA	18	56.3%	17	53.1%	
	PT	5	15.6%	7	21.9%	
Kat_EPDS awal	Tidak <i>postpartum blues</i>	0	0.0%	0	0.0%	1,000
	<i>Postpartum blues</i>	32	100.0%	32	100.0%	

Chi-Square Test

Puskesmas Banguntapan II adalah Puskesmas di Kabupaten Bantul yang menerapkan 3 kolaborasi tenaga kesehatan yaitu bidan, dokter, dan psikolog untuk mengatasi masalah psikologi pada ibu nifas sedangkan Puskesmas Sewon I adalah puskesmas yang menerapkan kolaborasi antara 2 tenaga kesehatan yaitu bidan dan dokter untuk mengatasi masalah psikologi pada ibu nifas.

Tabel 1.1 merupakan karakteristik responden yang disajikan dalam bentuk jumlah dan persentase. Dilihat dari karakteristik umur, sebagian besar responden pada kedua Puskesmas berada pada rentang umur tidak risiko 20-35 tahun yaitu sebanyak 25 orang (78.1%). Pada karakteristik paritas menunjukkan mayoritas responden memiliki jumlah kelahiran lebih dari satu (multipara) yakni sebanyak 17 orang (53,1%). Karakteristik pekerjaan sebagian besar pada kedua responden adalah ibu rumah tangga (IRT) yaitu di Puskesmas Banguntapan ada 21 orang (65.6%) sedangkan di Sewon I ada 19 orang (59.4%). Karakteristik pendidikan sebagian besar pada kedua kelompok terbanyak pendidikan SMA yaitu di Puskesmas Banguntapan ada 18 orang (56.6%) sedangkan di Sewon I ada 17 orang (53.1%).

2. Kejadian Postpartum Blues

Kejadian *postpartum blues* di Banguntapan II dan Puskesmas Sewon I dapat dilihat pada tabel 1.2.

Tabel 1.2 Kejadian *Postpartum Blues*

	Postpartum Blues				Total
	(+)		(-)		
	N	%	n	%	
Banguntapan II (Bidan, Dokter, Psikolog)	45	42.45	61	57.56	106
Sewon I (Bidan, Dokter)	52	44.83	64	55.17	116
Total	97		125		222

Tabel 1.2 menunjukkan pada Puskesmas Banguntapan II jumlah keseluruhan ibu nifas ada 106 orang dan setelah dilakukan pengukuran dengan kuesioner EPDS didapatkan hasil ibu nifas yang mengalami *postpartum blues* yaitu 45 (42,45%). Pada Puskesmas Sewon I jumlah keseluruhan ibu nifas yang melakukan kunjungan ulang dan dilakukan pengukuran dengan menggunakan kuesioner EPDS dari 116 ibu nifas yang mengalami *postpartum blues* yaitu 52 (44,83%).

3. Analisis Bivariat

Tabel 1.3 Hubungan pelayanan kolaborasi, kehamilan tidak diinginkan dan riwayat depresi dengan kejadian *postpartum blues*.

		Postpartum Blues				p	RR	CI 95%
		Tidak		Ya				
		n	%	n	%			
Kolaborasi pelayanan	Bidan, dokter dan psikolog	30	93.8%	2	6.3%	1,000	1,03	0,89 - 1,19
	Bidan dan dokter	29	90.6%	3	9.4%	0,642	1,06	0,91 - 1,24
Kehamilan Diinginkan	Ya	35	94.6%	2	5.4%			
	Tidak	24	88.9%	3	11.1%	0,078	2,77	0,56 - 13,74
Riwayat Depresi	Tidak	59	93.7%	4	6.3%			
	Ya	0	0.0%	1	100.0%	0,065	1,22	0,92 - 1,62
Umur	Tidak Risiko	48	96.0%	2	4.0%			
	Risiko	11	78.6%	3	21.4%	0,049	1,16	1,02 - 1,32
Kat_paritas	Primi para	28	100.0%	0	0.0%			
	Multi para	31	86.1%	5	13.9%			

Fisher exact test

Tabel 1.3 menunjukkan responden yang memeriksakan diri dipelayanan kolaborasi bidan, dokter, dan psikolog yang tidak mengalami *postpartum blues* adalah 30 orang (93,8%) dan yang mengalami *postpartum blues* ada 2 orang (6,3%). Responden yang memeriksakan diri di pelayanan kolaborasi bidan dan dokter yang tidak mengalami *postpartum blues* adalah 29 orang (90,6%), sedangkan yang mengalami *postpartum blues* ada 3 orang (9,4%).

Hasil uji Fisher exact test menunjukkan nilai $p=1,000$, yang berarti nilai $p>\alpha$ (0,05) artinya tidak ada hubungan kolaborasi pelayanan oleh bidan, dokter dan psikolog maupun bidan dan dokter terhadap kejadian *postpartum blues*. Namun demikian pada hasil analisis tersebut antara pelayanan kolaborasi dan konseling yang dilakukan bidan, dokter, psikolog maupun pelayanan yang hanya antara bidan dan dokter saja, sama-sama memberikan efek penurunan skor EPDS yang signifikan meskipun hanya selisih 1 orang diantara 2 Puskesmas.

Pada responden yang menginginkan kehamilannya yang tidak mengalami *postpartum blues* adalah 35 orang (96,6%), sedangkan responden yang menginginkan kehamilan namun mengalami *postpartum blues* adalah 2 orang (5,4%). Responden yang tidak menginginkan kehamilannya dan tidak mengalami *postpartum blues* adalah 24 orang (88,9%), sedangkan responden yang tidak menginginkan kehamilannya dan mengalami *postpartum blues* adalah 3 orang (11,1). Hasil uji Fisher exact test menunjukkan nilai $p=0,642$, yang berarti nilai $p>\alpha$ (0,05) artinya tidak ada hubungan kehamilan tidak diinginkan dengan kejadian *postpartum blues*.

Pada responden yang tidak memiliki riwayat depresi dan tidak mengalami *postpartum blues* adalah 59 orang (93,7%), sedangkan responden yang tidak memiliki riwayat depresi namun mengalami *postpartum blues* adalah 4 orang (6,3%). Tidak ada responden yang memiliki riwayat depresi dan tidak *postpartum blues*, sedangkan responden yang memiliki riwayat depresi dan mengalami *postpartum blues* adalah 1 orang

(100%). Hasil uji Fisher exact test menunjukkan nilai $p=0,078$, yang berarti nilai $p>\alpha$ (0,05) artinya tidak ada hubungan riwayat depresi dengan kejadian *postpartum blues*.

Pada responden yang umur tidak risiko tidak mengalami *postpartum blues* adalah 48 orang (96,0%), sedangkan responden yang tidak risiko namun mengalami *postpartum blues* adalah 2 orang (4,0%). Responden yang pada umur risiko dan tidak mengalami *postpartum blues* adalah 11 orang (78,6%), sedangkan responden yang umur risiko namun mengalami *postpartum blues* adalah 3 orang (21.4%). Hasil uji Fisher exact test menunjukkan nilai $p=0,065$, yang berarti nilai $p>\alpha$ (0,05) artinya tidak ada hubungan umur dengan kejadian *postpartum blues*.

Pada responden dengan paritas primipara tidak mengalami *postpartum blues* adalah 28 orang (100,0%), sedangkan responden yang paritas primipara namun mengalami *postpartum blues* adalah 0 orang (0,0%). Responden yang pada paritas multipara dan tidak mengalami *postpartum blues* adalah 31 orang (86,1%), sedangkan responden yang paritas multipara namun mengalami *postpartum blues* adalah 5 orang (13.9%). Hasil uji Fisher exact test menunjukkan nilai $p=0,049$, yang berarti nilai $p<\alpha$ (0,05) artinya ada hubungan paritas dengan kejadian *postpartum blues*.

Tabel 1.4 Perbedaan Skor EPDS Awal dan Akhir Pada Tiap Kelompok

Kolaborasi pelayanan	Median	Minimum	Maximum	P	
Bidan, dokter dan psikolog	Skor EPDS awal	9.5	9.0	18.0	0,000
	Skor EPDS akhir	7.0	4.0	15.0	
Bidan dan dokter	Skor EPDS awal	10.0	9.0	16.0	0,000

Skor			
EPDS	7.0	4.0	13.0
akhir			

Wilcoxon test

Berdasarkan tabel 1.4 pada kolaborasi pelayanan bidan, dokter dan psikolog berada pada median skor EPDS awal 9.5 dan skor EPDS akhir 7.0 sedangkan pada pelayanan bidan dan dokter median skor EPDS awal 10.0 dan skor EPDS akhir 7.0. Hasil nilai $p= 0,000$ yang berarti nilai $p<\alpha$ (0,05) artinya ada perbedaan yang signifikan penurunan antara skor EPDS awal dan EPDS akhir pada kedua pelayanan kolaborasi.

Tabel 1.5 Perbedaan Penurunan Skor EPDS Antara Dengan dan Tanpa Psikolog

Pelayanan Kolaborasi	Median	Minimum	Maximum	P	
Bidan, dokter dan psikolog	Delt_ EPDS	-4.00	-10.00	4.00	0,913
	Delt_ EPDS	-4.00	-9.00	-1.00	

Mann Whitney

Pada tabel 1.5 perbedaan penurunan skor EPDS pelayanan kolaborasi oleh bidan, dokter dan psikolog delta mediannya yaitu -4.00 sedangkan pada kolaborasi pelayanan bidan dan dokter delta mediannya juga -4.00. Hasil nilai $p= 0,913$ yang berarti nilai $p>\alpha$ (0,05) artinya tidak ada perbedaan antara kolaborasi pelayanan oleh bidan, dokter, psikolog maupun bidan dan dokter. Pada kedua tempat pelayanan kesehatan tersebut kolaborasi dan konselingnya sama-sama menurunkan skor EPDS ibu *postpartum blues*.

4. Analisis Multivariat

Mengetahui hubungan variabel bebas dan variabel terikat secara bersama – sama dengan mengontrol variabel luar dan variabel antara yang mempunyai hubungan signifikan dengan p value < 0,25 setelah dilakukan analisis bivariate. Analisis multivariate menggunakan binreg (biner regression), pemilihan

variabel independen untuk masuk kedalam model menggunakan stata.

Tabel 1.6 Analisis *Biner Regression* Riwayat Depresi, Umur dan Paritas

		Model I			Model II		
		p	RR	CI 95%	p	RR	CI 95%
Riwayat Depresi	Tidak Ya	0,994	11400000	0-∞			
Umur	Tidak Risiko (20 & 35)	0,000	1,02	1,02-1,02	0,000	1,05	1,05-1,05
	Risiko (<20 & >35)						
Paritas	Primipara	0,009	1,17	1,04-1,32	0,007	1,19	1,05-1,35
	Multipara						

Tabel 1.6 menunjukkan 2 model dari hasil multivariate terhadap skor EPDS. Model 2 merupakan model yang cukup baik untuk digunakan sebagai bahan pertimbangan dan dipilih karena memiliki nilai RR yang paling tinggi pada variabel pengganggu/perancu umur dan paritas dibandingkan dengan model 1. Model 2 yaitu umur memiliki nilai RR sebesar 1,05 yang memiliki makna bahwa variabel umur mempengaruhi peningkatan skor EPDS sebesar 1,05 kali lipat, sedangkan nilai $p=0,000$ berarti $p < \alpha (0,05)$ yang artinya umur mempengaruhi skor EPDS. Pada paritas memiliki nilai RR sebesar 1,19 yang memiliki makna bahwa variabel paritas mempengaruhi nilai skor EPDS sebesar 1,19 kali lipat. Nilai $P= 0,007$ berarti $p < \alpha (0,05)$ yang artinya paritas mempengaruhi skor EPDS.

PEMBAHASAN

a. Hubungan Pelaksanaan Pelayanan Kolaborasi Masa Nifas Terhadap Kejadian *Postpartum Blues*

Tabel 1.3 menunjukkan hasil uji *Fisher exact test* menunjukkan nilai $p=1,000$, yang berarti nilai $p > \alpha (0,05)$ artinya tidak ada hubungan kolaborasi pelayanan oleh bidan, dokter dan psikolog maupun bidan dan dokter terhadap kejadian *postpartum blues*. Namun

demikian pada hasil analisis tersebut antara pelayanan kolaborasi dan konseling yang dilakukan bidan, dokter, psikolog maupun pelayanan yang hanya antara bidan dan dokter saja, sama-sama memberikan efek penurunan kejadian *postpartum blues* yang signifikan meskipun hanya selisih 1 orang diantara 2 Puskesmas hal tersebut karena sama-sama diberikan kolaborasi dan konseling kepada ibu nifas.

Penelitian Surjaningrum *et al* (2018) menemukan bahwa petugas kesehatan di Indonesia bertanggung jawab atas deteksi dan rujukan ibu hamil yang mungkin menderita masalah kesehatan mental. Dalam praktik pelayanan kebidanan layanan kolaborasi adalah asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien dengan tanggungjawab bersama semua pemberi pelayanan yang terlibat. Misalnya : bidan, dokter, atau tenaga kesehatan profesional lainnya, bidan merupakan anggota tim.

Bidan meyakini bahwa dalam memberi asuhan harus tetap menjaga, mendukung, dan menghargai proses fisiologis manusia. Rujukan yang efektif dilakukan untuk menjamin kesejahteraan ibu dan bayinya. Bidan adalah praktisi yang mandiri namun bidan juga bekerjasama dalam mengembangkan kemitraan dengan anggota kesehatan lainnya. Dalam melaksanakan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi, dan rujukan sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya (Uswatun, 2015).

Proses koordinasi untuk mendapatkan kolaborasi yang dapat bekerja secara optimal memang tidaklah mudah, diperlukan serangkaian proses yang harus dilalui baik secara formal mau pun informal, adapun langkah-langkah dalam berkolaborasi adalah masing-masing pihak harus sepakat untuk membangun kolaborasi ini. Langkah berikutnya adalah menetapkan peran dan fungsi masing-masing dalam pengelolaan pasien. Batasan kegiatan masing-masing pihak perlu disepakati secara rinci dengan berpatokan pada kesepakatan pemikiran yang telah dicapai sebelumnya bahwa

keselamatan dan kepuasan pasien adalah yang utama (Crezema, 2009).

b. Perbandingan Pelaksanaan Pelayanan Kolaborasi Masa Nifas Terhadap Kejadian Postpartum Blues di Puskesmas Sewon I dan Banguntapan II

Pada tabel 1.5 hasil uji *Mann Whitney* untuk melihat perbedaan penurunan skor EPDS pada kedua Puskesmas yaitu nilai $p = 0,913$ yang berarti nilai $p > \alpha$ (0,05) dan delta mediannya juga -4.00 artinya tidak ada perbedaan antara kolaborasi pelayanan oleh bidan, dokter, psikolog maupun bidan dan dokter dan kolaborasi dan konselingnya dapat menurunkan sampai rata-rata 4 skor EPDS. Pada kedua tempat pelayanan kesehatan tersebut kolaborasi dan konselingnya sama-sama menurunkan skor EPDS ibu dengan kejadian *postpartum blues*.

Postpartum blues adalah gangguan suasana hati yang berlangsung selama 3-6 hari pasca melahirkan yang dialami 50-80% ibu yang baru melahirkan. *Syndrome baby blues* ini sering terjadi dalam 14 hari pertama setelah melahirkan, dan cenderung lebih buruk pada hari ke tiga dan ke empat. Pada penelitian ini dilakukan pengukuran EPDS ke 2 pada masa ibu postpartum hari ke 28-42 dimana pada masa tersebut ibu nifas sudah mulai dapat beradaptasi dengan peran barunya dan menerima kehadiran bayinya.

Menurut *The Collage of Nurse of Ontario* (CNO, 2008) kolaborasi interprofesi adalah kerjasama dengan satu atau lebih anggota tim profesi kesehatan dimana setiap anggota profesi kesehatan memberikan kontribusi sesuai dengan wewenang dan kompetensi masing-masing untuk mencapai tujuan bersama.

Berdasarkan *systematic review collaborative care for depression and anxiety problems* oleh Archer (2012) bahwa pendekatan multi-profesional untuk perawatan pasien. Sebuah penyedia utama perawatan (dokter umum, dokter keluarga, dokter perawatan primer atau spesialis menyediakan perawatan medis) dan setidaknya satu ahli kesehatan lain (misalnya perawat,

psikolog, psikiater, apoteker) atau para profesional yang terlibat dengan perawatan pasien (Boerma, 1999 ; WHO, 2001).

Menurut penelitian Thomas (2004) salah satu cara untuk meningkatkan koordinasi antara lembaga mungkin untuk mempekerjakan staf dengan ketrampilan khusus dan pengetahuan lebih. Staf ini bisa menambah pembentukan interdisipliner dan keterampilan yang lebih beragam dari tim sehingga memungkinkan mereka untuk menawarkan layanan yang lebih komprehensif. Pendekatan ini menjadi jelas dalam layanan perawatan primer, dengan tenaga kesehatan mental yang sesuai dengan pendidikannya dan tenaga kesehatan mental terlatih lainnya, seperti psikolog. Evaluasi awal dari pekerja kesehatan mental melaporkan bahwa mereka dilihat sebagai perkembangan positif membawa keterampilan baru untuk layanan kesehatan mental (Crosland et al 2003). Myros et al (2015) melakukan penelitian terkait kolaborasi antar layanan dan profesional kesehatan mental pada program *Perinatal and Infant Mental Health* (PIMH) di Australia. Temuan Myros et al (2015) menjelaskan para profesional dibidang kesehatan mental percaya bahwa kolaborasi sangat penting bagi pasien wanita dengan kebutuhan perawatan kesehatan mental yang kompleks. Dokter, psikolog, profesional kesehatan mental maupun seluruh staff program PIMH diharapkan membangun kedekatan interpersonal dengan pasien dan membangun hubungan saling percaya dengan penyedia layanan lainnya.

Hal ini didukung oleh penelitian Selix et al (2017) yang menemukan bahwa identifikasi dan pengobatan dini sangat penting bagi ibu dengan permasalahan kesehatan mental perinatal. Identifikasi dini hanya dapat dilakukan jika kolaborasi antar layanan kesehatan mental memadai. Model interdisipliner diperlukan dalam program layanan kesehatan mental yang melakukan perawatan depresi pada ibu perinatal, mencakup penyediaan perawatan primer, profesional kesehatan mental, pembuat kebijakan publik, peneliti kesehatan

ibu dan anak, dan inovator teknologi klinis. Selix et al (2017) dalam rekomendasi penelitiannya memberikan saran bagi pemangku kebijakan untuk membuat program komprehensif dan kolaboratif dalam mengatasi kebutuhan perawatan depresi ibu pada masa perinatal, program tersebut juga harus terjangkau baik dari sisi ekonomi, demografi dan aspek sosial lainnya.

Penelitian Fredheim et al (2011) menjelaskan bahwa dalam meningkatkan layanan perawatan kesehatan mental diperlukan kolaborasi antara institusi layanan kesehatan, dokter umum dan profesional layanan kesehatan mental dalam satu layanan kesehatan masyarakat yang terintegrasi. Kolaborasi interprofesional dianggap berpotensi sebagai strategi yang kuat untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal (Green, 2013; Lapkin, Levett-Jones (2013) & Gilligan, 2011). D'Amour, Ferrada-Videla, Rodriguez, dan Beaulieu (2005), dalam tinjauan literatur mereka, menunjukkan bahwa hasil pasien meningkat karena kolaborasi perawatan kesehatan. Selain itu, koordinasi perawatan yang lebih baik dianggap hasil dari peningkatan komunikasi dan pemahaman dari setiap peran profesional.

Faktor-faktor yang meningkatkan pengalaman wanita mengakses dan terlibat dengan perawatan kesehatan mental pada periode perinatal yaitu memberi kesempatan untuk mengembangkan hubungan saling percaya dengan perawatan kesehatan profesional yang mengakui dan memperkuat peran wanita dalam merawat bayinya dan tidak menghakiminya. Penting juga diberikan informasi yang berkualitas tinggi bagi perempuan, keluarga, profesional kesehatan serta pengobatan dan penyediaan layanan individual (Megnin-Viggars et, al., 2015).

Beberapa penelitian intervensi dapat diberikan untuk mengurangi kejadian perubahan psikologis postpartum ini, diantaranya pendidikan kesehatan mengenai antenatal, proses perawatan bayi di rumah, serta depresi postpartum melalui booklet, proses metode belajar sambil bermain mengenai cara perawatan bayi

kepada ibu, serta pentingnya dukungan suami dalam kehamilan hingga perawatan bayi. Selain berbagai intervensi yang telah ditemukan oleh peneliti untuk mengurangi kejadian perubahan psikologis postpartum, pemberian konseling juga penting dilakukan untuk mempersiapkan psikis ibu dalam penerimaan perubahan peran yang akan dialaminya (WHO, 2011). Berdasarkan WHO *Recommendations on Maternal Health Guideline Approved by The Guidelines Review Committee* (2017) Pada setiap kunjungan postnatal juga setiap ibu harus ditanyakan tentang kesejahteraan emosional mereka, apakah mereka mendapatkan dukungan dari keluarga dan dukungan sosial dan adakah strategi untuk menghadapi hal-hal sehari-hari. Semua ibu dan keluarga mereka atau suami harus didorong untuk memberitahu kesehatan mereka kepada petugas kesehatan tentang perubahan suasana hati, keadaan emosional dan perilaku yang berada di luar pola normal wanita.

Interprofessional collaborative practice (IPC) focus pada pelayanan yang efektif dan efisien. Profesi kesehatan yang melakukan IPC akan mengkombinasikan keterampilan dan pengetahuan yang dimiliki oleh masing-masing profesi kesehatan sehingga tercapai luaran terapi pasien yang optimal dan berkurangnya biaya kesehatan (Bridges et al., 2011; Law et al., 2013).

c. Umur Ibu

Pada tabel 1.6 hasil uji *Biner Regresssion* pada umur menunjukkan nilai $p=0,000$, yang berarti nilai $p<\alpha$ (0,05) artinya ada hubungan umur dengan kejadian *postpartum blues*. *Baby blues syndrome* dapat dipengaruhi oleh banyak faktor. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya *baby blues syndrome* yaitu usia ibu dan paritas. Faktor-faktor yang mempengaruhi *baby blues syndrome* biasanya dipengaruhi oleh beberapa sebab sehingga tanda dan gejala *baby blues syndrome* merupakan mekanisme multifaktorial (Irawati & Yuliani, 2014).

Faktor penyebab terjadinya *postpartum blues* biasanya tidak berdiri sendiri sehingga gejala dan tanda post

partum blues sebenarnya adalah suatu mekanisme multifaktoral seperti kesiapan melahirkan bayi dan menjadi ibu, faktor umur dan paritas, pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan, tingkat pendidikan, status perkawinan, dukungan sosial dan status ekonomi serta perubahan hormonal pada masa laktasi (Mochtar, 2010).

Hal ini menunjukkan usia mempunyai pengaruh terhadap kehamilan dan persalinan ibu. Usia yang kemungkinan tidak berisiko tinggi pada saat kehamilan dan persalinan yaitu usia 20-35 tahun, karena pada saat tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental sudah matang dan sudah mampu merawat bayi dan dirinya. Jika seorang wanita memutuskan untuk hamil diluar usia tersebut maka akan rentan untuk mengalami kehamilan yang berisiko tinggi (Lubis, 2010). Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian dari Rusli (2011), yaitu didapatkan hasil bahwa usia remaja tengah (15-18 tahun) lebih rentan 1,5% terkena post partum blues dibandingkan dengan usia dewasa madya (35-60 tahun). Usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Usia ibu pada penelitian ini dimaksudkan usia ibu ketika melahirkan bayinya. Wanita usia subur adalah wanita berumur 20–45 tahun yang organ reproduksinya berfungsi dengan baik. Puncak kesuburan ada pada rentang usia 20–29 tahun. Sehingga, usia ideal bagi seorang wanita hamil dan melahirkan adalah antara usia 20-30 tahun karena dalam periode kehidupan ini, risiko wanita menghadapi komplikasi medis ketika hamil dan melahirkan tergolong yang paling rendah. Sedangkan pada usia 35 tahun merupakan usia yang berisiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan. Dengan demikian diketahui bahwa usia ibu pada saat melahirkan turut berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas ibu maupun anak yang dilahirkan (Padila, 2014).

Usia identik dengan pengalaman dalam menghadapi kehidupan. Ibu nifas yang mengalami masa adaptasi pada usia dibawah 20 tahun diduga dapat mengalami hambatan didalam penyesuaian baik fisik dan mental.

Sementara ibu dengan usia diatas 35 tahun menjadi lebih berisiko dalam kondisi kehamilan, persalinan, dan juga masa nifas, untuk 45 itu diperlukan upaya untuk mengatasi kejadian post partum blues pada ibu (Nirwana, 2011).

Namun pada hasil penelitian Aasheim (2012) bahwa wanita usia tua memiliki skor lebih tinggi tekanan psikologisnya. Pada wanita usia muda juga memiliki skor tinggi apalagi pada ibu yang memiliki riwayat depresi akan meningkatkan tekanan psikologis.

Penelitian dilakukan oleh Morse (2002) di Australia melaporkan bahwa ibu yang usianya lebih 35 tahun merasa tertekan pada 1 bulan pertama dan tidak pada bulan ke 4 setelah melahirkan, dibandingkan dengan wanita yang berusia 24-34 tahun. Studi lain oleh Valdimarsdottir (2009) dilaporkan bahwa risiko penyakit psikotik muncul pada kelahiran pertama dan meningkat lebih dari 2x lipat pada wanita usia 35 tahun dibandingkan usia wanita yang lebih muda.

Penelitian lainnya oleh Vigod et al & Stein (2010) yaitu bahwa selain beberapa komplikasi medis lebih banyak terjadi pada wanita primipara yang lebih tua, seperti persalinan operasi caesar darurat dan kelahiran premature akan meningkatkan risiko depresi dan kecemasan. Meskipun beberapa hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia ibu yang lebih tua dapat meningkatkan risiko tekanan psikologis, disarankan juga untuk menunda persalinan mungkin lebih bermanfaat dari sudut pandang psikologis karena situasi sosial ekonomi perempuan yang lebih stabil dan peningkatan kepribadian dan kedewasaan.

d. Paritas Ibu

Pada hasil uji Fisher exact test pada paritas menunjukkan nilai $p=0,049$, yang berarti nilai $p<\alpha$ (0,05) artinya ada hubungan paritas dengan kejadian *postpartum blues*. Hasil pada analisis uji *biner regression* juga menunjukkan nilai $p= 0,007$ yang artinya paritas sebagai variabel perancu/pengganggu mempengaruhi akan skor EPDS. Hasil ini sama dengan hasil penelitian Kurniasari (2015) hasil uji statistik diperoleh $p= 0,024$ yang berarti $p<\alpha=$

0,05 (Ho ditolak dan Ha diterima), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara keadaan bayi dengan kejadian *postpartum blues*.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Machmudah (2010) yang berjudul pengaruh persalinan dengan komplikasi terhadap kemungkinan terjadinya *postpartum blues* di kota Semarang, dengan hasil penelitian bahwa umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, tidak mempunyai pengaruh terjadinya *postpartum blues*. Sedangkan paritas, kondisi anak, dukungan sosial mempunyai pengaruh terjadinya *postpartum blues* dengan p-value (0,00) (0,04) dan (0,00). Pada penelitian Miyansaski (2014) terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian *postpartum blues* dengan nilai $p = 0,027$. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu *postpartum* memiliki pengalaman terhadap kehamilan dan proses persalinan sebelumnya.

Hasil yang sama juga pada penelitian Firmansyah (2016) berdasarkan uji korelasi Kendall Tau pada ibu *postpartum primipara* sebanyak 7 orang (12,7%) dengan nilai p sebesar 0,018 ($p < 0,005$) dan koefisien (r) sebesar -0,264, berarti terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian *postpartum blues*. Didukung juga oleh penelitian Savage (2008) menyatakan bahwa sesudah melahirkan biasanya wanita mengalami keadaan lemah fisik dan mental. Bersamaan dengan keadaan tersebut terjadi perubahan-perubahan yang dramatis mengenai masalah fisiologis, psikologis dan perubahan lingkungannya, yang dapat merupakan faktor penyebab untuk terjadinya gangguan depresi *postpartum*. Wanita yang tidak berhasil menyesuaikan diri dengan peran dan aktivitas barunya tersebut dapat mengalami gangguan-gangguan psikologis atau depresi *postpartum*.

KESIMPULAN

Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan pelaksanaan pelayanan kolaborasi masa nifas terhadap kejadian *postpartum blues* di Puskesmas Sewon I dan Banguntapan II, karena pada kedua tempat

sama-sama dilakukan kolaborasi dan konseling menurunkan skor EPDS dan kejadian *postpartum blues*. Tidak ada hubungan antara kehamilan tidak diinginkan dengan riwayat depresi dengan kejadian *postpartum blues* sedangkan pada umur dan paritas ada terdapat hubungan.

Diharapkan pihak Puskesmas dapat menggunakan kuesioner EPDS ini sebagai *instrument skrining* awal untuk mendeteksi masalah gangguan psikologis pada ibu nifas maupun pada masa kehamilan sehingga dapat mencegah akan terjadinya kejadian kasus yang lebih berat. Kolaborasi antar tenaga kesehatan juga harus jelas peran dan fungsi masing-masing sesuai dengan kewenangan dan kompetensi petugas kesehatan. Saran bagi puskesmas untuk membuat program yang komprehensif dan kolaboratif dalam mengatasi kebutuhan perawatan depresi ibu pada masa perinatal. Bagi ibu nifas yang masih mengalami *postpartum blues* agar melanjutkan kunjungan ulang atau *follow up* selanjutnya ke Puskesmas. Jumlah sampel pada penelitian ini masih kurang diharapkan peneliti selanjutnya dapat melanjutkan dengan jumlah sampel yang lebih banyak.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta khususnya dosen dan staff di Program Studi S2 Kebidanan, Ketua STIKES Eka Harap, Ketua LPPM STIKES Eka Harap, Ketua Program Studi D III Kebidanan, rekan-rekan dosen D III Kebidanan dan semua pihak yang telah terlibat dalam penelitian ini.

REFERENSI

1. Hutagol, E.T. 2010. *Efektivitas Intervensi Edukasi Pada Depresi Postpartum*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Perry, E.S., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L., & Wilson, D. 2010. *Maternal and Child Nursing Care*. Vol 1.4th ed. Missouri: Mosby Elsevier.

3. Anggraini Y, 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta : Pustaka Rihama.
4. Salma. 2012. *5 Penyebab Utama Kematian Ibu di Indonesia*. Majalah Kesehatan.
5. World Health Organization (WHO). 2010. *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Switzerland: WHO Press.
6. Rahmi, Nuzulul. 2013. *Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Syndrom Baby Blues pada Ibu Post Partum di Puskesmas Suka Makmur Aceh Besar*. STIKes U'budiyah Banda Aceh
7. Wardiah. 2013. *Hubungan Usia Ibu Saat Persalinan dan Usia Ibu Saat Pernikahan dengan Kejadian Baby Blues Syndrom Pada Ibu Postpartum di Bidan Praktek Swasta (BPS) Hj. Suriani Desa Matang Kuli Kecamatan Kembang Tanjong Kabupaten Pidie*. STIKES U"Budiyah.
8. Nisa, F. 2012. *Postpartum Depression & the Baby Blues*.
9. Fatmawati, Diah Ayu. 2014. *Analisis Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Postpartum Blues di Puskesmas Wilayah Kerja Kota Yogyakarta*. Tesis Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
10. World Health Organization (WHO). 2010. *The World Health Report 2010*.
11. Surjaningrum, E. R., Minas, H., Jorm, A. F., & Kakuma, R. (2018). *The feasibility of a role for community health workers in integrated mental health care for perinatal depression: a qualitative study from Surabaya, Indonesia*. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1).doi:10.1186/s13033-018-0208-0
12. Uswatun. (2015). *Peran dan Fungsi Bidan Mandiri Rujukan dan Kolaborasi dalam "http://uswatun25.mahasiswa.unimus.ac.id/2015/12/16/peran-dan-fungsi-bidan-mandiri-rujukan-dan-kolaborasi"*
13. Crezena H.S., (2009). *Info Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia. Kerja sama Dokter dan Ahli Farmasi dalam peningkatan pelayanan Informasi Kesehatan*. Vol 10. No5. Diakses dari <http://perpustakaan.pom.go.id/pdf> pada tanggal 20 Februari 2019.
14. College of Nurses of Ontario. 2008. *Interprofessional and Collaboration among Health Colleges and Professions*. Submission to the Health Professions Regulatory Advisory Council. pp. 3-4.
15. Archer, I., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., ... Coventry, P. 2012. *Collaborative Care For Depression And Anxiety Problems*. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd006525.pub2.
16. World Health Organization (WHO). 2011. *The World Medicine Situation 3ed*. Rational Use of Medicine. Geneva.
17. Myros, K., CLeary, M., Johnson, M., & Schmied, V. (2015). *A Mixed Methods Study Of Collaboration Between Perinatal And Infant Mental Health Clinicians And Other Service Providers: Do They Sit In Silos?* *BMC Health Service Research Vol 15* (316).
18. Selix, N., Henshaw, E., Barrera, A., Botcheva, L., Huie, E., & Kaufman, G. (2017). *Interdisciplinary Collaboration in Maternal Mental Health*. *The American Journal of Maternal/Child Nursing Vol 42* (4).
19. Fredheim, T., Danbolt, L., Haavet, O., Kjongsberg, K., & Lien, L. (2011). *Collaboration Between General Practitioners And Mental Health Care Professionals: A Qualitative Study*. *International Journal of Mental Health System Vol 5* (13).
20. Lapkin, S., Levett-Jones, T., & Gilligan, C. 2013. *A Systematic Review Of The Effectiveness Of Interprofessional Education In Health Professional Programs*. *Nurse Education Today*. 33(2), 90–102. doi:10.1016/j.nedt.2011.11.006.
21. D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. 2005. *The Conceptual Basis For Interprofessional Collaboration: Core Concepts And Theoretical Frameworks*. *Journal Of Interprofessional Care*. 19(sup1), 116–131. doi:10.1080/13561820500082529.
22. World Health Organization (WHO). 2017. *Recommendations on Maternal Health Guideline Approved by The Guidelines Review Committee*.
23. Bridges, D., Davidson, R. A., Soule Odegard, P., Maki, I. V., & Tomkowiak, J. 2011. *Interprofessional Collaboration: Three Best Practice Models Of Interprofessional Education*. *Medical Education Online*. 16(1), 6035. doi:10.3402/meo.v16i0.6035
24. Mochtar, Rustam, 2010. *Sinopsis Obstetri Fisiologi Patologi*, Jilid 1. EGC. Jakarta
25. Padila. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

26. Nirwana, A. B. (2011). *Psikologi Kesehatan Wanita*. Yogyakarta : Muha Medika.
27. Aasheim, V., Waldenström, U., Hjelmstedt, A., Rasmussen, S., Pettersson, H., & Schytt, E. (2012). *Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(9), 1108–1116. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03411.x
28. Morse CA, Buist A, Durkin S. 2000. *First-time parenthood: influences on pre- and postnatal adjustment in fathers and mothers*. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2000;21:109–20
29. Valdimarsdottir U, Hiltman CM, Harlow B, Cnattingius S, Spare`n P. 2009. *Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalization*. *PLOS Med* 2009; 6:e13, Feb 10. 2
30. Vigod S, Villegas L, Dennis C-L, Ross L. 2010. *Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birthweight infants: a systematic review*. *BJOG* 2010;117:540–50.
31. Mahmudah. 2010. *Pengantar Psikologi*. Jogyakarta: Graha Ilmu.
32. Firmansyah, Ikra. 2016. *Hubungan Paritas dengan kejadian PostPartum Blues Di RSUD Panembahan Senopati Bantul*. Skripsi