

**STRATEGI PENANGGULANGAN (COPING)  
PADA IBU YANG MENGALAMI *POSTPARTUM BLUES*  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SEMARANG**

**Amalia Rahmandani  
Karyono  
Endah Kumala Dewi**

**Fakultas Psikologi, Universitas Diponegoro**

**Abstrak**

*Postpartum blues* muncul ketika seorang ibu tidak berhasil menyesuaikan diri terhadap perubahan pola kehidupan akibat kehamilan dan proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Penelitian ini penting karena *postpartum blues*, yang dikenal sebagai bentuk depresi tingkat ringan, dapat berkembang menjadi depresi *postpartum* bila tidak tertangani dengan baik. Penelitian dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif pendekatan fenomenologis. Tiga subjek yang mengalami *postpartum blues* diperoleh dari RSUD Kota Semarang. Metode pengumpulan data yang dilakukan tidak hanya wawancara mendalam dan pengamatan, tetapi juga rekaman medis dan hasil pengisian *The Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terjadinya *postpartum blues* melibatkan faktor-faktor biopsikososial sebelum dan setelah bersalin. Penilaian kognitif sangat berperan sepanjang perjalanan *postpartum blues* untuk mengenali sumber-sumber yang dimiliki. Terdapat dua strategi yang digunakan oleh subjek. Strategi yang berfokus pada emosi dan yang berfokus pada masalah digunakan secara bergantian atau bersamaan sehingga subjek terhindar dari krisis lebih lanjut. Keberhasilan penanggulangan terhadap *postpartum blues* dipengaruhi pula oleh faktor biopsikososial pelindung. Faktor biopsikososial akan membedakan pemaknaan pengalaman *postpartum blues* dan penggunaan strategi penanggulangan antara subjek yang satu dengan yang lain.

Kata Kunci: *postpartum blues*, strategi penanggulangan (*coping*).

**PENDAHULUAN**

Kehamilan seorang wanita adalah penting karena hal ini merupakan simbol terjadinya transisi ke arah kedewasaan (Zajicek, dalam Strong & Devault, 1989). Kehamilan dapat pula dikatakan sebagai ekspresi rasa perwujudan diri dan identitasnya sebagai wanita (Kaplan & Sadock, 1997). Meskipun demikian, Holmes dan Rahe (dalam Kendall & Hammen, 1998) menjelaskan bahwa terjadinya proses kehamilan dan penambahan anggota keluarga baru merupakan peristiwa yang juga dapat menimbulkan stres karena adanya tuntutan penyesuaian akibat perubahan pola kehidupan. Sebagian ibu bahkan dapat mengalami berbagai gangguan emosional dengan berbagai gejala, sindroma dan faktor resiko yang berbeda-beda. Gangguan emosional pasca persalinan umumnya dibagi menjadi tiga bentuk, yaitu *postpartum blues*, depresi *postpartum*, dan psikosis *postpartum*.

Gangguan emosional yang paling sering dijumpai pada ibu yang baru melahirkan adalah *postpartum blues*. *Postpartum blues* adalah suatu tingkat keadaan depresi bersifat sementara yang dialami oleh kebanyakan ibu yang baru melahirkan karena perubahan tingkat hormon, tanggung jawab baru akibat perluasan keluarga dan pengasuhan terhadap bayi. Keadaan ini biasanya muncul antara hari ke-tiga hingga ke-sepuluh pasca persalinan, seringkali setelah pasien keluar dari rumah sakit. Apabila gejala ini berlanjut lebih dari dua minggu, maka dapat menjadi tanda terjadinya gangguan depresi yang lebih berat, ataupun

psikosis *postpartum* dan tidak boleh diabaikan (Novak & Broom, 1999). Hasil penelitian Sauli (2001) di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna pada data demografi antara ibu yang normal dan yang mengalami depresi *postpartum*.

*Postpartum blues* pada ibu pasca persalinan masih dianggap sebagai hal yang wajar sehingga seringkali terabaikan dan tidak tertangani dengan baik (Iskandar, 2004). Lebih lanjut, tingkat keparahan gejala maupun dampak terjadinya depresi *postpartum* menjadikan gangguan ini benar-benar tidak dapat diabaikan. Elvira dengan rekan-rekannya (1999) mengutip hasil penelitian sejumlah ahli dan mencantumkan bahwa terjadinya depresi *postpartum* berdampak negatif pada ibu, perkembangan anak, hubungan perkawinan, dan hubungan dengan keseluruhan anggota keluarga.

Terlepas dari apakah faktor-faktor biologis, psikologis maupun stresor sosial yang memicu pertumbuhan gangguan emosional di atas, respon penanggulangan (*coping*) seseorang dapat menambah atau mengurangi keparahan dan durasi episode gangguan (Nolen-Hoeksema dalam Nevid dkk., 2005). Faktor-faktor seperti strategi penanggulangan, faktor internal, dan faktor eksternal merupakan faktor-faktor yang perlu diperhatikan untuk melihat bagaimana gejala gangguan ini dapat berkurang hingga hilang sama sekali dan membantu individu melakukan penyesuaian secara sehat, atau sebaliknya, bertambah dan berkembang menjadi gangguan yang lebih berat dengan durasi yang lebih lama.

Wawancara awal yang dilakukan pada empat bidan praktek di Semarang menunjukkan bahwa prioritas pelayanan yang diberikan adalah pelayanan yang bersifat medis atau pemeriksaan lain bagi kesehatan fisik ibu dan bayi, dan bagi kesejahteraan keluarga. Pelayanan psikologis biasanya diberikan dalam bentuk dukungan antisipatif selama masa kehamilan dengan memberikan pemahaman bahwa segala bentuk keluhan semasa proses kehamilan adalah wajar, dan dengan memberikan pengarahan bagi kesiapan ibu hamil. Sementara, sebagian besar pasien jarang mengkonsultasikan keluhan psikis dibanding keluhan fisik sebelum dan sesudah melahirkan. Beberapa pandangan yang berbeda mengenai *postpartum blues* pun muncul dari hasil wawancara, seperti *postpartum blues* dianggap sebagai hal yang wajar terjadi pada ibu hamil dan masih pada taraf normal, dianggap sebagai kasus yang susah diungkap, atau dianggap serius dan memerlukan penanganan psikolog apabila keadaan ibu memburuk.

Melihat latar belakang di atas, pengenalan *postpartum blues* sebagai bentuk gangguan emosional yang beresiko terhadap terjadinya depresi *postpartum* dengan berbagai dampak yang menyertainya sangatlah penting. Kesehatan fisik maupun psikologis ibu ditentukan oleh upaya penanggulangan masalah emosional dan penyesuaian yang dilakukan sebagai ibu baru.

## **METODE PENELITIAN**

### **Perspektif Fenomenologis**

Memahami subjek dalam dunia pengalamannya merupakan alasan penggunaan pendekatan fenomenologi dalam penelitian ini. Husserl (dalam Creswell, 1998) menekankan empat hal dalam suatu penelitian fenomenologis yaitu pencarian makna pada suatu fenomena, penekanan intensionalitas kesadaran, analisa data melalui reduksi data dan mencari makna-makna yang mungkin muncul, dan penyingkiran semua prasangkanya tentang fenomena yang diteliti.

### **Subjek Penelitian**

Penentuan subjek penelitian, yaitu ibu yang mengalami *postpartum blues* setelah melahirkan, dilakukan secara purposif. Subjek diperoleh melalui *screening* terhadap ibu-ibu setelah melahirkan dan menjalani rawat inap di RSUD Kota Semarang, menggunakan

status pasien, wawancara, dan observasi. Peneliti juga menggunakan *The Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) untuk mengidentifikasi gangguan emosional pasca persalinan. Peneliti akhirnya mendapatkan tiga subjek dengan karakteristik sebagai berikut:

Tabel 1: Karakteristik Subjek

No.	Ket.	Nama (Usia)	Subjek #1 PF (25 tahun)	Subjek #2 IS (22 tahun)	Subjek #3 NA (32 tahun)
<b>Identitas Subjek</b>					
1.		Suku	Jawa	Jawa	Jawa
2.		Agama	Islam	Islam	Islam
3.		Keterangan tempat tinggal	Tinggal bersama orangtua setelah melahirkan, sebelumnya dengan mertua sejak menikah	Tinggal bersama orangtua setelah melahirkan, sebelumnya dengan mertua sejak menikah	Tinggal bersama dengan suami dan anak-anak sejak menikah
4.		Pekerjaan	Sekarang IRT (Ibu Rumah Tangga) (Keterangan: sebelumnya telah bekerja selama 8 tahun [sejak sekolah] ikut bulik di salon sampai hamil 4 bulan)	Karyawati (pegawai kasir) toko mainan anak-anak, perlengkapan bayi (Keterangan: sejak lulus SMEA [18 tahun] hingga mengambil cuti hamil 7 bulan, Januari 2007)	Sekarang IRT (Ibu Rumah Tangga) (Keterangan: pernah bekerja sebelum menikah dan sebelum hamil anak ke 5 menjadi pengracik untuk catering hingga hamil usia 5 bulan)
5.		Pendidikan	SMEA Jurusan: Akuntansi	SMEA Jurusan: Akuntansi	SD
6.		Asal/tempat tinggal orangtua	Semarang	Semarang	Tidak ada (telah meninggal)
7.		Agama orangtua	Islam	Islam	Islam
8.		Pekerjaan orangtua	Bapak: Penjahit Ibu: Berjualan di pasar (Keterangan: membuka warung kecil di rumah)	Bapak: Buruh bangunan Ibu: Memasak di catering	-
9.		Status marital	Menikah	Menikah	Menikah
10.		Menikah ...x	Satu	Satu	Satu
11.		Usia ketika menikah	24 tahun	21 tahun	17 tahun
12.		Usia pernikahan	1 tahun	5 bulan	14 tahun

Tabel 2: Identitas Suami

No.	Ket.	Nama (Usia)	Subjek #1 PF (25 tahun)	Subjek #2 IS (22 tahun)	Subjek #3 NA (32 tahun)
<b>Identitas Suami</b>					
13.		Nama (Usia)	SU (25)	GI (22)	MZ (34)
14.		Suku	Jawa	Jawa	Jawa
15.		Agama	Islam	Islam	Islam
16.		Pekerjaan	Sopir	Dagang	Buruh bangunan
17.		Pendidikan	STM	SD	SD
18.		Asal/tempat tinggal orangtua	Semarang	Semarang	Tidak ada (telah meninggal)
19.		Agama orangtua	Islam	Islam	Islam
20.		Pekerjaan orangtua	Bapak: Buruh pabrik Ibu: Dagang (di depan rumah)	Bapak: Almarhum Ibu: IRT	-
21.		Status marital	Menikah	Menikah	Menikah
22.		Menikah ...x	Satu	Satu	Satu
23.		Usia ketika menikah	24 tahun	22 tahun	20 tahun

Tabel 3: Karakteristik Keluarga

No.	Ket.	Nama (Usia)	Subjek #1 PF (25 tahun)	Subjek #2 IS (22 tahun)	Subjek #3 NA (32 tahun)
<b>Karakteristik Keluarga</b>					
24.		Kandung/angkat	Kandung	Kandung	Kandung
25.		Anak ke... dari...	2 dari 3	2 dari 3	8 dari 9
26.		Jumlah anggota keluarga di rumah setelah melahirkan	Enam (Bapak, ibu, adik, subjek, suami, bayi)	Tujuh (Bapak, ibu, kakak, adik, subjek, suami, bayi)	Tujuh (Suami, subjek, lima orang anak)
27.		Tulang punggung dalam keluarga	Suami, bapak, ibu	Bapak, ibu, kakak, subjek, suami	Suami, anak ke dua
28.		Jenis kelamin dan usia saudara yang lain	1. Perempuan (28) 2. Laki-laki (10)	1. Perempuan (25) 2. Perempuan (18)	4 saudara laki-laki dan 4 saudara perempuan, jarak usia rata-rata ± 2 tahun
29.		Status marital saudara yang lain	1. Menikah 2. Belum menikah	1. Belum menikah 2. Belum menikah	Telah menikah semua kecuali adik
30.		Pekerjaan/pendidikan saudara yang lain	1. IRT 2. SD kelas 4	1. Bekerja 2. SMEA	Pengojek, dll
31.		Tempat tinggal saudara yang lain	1. Semarang 2. Dengan orangtua	1. Dengan orangtua 2. Dengan orangtua	Jakarta, Pekalongan, Jogjakarta

Tabel 4: Riwayat Kesehatan, Persalinan, dan Status Anak

No.	Nama (Usia) Ket.	Subjek #1 PF (25 tahun)	Subjek #2 IS (22 tahun)	Subjek #3 NA (32 tahun)
<b>Riwayat Kesehatan, Persalinan, dan Status Anak</b>				
32.	Riwayat DM	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
33.	Riwayat Asma	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
34.	Riwayat Hipertensi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
35.	Riwayat Penyakit jantung	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
36.	Riwayat Kista	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
37.	Riwayat operasi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
38.	Tanggal melahirkan (jam [dalam WIB])	16 Februari 2007 (07.45)	19 Februari 2007 (17.30)	28 Februari 2007 (17.00)
39.	Usia kehamilan saat melahirkan	37 minggu	32 minggu	39 minggu
40.	Proses persalinan	<i>Sectio Caesarea</i> dengan alasan medis	Spontan ( <i>partus prematur</i> )	Spontan dengan proses bukaan lama
41.	Tindakan lanjutan	-	-	Sterilisasi (3 Maret 2007, 08.00-09.00)
42.	Klasifikasi pasien di rumah sakit	Umum	Keluarga Miskin (Gakin)	Keluarga Miskin (Gakin)
43.	Jenis kelamin bayi	Laki-laki	Laki-laki	Laki-laki
44.	Berat bayi ketika lahir	2800 gram	1900 gram	3300 gram
45.	Keadaan bayi ketika lahir	Hidup (menangis)	Hidup (menangis)	Hidup (menangis)
46.	Keadaan umum ibu (menurut catatan medis)	Baik	Baik	Cukup
47.	Tinggi badan	± 150 cm	± 145 cm	± 155 cm
48.	Berat badan sebelum hamil	55 kg	30 kg	47 kg
49.	Berat badan hingga akan melahirkan	72 kg	36 kg	65 kg
50.	Berat badan setelah bersalin	65 kg	32 kg	55 kg
51.	Anak ke-	Satu (Keterangan: Tidak memiliki pengalaman merawat anak)	Satu (Keterangan: Memiliki pengalaman merawat anak orang lain)	Lima
52.	Persalinan/ kandungan sebelumnya	-	-	Semua spontan (Keterangan: kuret setelah melahirkan anak ke empat karena ari-ari lengket)
53.	Jenis kelamin (usia) anak yang lain	-	-	1. Laki-laki (14) 2. perempuan (12) 3. perempuan (9) (Anak pada persalinan ke empat meninggal dalam usia 14 bulan) 4. laki-laki (3)
54.	Pendidikan/ pekerjaan anak yang lain	-	-	1. SLTP kelas 3 2. SLTP kelas 1/ buruh industri konveksi 3. SD kelas 2 4. belum sekolah

### Metode Pengumpulan Data

1. Wawancara terbuka, menggunakan petunjuk umum wawancara, dengan alat bantu *tape recorder* berdasar persetujuan subjek.
2. Observasi naturalistik dan semi partisipan yang dilakukan di rumah sakit dan di rumah.
3. Dokumen primer berupa hasil pencatatan lapangan, materi audio, visual dan atau audio-visual. *The Edinburgh Postnatal Depression Scale* digunakan untuk mengidentifikasi *postpartum blues* dan melihat pengurangan gejala sebelum dilakukan wawancara mendalam yang sebenarnya. Digunakan pula dokumen sekunder berupa rekaman medik selama menjalani rawat inap, serta catatan harian subjek (*self-report*) yang dibuat selama berlangsungnya *postpartum blues* berdasarkan kesediaan subjek.

### Analisis Data

Langkah-langkah analisis data dalam penelitian ini adalah membuat dan mengatur data yang sudah dikumpulkan, membaca dengan teliti data yang sudah diatur, deskripsi pengalaman peneliti di lapangan, horisonalisasi, unit-unit makna, deskripsi tekstural yang

disertai pernyataan subjek yang orisinal, deskripsi struktural/ variasi imajinatif, dan esensi pengalaman subjek (La Kahija, 2006).

### **Verifikasi Data**

Menurut Lincoln dan Guba (dalam Nasution, 1996; Poerwandari, 2001; Moleong 2002) terdapat empat kriteria yang digunakan dalam pemeriksaan tingkat kepercayaan terhadap hasil penelitian, yaitu (1) Kredibilitas: keterlibatan langsung di lapangan penelitian, triangulasi, pengecekan sejawat – *peer*, kecukupan referensial, dan pengecekan anggota – *member check*; (2) Transferabilitas: deskripsi yang terinci, sampling purposif dengan karakteristik subjek yang jelas sehingga generalisasi diarahkan pada kasus-kasus yang menunjukkan kesesuaian konteks; (3) Dependabilitas yang dicapai melalui audit eksternal yaitu pemeriksaan oleh ahli atau pembimbing yang membantu peneliti menelusuri suatu tafsiran atau kesimpulan sampai ke data mentahnya; (4) Konfirmabilitas yang dicapai dengan mengkonfirmasi bahan-bahan seperti data mentah, hasil analisis data, hasil sintesis data, dan catatan mengenai proses yang digunakan.

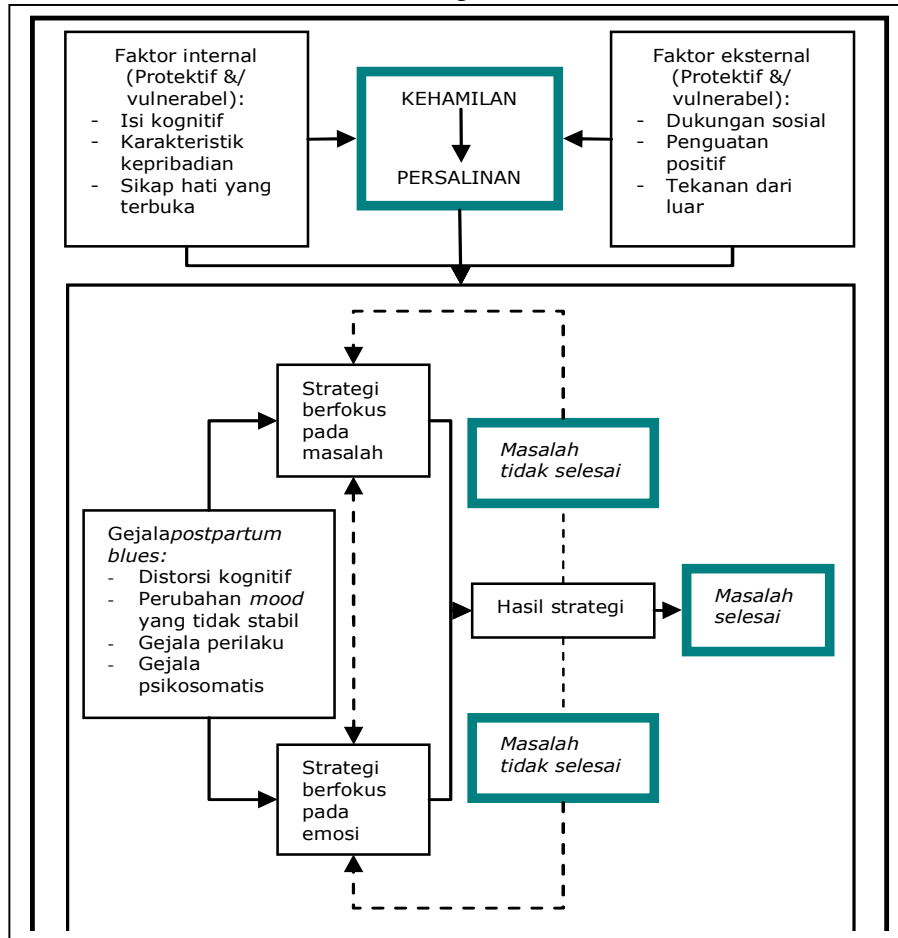
### **HASIL**

Proses persalinan memiliki konsekuensi sendiri dan bisa menjadi pemicu terjadinya *postpartum blues*, selain beberapa faktor pemicu seperti konsekuensi penambahan peran dan tanggung jawab baru sebagai ibu, konsekuensi dari perluasan keluarga, konsekuensi dari kehamilan, pilihan karir, kelelahan fisik, kurangnya dukungan keluarga yang dirasakan, atau keadaan lingkungan fisik yang tidak mendukung. Penilaian terhadap kehamilan atau implikasi yang menyertainya ini kemudian dirasakan sebagai situasi *stressfull* dan tidak selalu terjadi sejak proses persalinan. Bahkan banyak dari implikasi yang muncul telah dipertimbangkan sejak masa kehamilan (sebelum persalinan), mewarnai dinamika psikologis subjek sehingga memicu munculnya *postpartum blues*.

Subjek #1 menunjukkan gejala *postpartum blues* karena dipicu proses persalinan secara *sectio caesarea* dengan alasan medis yang menimbulkan konsekuensi beban finansial proses persalinan yang belum terfikir sebelumnya, munculnya pandangan negatif dari tetangga karena seharusnya bisa bersalin normal, luka operasi membekas, perasaan tidak bisa benar-benar menjadi perempuan, terganggu aktivitas keseharian karena luka operasi, luka operasi membuat subjek tidak bisa melakukan upaya-upaya langsung untuk mengecilkan berat badannya. Faktor pemicu juga berkaitan dengan penambahan peran dan tanggung jawab baru sebagai ibu dalam hal perawatan bayi, termasuk diantaranya kendala keluarnya ASI pada awal-awal setelah proses persalinan. Perluasan keluarga juga menyebabkan subjek mulai memikirkan untuk membina rumah tangga sendiri bersama suami dan anaknya di rumah yang mereka tinggali sendiri. Konsekuensi dari kehamilan berupa berat badan yang berlebih setelah melahirkan menjadi stresor tersendiri bagi subjek. Faktor lingkungan fisik, khususnya di rumah sakit, juga berpengaruh terhadap kestabilan emosi subjek.

Subjek #2 menunjukkan gejala *postpartum blues* karena dipicu proses persalinan secara prematur yang menyebabkan berat badan bayi lahir di bawah normal dan membutuhkan perawatan intensif di rumah sakit. Sama halnya dengan subjek #1, munculnya gejala pada subjek #2 juga dipicu karena adanya penambahan peran dan tanggung jawab baru sebagai ibu dalam hal perawatan bayi. Perluasan keluarga juga menyebabkan mertua subjek memiliki harapan agar subjek dan bayinya bersedia tinggal di rumahnya, sama seperti ketika sebelum melahirkan. Pemicu lain datang karena adanya pilihan karir setelah melahirkan.

Gambar 1: Peta Keterhubungan Antar Unit Makna



Subjek #3 menunjukkan gejala *postpartum blues* karena dipicu penambahan beban perekonomian keluarga setelah melahirkan, proses persalinan lama yang tidak pernah dialami sebelumnya, merasakan ketidaknyamanan pelayanan petugas kesehatan, kelelahan fisik, kurangnya dukungan dari keluarga yang dirasakan, atau keadaan lingkungan fisik yang tidak mendukung.

Tabel 5: Unit Makna Simptom

Unit Makna	Makna Psikologis	
Symptom	Cognitive distortion	Obsessive thinking
		Maximization
		Self-commandment
	Mood swing	Surprise
		Irritability
		Boredom
		Confusion
		Fear
		Guilty feeling
		Helplessness
		Disappointment
		Frustration
		Conflict
	Sadness	
	Behavioral symptoms	Rejection
Avoidance		
Tearful		
Ambivalence		
Psychosomatic symptom	Lack/ Lost of interest	

Faktor-faktor pemicu ini kemudian menyebabkan timbulnya gejala-gejala *postpartum blues* (=Gejala *postpartum blues*) dalam bentuk distorsi kognitif, perubahan *mood* yang tidak stabil, gejala perilaku, dan gejala psikosomatis (seperti tercantum dalam Tabel 5). Sifat dari gejala-gejala ini dalam prakteknya akan tumpang tindih karena sangat memungkinkan terdapat lebih dari satu faktor pemicu, dan tidak hanya muncul satu macam gejala untuk tiap faktornya.

Tabel 6: Unit Makna Strategi Penanggulangan

Unit Makna	Makna Psikologis	
Problem focused coping	Direct action (problem focused)	
	Seeking information (problem focused)	
	Turning to other (problem focused)	
	Restraint coping	
Emotion focused coping	Direct action (emotion focused)	
	Seeking information (emotion focused)	
	Turning to other (emotion focused)	
	Turning to religion	
	Emotional discharge	
	Resigned acceptance	
	Cognitive redefinition	
	Defense mechanism	Suppression
		Regression
		Rationalization
		Projection
	Denial	
	Ruminative coping style	

Gejala-gejala yang muncul kemudian menyebabkan respon-respon dalam bentuk strategi penanggulangan seperti tercantum dalam Tabel 6. Tujuan dari strategi penanggulangan yang berfokus pada masalah adalah mengatasi secara langsung situasi *stressfull* atau ancaman yang dirasakan, sedangkan tujuan dari strategi penanggulangan yang berfokus pada emosi adalah mengatasi situasi *stressfull* atau ancaman yang dirasakan dengan mengontrol respon emosional terhadap situasi *stressfull*, baik melalui pendekatan behavioral maupun kognitif. Kedua macam jenis strategi penanggulangan ini bisa sama-sama efektif tergantung kepada subjek dalam mengenali sumber-sumber yang mereka miliki dan mengenali tuntutan-tuntutan dari situasi *stressfull* melalui proses penilaian kognitif. Subjek cenderung menggunakan pendekatan yang berfokus pada masalah karena percaya dapat mengubah sumber-sumber dalam dirinya atau mengubah tuntutan situasi *stressfull*, sebaliknya subjek cenderung menggunakan pendekatan yang berfokus pada emosi karena merasa tidak dapat melakukan apapun untuk mengubah situasi *stressfull*.

Penanggulangan *postpartum blues* dilakukan dengan menggunakan berbagai macam strategi. Strategi penanggulangan yang berfokus pada masalah diantaranya adalah tindakan langsung, mencari informasi, mencari dukungan dari orang lain untuk mendapatkan bantuan langsung, dan menunggu kesempatan yang paling tepat untuk mengatasinya. Sedangkan strategi penanggulangan yang berfokus pada emosi terbagi menjadi dua kelompok besar, yaitu pendekatan behavioral, seperti tindakan langsung, mencari informasi, mencari dukungan dari orang lain, mencari ketenangan dan bantuan dari Tuhan dengan beribadah, dan pelepasan emosional. Pendekatan yang kedua adalah pendekatan kognitif, seperti menerima apa adanya dan belajar menunda kepuasan, mendefinisikan kembali secara positif, dan proses intrapsikis mekanisme pertahanan diri. Selain itu, individu juga memiliki cara maladaptif dalam menghadapi situasi *stressfull* dengan membiarkan dirinya larut dalam perasaan tidak berdaya yang dialami tanpa mengambil tindakan apapun untuk mengubahnya.

Masing-masing subjek menunjukkan kecenderungan fleksibilitas dalam menangani faktor-faktor yang memicu timbulnya gejala. Hampir keseluruhan masalah yang berperan dalam munculnya *postpartum blues* tidak serta merta selesai hanya dengan menggunakan satu macam strategi penanggulangan saja. Biasanya subjek akan menggunakan strategi

penanggulangan yang berfokus pada emosi dahulu untuk mengontrol respon emosionalnya. Sifat dari penggunaan strategi penanggulangan ini cenderung tidak terpaku pada satu macam strategi, meskipun memungkinkan adanya strategi penanggulangan yang menonjol pada masing-masing subjek. Subjek dapat menggunakan lebih dari satu macam strategi untuk mengatasi *postpartum blues* baik yang berfokus pada masalah atau emosi, tergantung pada penilaian subjek terhadap situasi yaitu apakah subjek merasa dapat mengontrol situasi *stressfull* atau tidak dengan menilai sumber-sumber yang dimiliki. Penilaian terhadap situasi itu sendiri juga dapat berubah, alasan inilah yang menjelaskan mengapa subjek bisa mengembangkan sumber-sumber yang dimilikinya untuk mengatasi masalah secara langsung atau mengontrol respon emosionalnya, setelah mengalami berbagai gejala *postpartum blues*.

Tabel 7: Unit Makna Hasil Strategi

Unit Makna	Makna Psikologis
<i>Coping result</i>	<i>Emotional release</i>
	<i>Problem unresolved</i>

Hasil strategi penanggulangan seperti tercantum pada Tabel 7 terdiri dari pembebasan emosional yang menunjuk pada keberhasilan dan masalah yang tidak terselesaikan yang menunjuk pada kegagalan. Pembebasan emosional terjadi bila subjek dapat mengatasi *postpartum blues* baik secara nyata atau hanya dari sudut pandang pribadi, mengarahkan subjek pada penyesuaian yang lebih sehat. Sebaliknya masalah yang tidak terselesaikan terjadi bila strategi penanggulangan yang digunakan tidak tepat sasaran dan menyebabkan stres diperpanjang. Kegagalan ini direspon dengan penanganan lebih lanjut melalui strategi penanggulangan lain yang mengarah pada pengatasan masalah. Keseluruhan proses yang terjadi di atas tidak pernah terlepas dari faktor internal (=Faktor internal) dan eksternal (=Faktor eksternal), lihat Tabel 8.

Tabel 8: Unit Makna Faktor-Faktor yang Berpengaruh

Unit Makna	Makna Psikologis			
<i>Internal factor (protective / vulnerable)</i>	<i>Cognitive content</i>	<i>Control</i>	<i>Sense of control</i>	
			<i>Lack of control</i>	
		<i>Motivation</i>		
		<i>Obsession</i>		
		<i>Value</i>		
		<i>Cognitive scheme</i>		
		<i>Self-efficacy</i>		
		<i>Self-esteem</i>		
		<i>Self-concept</i>		<i>Subjective self</i>
				<i>Body image</i>
				<i>Social selves</i>
				<i>Ideal self</i>
		<i>Personality trait</i>	<i>Hardiness</i>	
	<i>Self-oriented</i>			
	<i>Inferiority</i>			
	<i>Introvert</i>			
	<i>Perfectionist</i>			
	<i>Independent</i>			<i>Emotional dependency</i>
				<i>Instrumental dependency</i>
	<i>Openness</i>	<i>Acceptance</i>		
<i>Self-acceptance</i>				
<i>Security</i>				
<i>Self-disclosure</i>				
<i>Trust</i>				
<i>Learning process</i>				
<i>External factor (protective / vulnerable)</i>		<i>Social support</i>	<i>Emotional support</i>	
			<i>Esteem support</i>	
	<i>Informational support</i>			
	<i>Instrumental support</i>			
	<i>Positive reinforcement</i>			
<i>Outer pressure</i>	<i>Social pressure</i>			
	<i>Life change experience</i>			
	<i>Prolonged stress</i>			
	<i>Economic status</i>			
	<i>Environmental pressure (physic)</i>			

Faktor-faktor internal terdiri dari tiga hal yaitu isi kognitif (pengendalian, motivasi, obsesi, nilai, skema kognitif, keyakinan diri, harga diri, dan konsep diri), karakteristik kepribadian (ketangguhan, orientasi pada diri, inferioritas, introvert, perfeksionis, mandiri, atau tergantung), dan sikap hati yang terbuka (penerimaan, penerimaan diri, jaminan rasa



aman/ perlindungan, pengungkapan diri, kepercayaan, dan proses belajar). Sedangkan faktor-faktor eksternal terdiri dari tiga hal yaitu dukungan sosial (dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dan dukungan instrumental), penguatan positif, dan tekanan dari luar (tekanan sosial, pengalaman perubahan kehidupan, stres yang diperpanjang, status ekonomi, dan tekanan lingkungan fisik). Faktor-faktor ini tidak terlibat hanya ketika seseorang mengalami *postpartum blues* (setelah proses persalinan), melainkan ikut serta mewarnai dinamika subjek sebelum persalinan (seperti yang telah dikemukakan sebelumnya bahwa sejumlah implikasi mungkin telah dipertimbangkan sejak masa kehamilan).

Lebih jauh, faktor-faktor ini bisa menjadi faktor pemicu gejala *postpartum blues* itu sendiri atau faktor yang mengubah pengalaman subjek dalam menghadapi faktor pemicu. Maksud dari mengubah pengalaman subjek adalah bagaimana kontribusi faktor-faktor ini dalam meningkatkan dampak situasi *stressfull* (kerentanan/ *vulnerability*) atau mengurangi dampak situasi *stressfull* (perlindungan/ *protective*). Adanya faktor-faktor di atas bersifat saling mempengaruhi antara yang satu dengan yang lain, berbeda-beda antara subjek yang satu dengan yang lain sehingga membentuk dinamika strategi penanggulangan *postpartum blues* yang karakteristik, dicirikan berdasarkan keadaan masing-masing subjek.

Terdapat masing-masing satu faktor yang paling menonjol dalam membantu penanggulangan *postpartum blues* diantara faktor-faktor internal dan eksternal lain. Faktor internal yaitu sikap hati yang terbuka yang ditemukan pada keseluruhan subjek, ditunjukkan dengan adanya penerimaan, penerimaan diri, jaminan rasa aman/ perlindungan, pengungkapan diri, kepercayaan, dan proses belajar. Sedangkan faktor eksternal yaitu faktor dukungan sosial yang muncul pada keseluruhan subjek. Bentuk dukungan sosial yang diterima bisa beragam dan mengarah pada ranah lingkungan yang lebih sempit, yaitu keluarga seperti orangtua, suami, anak-anak dan saudara. Dukungan dapat berupa dukungan emosional, penghargaan, informasi, dan instrumental.

Kesadaran subjek dalam mengenali situasi *stressfull* dan sumber-sumber yang dimiliki sangat penting dalam proses penanggulangan *postpartum blues*, sehingga keseluruhan proses ini tidak pernah terlepas dari penilaian kognitif yang terjadi selama berlangsungnya *postpartum blues*. Mengacu pada model diatesis-stres, maka terjadinya *postpartum blues* karena adanya faktor predisposisi psikologis seperti diuraikan di atas, dan faktor sosial (stres). Faktor biologis mungkin berperan dalam munculnya *postpartum blues* adalah menurunnya ketahanan fisik seperti yang dialami masing-masing subjek dan ketidakseimbangan hormonal setelah melahirkan.

Esensi dari keseluruhan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa keberhasilan subjek dalam menanggulangi *postpartum blues* ditentukan oleh fleksibilitas subjek selama berlangsungnya *postpartum blues*, baik dalam hal menilai situasi *stressfull* dan faktor-faktor di luar subjek seperti dukungan sosial, menilai sumber-sumber yang dimiliki, dan menggunakan strategi penanggulangan (*coping*).

## **PEMBAHASAN**

### **Respon Penanggulangan, Sifat, Strategi dan Hasil**

Hasil penelitian ini mendukung pernyataan Lazarus (dalam Garnezy & Rutter, 1983) yang menjelaskan bahwa beberapa proses penanggulangan dapat meningkatkan resiko terjadinya penyimpangan adaptasi atau gangguan, sedangkan proses yang lainnya dapat meningkatkan penyesuaian dan mengurangi resiko penyimpangan. Dengan kata lain, mekanisme penanggulangan dapat bersifat konstruktif atau destruktif. Mekanisme penanggulangan yang konstruktif akan membantu penyelesaian masalah, sedangkan mekanisme penanggulangan yang destruktif dapat mengganggu realitas, mengganggu

hubungan interpersonal, dan membatasi kemampuan dalam bekerja (Jensen & Bobak, 1985). Ibu yang mengalami *postpartum blues* juga melewati tahap-tahap ini, yaitu penggunaan strategi penanggulangan yang bersifat destruktif dan meningkatkan resiko terjadinya penyimpangan, khususnya pada awal-awal episode munculnya gejala-gejala. Pengalaman terhadap *postpartum blues* diperparah dengan penggunaan strategi penanggulangan ruminatif, yaitu membiarkan diri untuk memikirkan betapa berat apa yang dirasakan, mencemaskan konsekuensi situasi *stressfull* atau keadaan emosional yang dirasakan, secara berulang membicarakan seberapa buruk hal yang dialami tanpa mengambil tindakan apapun untuk mengubahnya (Atkinson, 2000). Adanya kemampuan dalam mengenali kesesuaian antara tuntutan situasi *stressfull* dengan sumber-sumber yang dimiliki individu mengakibatkan individu tidak selamanya larut dalam keadaannya, sehingga menemukan strategi yang lebih adaptif dan dapat membebaskan individu dari situasi *stressfull* (Atkinson, 2000). Hal inilah yang membedakan ibu-ibu yang mengalami *postpartum blues* dengan gejala gangguan *mood* yang lebih berat seperti depresi *postpartum* atau psikosis *postpartum*, karena sifat dari gangguan ini adalah kronis dan tidak dapat dikendalikan.

Strategi penanggulangan ternyata dapat bersifat antisipatif, yaitu dilakukan sebelum situasi *stressfull* dirasakan mengganggu, atau muncul sebagai akibat dari adanya situasi *stressfull* (Lazarus, dalam Garmezy & Rutter, 1983). Seorang ibu yang mengalami *postpartum blues* tidak selamanya menggunakan strategi penanggulangan hanya setelah gejala muncul pasca persalinan. Adanya tindakan antisipatif ternyata telah difikirkan sebelumnya sebagai bentuk pengendalian individu terhadap situasi *stressfull* yang mungkin muncul setelah bersalin. Tindakan antisipatif ini sangat mungkin bila tidak menjamin penyelesaian masalah sehingga situasi *stressfull* dapat berlanjut atau muncul kembali setelah persalinan. Selain itu tindakan antisipatif juga dilakukan sebagai upaya pencegahan munculnya situasi yang lebih buruk meskipun gejala telah muncul. Tindakan antisipatif kedua ini sebenarnya adalah strategi penanggulangan untuk mengatasi *postpartum blues* itu sendiri, seperti strategi-strategi yang diambil untuk menggantikan penggunaan strategi penanggulangan ruminatif atau strategi lain yang bersifat maladaptif. Tindakan antisipatif dilakukan karena adanya pemahaman individu mengenai situasi *stressfull*, yang telah dimiliki sebelumnya atau baru dimiliki karena ketersediaan dukungan informasi.

Suatu strategi dapat menggantikan strategi yang lain, sedangkan strategi tertentu dapat digunakan secara bersamaan dengan strategi lain. Berdasarkan fungsinya, Lazarus dan rekan-rekannya (dalam Sarafino, 1994) membagi strategi penanggulangan ke dalam dua jenis, yaitu strategi penanggulangan yang berfokus pada masalah, untuk mengurangi tuntutan-tuntutan akibat situasi *stressfull*, atau mengembangkan sumber-sumber dalam individu untuk mengatasi situasi tersebut, serta strategi penanggulangan yang berfokus pada emosi, untuk mengontrol respon emosional terhadap situasi *stressfull*, melalui pendekatan behavioral maupun kognitif.

Ibu yang menilai dan percaya dapat mengubah sumber-sumber dalam dirinya atau tuntutan situasi *stressfull* akan cenderung menggunakan pendekatan yang berfokus pada masalah, sedangkan ibu yang menilai dan percaya bahwa mereka tidak dapat melakukan apapun untuk mengubah situasi *stressfull* akan cenderung menggunakan pendekatan yang berfokus pada emosi. Individu mengatasi stres melalui transaksi kognitif dan behavioral dengan lingkungan (Sarafino, 1994; Bishop, 1995). Macam-macam strategi penanggulangan yang digunakan dalam mengatasi *postpartum blues* diantaranya adalah:

1. Strategi penanggulangan yang berfokus pada masalah

- a. Tindakan langsung, yaitu memberi rangsangan, mengkonsumsi obat, mencoba, mengatur jadwal, atau tindakan spesifik lain yang dilakukan oleh subjek dan langsung mengarah pada penyelesaian masalah.
  - b. Mencari informasi, yaitu bertanya kepada orang-orang yang dianggap berkompeten dan berpengalaman, seperti petugas kesehatan, ibu, atau tetangga. Informasi yang diperoleh selanjutnya digunakan untuk membantu penyelesaian masalah.
  - c. Mencari dukungan dari orang lain untuk mendapatkan bantuan langsung, yaitu mencari dukungan finansial atau tenaga dari anggota keluarga lain, saudara atau petugas kesehatan.
  - d. Menunggu kesempatan yang paling tepat untuk mengatasinya, yaitu menunda perawatan hingga bayi sedikit lebih besar, atau menunda memikirkan masalah pekerjaan hingga bayi sehat berdasarkan pertimbangan-pertimbangan dan pengenalan terhadap kelebihan atau keterbatasan kemampuannya.
2. Strategi penanggulangan yang berfokus pada emosi
- a. Strategi dengan pendekatan tingkahlaku
    - Tindakan langsung, yaitu menegur, menolak, menghindar, mengalihkan pada bentuk perilaku lain yang memiliki resiko lebih kecil, atau cara-cara yang spesifik yang berhubungan langsung dengan situasi *stressfull* meski individu menyadari bahwa keadaan tersebut tidak dapat menyelesaikan masalahnya, namun dapat mengontrol respon emosionalnya.
    - Mencari informasi, yaitu bertanya kepada petugas kesehatan.
    - Mencari dukungan dari orang lain untuk mendapatkan dukungan emosional atau penghargaan, yaitu mengeluh atau bercerita untuk mendapatkan dukungan emosional atau penghargaan.
    - Mencari ketenangan dan bantuan dari Tuhan dengan beribadah, yaitu berdoa atau bersembahyang.
    - Pelepasan emosional, yaitu mengeluh agar lega, bercanda, tertawa, bermain keluar, mencari kesibukan, menangis, memaki, menasehati, atau menggoda.
  - b. Strategi dengan pendekatan kognitif
    - Menerima apa adanya dan belajar menunda kepuasan.
    - Mendefinisikan kembali secara positif, yaitu melihat dampak positif, berfikir realistis, menfokuskan pada kebaikan yang diterima atau dirasakan, membuat perbandingan dengan keadaan lain, memikirkan dampak yang lebih buruk, menerima peristiwa sebagai cobaan.
    - Proses intrapsikis mekanisme pertahanan diri, yaitu supresi, regresi, rasionalisasi, proyeksi, dan penyangkalan.
    - Membiarkan diri larut dalam perasaan tidak berdaya. Strategi penanggulangan maladaptif ini biasa dilakukan subjek sebagai bentuk respon penanggulangan awal setelah menyadari pengaruh situasi *stressfull*, sebelum melakukan penilaian kembali dan menggunakan strategi penanggulangan lain yang lebih tepat (Carver, Scheier, & Weintraub, dalam Bishop, 1994; Cohen & Lazarus, Moos dan Schaefer, Pearlin & Schooler, dalam Sarafino 1994; Atkinson, 2000)

Strategi penanggulangan yang baik akan sangat membantu keberhasilan penyesuaian sedangkan kegagalan penanggulangan akan beresiko terjadinya penyesuaian yang buruk (Bishop, 1995). Ibu yang mengalami *postpartum blues* pada umumnya menggunakan strategi penanggulangan yang berfokus pada emosi sebagai upaya untuk mengatur respon emosionalnya sebelum menemukan strategi penanggulangan yang lebih adaptif. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh pengaruh penilaian awal bahwa situasi tidak dapat dikendalikan sehingga dirasakan tingkat stres yang lebih tinggi.

Penanggulangan *postpartum blues* yang tidak tepat sasaran akan menimbulkan konsekuensi, yaitu stres diperpanjang. Stres yang terulang atau diperpanjang akan melicinkan dan mematahkan sistem (Taylor, dalam Smet 1994). Konsekuensi lebih lanjut dari kegagalan ini dapat mengakibatkan munculnya perasaan tidak berdaya, yaitu depresi terjadi karena ketiadaan harapan, harapan yang diinginkan tidak akan terjadi atau bahwa hal yang tidak diinginkan akan terjadi tetapi orang tersebut tidak memiliki kemampuan untuk mengubah situasi, tanpa mengesampingkan kemungkinan adanya diatesis lain yang ikut berperan (Abramson dkk. dalam Davison & Neale, 1996). Kemungkinan adanya diatesis lain yang ikut berperan dalam pengembangan gangguan *mood* akan dijelaskan kemudian.

Sisi lain psikologi kesehatan dapat memandang strategi-strategi penanggulangan seorang ibu dalam mengatasi situasi *stressfull* setelah melahirkan, turunya kondisi fisik dan psikis, sebagai perilaku sakit dan perilaku peran-sakit. Perilaku sakit dan perilaku peran-sakit pada dasarnya mengacu pada aktivitas-aktivitas yang dilakukan oleh seseorang yang menyadari bahwa dirinya sakit, sebagai upaya untuk mendapatkan penjelasan mengenai kondisi kesehatannya dan menemukan cara-cara yang sesuai untuk mencari dan mendapat pertolongan yang tepat (Sarafino, 1994). Bentuk perilaku yang muncul adalah strategi penanggulangan terhadap *postpartum blues* itu sendiri, seperti yang dilakukan ibu-ibu selama mengalami keletihan setelah melahirkan baik karena proses persalinan spontan maupun secara *sectio caesarea* atau ketika mengalami gejala psikosomatik misalnya dengan beristirahat dan menghindari aktivitas-ayang dapat memberikan pengaruh buruk bagi proses pemulihan kondisi fisik.

Seorang ibu yang terhindar dari krisis pada akhirnya mampu mengatasi pikiran yang terdistorsi dan memegang kendali kembali atas respon emosional dan perilakunya.

### **Situasi *Stressfull* Pemicu, Penilaian Kognitif, dan Munculnya *Postpartum Blues***

Berkaitan dengan tugas-tugas perkembangan pada masa dewasa muda, seorang wanita perlu melakukan sejumlah penyesuaian yang diperlukan seiring dengan pencapaian peran tersebut melalui tahapan yang meliputi terjadinya kehamilan, proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Lalu mengapa suatu kehamilan dan persalinan dapat mengakibatkan *postpartum blues* setelah melahirkan?

Holmes dan Rahe (dalam Kendall & Hammen, 1998) menjelaskan bahwa meskipun peristiwa-peristiwa tersebut merupakan peristiwa yang umumnya bersifat positif, peristiwa tersebut juga dapat menimbulkan stres karena adanya tuntutan penyesuaian akibat perubahan pola kehidupan. Hal ini terjadi karena kehamilan seorang wanita akan menimbulkan sejumlah konsekuensi berupa tuntutan-tuntutan penyesuaian yang memerlukan respon adaptif. Ketidaksesuaian ini dirasakan baik secara nyata atau tidak sebagai hasil transaksi antara individu dengan lingkungan (Sarafino, 1994).

Setelah melahirkan, seorang ibu masih perlu melakukan penyesuaian akibat terjadinya kehamilan dan persalinan. Nicolson (dalam Bobak dkk., 1994) membagi empat aspek yang memerlukan kemampuan penanggulangan secara nyata pasca persalinan pada seorang wanita yaitu penyesuaian fisik, perasaan tidak aman, adanya sistem dukungan, dan kehilangan akan identitasnya yang dulu. Respon penanggulangan untuk stres psikososial akan lebih sulit ketika seorang wanita memerlukan penyesuaian baru, seperti perawatan bayi yang baru lahir dan pengasuhannya di dalam suatu keluarga (Reeder dkk., 1997).

Gejala *postpartum blues* juga muncul sebagai reaksi yang dipicu oleh situasi stres karena adanya ketidaksesuaian antara harapan dan kenyataan, atau peristiwa-peristiwa lain yang dinilai sebagai potensial stres bagi seorang ibu setelah melahirkan (Bobak dkk., 1994). Situasi stres tersebut diantaranya berkaitan dengan:

1. Proses persalinan, yaitu harapan persalinan yang tidak sesuai dengan kenyataan atau adanya perasaan kecewa dengan keadaan fisik bayinya (Kasdu, 2005). Proses persalinan seperti *sectio caesarea* (khususnya karena alasan medis yang diputuskan di luar perkiraan menjelang persalinan), *partus prematur*, atau proses persalinan lama merupakan peristiwa yang harus dihadapi oleh seorang ibu karena menjadi stresor dan menimbulkan sejumlah konsekuensi.
2. Persepsi terhadap pelayanan petugas, yaitu interpretasi terhadap hasil interaksi antara ibu yang akan, sedang, atau setelah melahirkan dengan petugas kesehatan sebagai situasi mengancam dan menimbulkan ketidaknyamanan.
3. Citra tubuh, yaitu aspek kehamilan lainnya yang memerlukan waktu sebelum seorang wanita dapat beradaptasi. Perubahan pada ukuran tubuh dan bentuk payudara, abdomen, penimbunan lemak, pigmentasi kulit serta tanda regangan pada kulit yang secara keseluruhan membuat tubuh wanita tersebut mungkin tampak jelek, memberikan pengaruh yang berarti bagi seorang wanita yang selalu ingin tampak rapi, ideal, dan menjaga tubuhnya. Barangkali ia juga merasa khawatir jika dirinya sudah tidak menarik lagi bagi suaminya (Farrer, 2001).
4. Penambahan peran dan tanggung jawab baru sebagai ibu, yaitu kesadaran wanita tentang peningkatan tanggung jawab karena menjadi ibu (Kaplan & Sadock, 1997) dan merupakan respon psikologis normal yang muncul karena meningkatnya naluri keibuan dan perlindungan terhadap bayi (Bobak dkk., 1994). Terbentuknya ikatan merupakan langkah awal proses terjadinya saling ketertarikan dan saling mereaksi antara orang tua dan bayi yang baru lahir (Mercer; Brazelton; Reeder dalam Reeder, 1997). Munculnya respon tersebut tidak lepas dari adanya peran mitos *motherhood* yang menyatakan bahwa hanya dengan memiliki anak, maka seorang wanita dapat mengaktualisasikan kemampuannya secara penuh dan mencapai puncak makna dalam kehidupannya (Hoffnung dalam Lips, 1988).
5. Konsekuensi perluasan keluarga, yaitu munculnya harapan-harapan pribadi dalam membina rumah tangga atau harapan-harapan dari orangtua dan keluarga suami setelah kelahiran bayi. Mulai membina keluarga dan membina rumah tangga sendiri sebagai tugas perkembangan yang harus dijalani (Havighurst dalam Hurlock, 1980) semakin diperkuat karena kehadiran buah hati. Selain itu, hubungan dengan orang lain akan mengalami perubahan yang tidak terelakkan (Farrer, 2001). Seorang ibu mungkin merasakan adanya perbedaan pendapat dengan mertua tentang perawatan bayi setelah melahirkan. Konsekuensi lain dari perluasan keluarga dan juga penting adalah keadaan sosial ketika bayi dilahirkan, terutama jika bayi mengakibatkan beban finansial atau emosional bagi keluarga (Young & Ehrhardt dalam Strong & Devault, 1989).
6. Pilihan karir atau tanggung jawab finansial. Meninggalkan pekerjaan mungkin mula-mula dapat diterima, tetapi seringkali tindakan ini menimbulkan suatu kesenjangan dalam kehidupan seorang wanita yang hamil. Hal ini terjadi karena ia akan merasa kehilangan teman-teman sekerja, disiplin yang rutin dalam pekerjaan sehari-hari dan kemungkinan pula perasaan bahwa dirinya tidak berguna (Farrer, 2001). Keadaan ibu yang harus kembali bekerja setelah melahirkan (Kasdu, 2005) atau kesibukan dan tanggung jawab dalam pekerjaannya (Bobak, dkk., 1994) berperan serta dalam munculnya *postpartum blues*.
7. Kelelahan fisik, yaitu kelelahan fisik akibat proses persalinan yang baru dilaluinya berperan serta dalam munculnya *postpartum blues* (Kasdu, 2005). Tekanan fisiologis yang terjadi sebagai akibat adanya penurunan tingkat hormon tertentu secara tiba-tiba dalam jumlah yang besar (Kaplan & Sadock, 1997; Bobak dkk., 1994; Kasdu, 2005), dehidrasi, kehilangan banyak darah, dan faktor fisik lain yang dapat menurunkan

stamina ibu (Young & Ehrhardt dalam Strong & Devault, 1989) ikut memicu labilitas emosi setelah bersalin.

8. Kurang merasakan dukungan sosial, yaitu kurangnya dukungan dari suami dan orang-orang sekitar (Kasdu, 2005), ketegangan dalam hubungan pernikahan dan keluarga (Bobak dkk., 1994), atau wanita yang tidak memiliki banyak teman atau anggota keluarga untuk diajak berbagi dan memberikan perhatian kepadanya (Bobak dkk., 1994). Koblinsky dan rekan-rekannya (1997) menjelaskan bahwa terdapat bukti empirik dari berbagai macam penelitian yang menunjukkan bahwa tidak adanya dukungan merupakan kontribusi penting bagi depresi yang dialami kaum wanita.
9. Tekanan lingkungan fisik, yaitu aspek-aspek yang tidak menyenangkan dalam lingkungan sehari-hari dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan ketidakbahagiaan (Grasha dan Kirschenbaum, 1980). Lingkungan fisik yang membuat seorang ibu merasakan ketidaknyamanan setelah melahirkan, khususnya lingkungan rumah (Kasdu, 2005), ternyata juga berpengaruh terhadap munculnya gejala *postpartum blues*.

Hurlock (1980) menjelaskan bahwa orang dewasa muda biasanya berusaha menunjukkan kepada orangtuanya dan orang-orang dewasa lainnya bahwa dirinya sudah sepenuhnya dewasa dengan hak-hak, keistimewaannya, serta tanggung jawab yang menyertainya. Minat akan simbol kedewasaan ini diungkapkan dalam cara-cara yang menunjukkan status kedewasaan dan kemandirian dalam semua aspek kehidupan seperti pekerjaan, perkawinan, atau telah menjadi orangtua. Seorang wanita yang tidak memiliki sumber cukup adekuat untuk menunjukkan status kedewasaan dan kemandiriannya memiliki kerentanan yang lebih besar mengalami *postpartum blues*.

Sejumlah faktor potensial stres yang dialami oleh individu akan direspon baik secara fisiologis maupun psikologis. Reaksi fisiologis yang muncul berkaitan dengan pembangkitan sumber-sumber dalam tubuh dan reaksi pertahanan. Pada akhirnya sistem pertahanan dalam tubuh akan melemah karena pembangkitan fisiologis diperpanjang akibat stres yang berat dalam waktu lama atau berulang. Reaksi fisiologis yang dikembangkan oleh Selye (dalam Sarafino, 1994) ini disebut *general adaptation syndrome (GAS)*. Reaksi psikologis dilakukan melalui proses penilaian kognitif (Lazarus dkk., dalam Sarafino, 1994) yaitu apakah sebuah tuntutan mengancam kesejahteraan mereka dan apakah tersedia sumber-sumber untuk mengatasi tuntutan tersebut. Perbedaan penilaian kognitif terhadap situasi *stressfull* akan menentukan tingkat stres yang dirasakan (Garmezy & Rutter, 1983). Bila tuntutan dinilai lebih besar dari sumber yang dimiliki, maka individu dapat merasakan stres yang lebih besar dan berimplikasi pada penggunaan strategi penanggulangan yang maladaptif.

Proses penilaian juga terjadi sepanjang gejala *postpartum blues* dirasakan, karena hal ini akan mengarahkan seorang ibu pada penggunaan sumber-sumber yang dimiliki dalam menanggulangi masalah. Bishop (1995) menjelaskan bahwa proses penanggulangan sangat berhubungan dengan penilaian seseorang, artinya bagaimana suatu situasi dinilai akan menentukan apa yang akan dilakukan individu terhadap hal tersebut sehingga pada akhirnya dapat mengubah penilaian awal menjadi lebih baik. Strategi penanggulangan yang tidak berhasil dapat mengakibatkan penilaian kembali terhadap situasi sebagai ancaman yang lebih berat. Kegagalan penanggulangan yang menimbulkan stres yang diperpanjang dan perasaan tidak berdaya telah dijelaskan sebelumnya dalam uraian respon penanggulangan.

Tanpa mengesampingkan faktor predisposisi lain yang berpengaruh, munculnya perasaan tidak berdaya karena kegagalan strategi penanggulangan dan perpanjangan stres menimbulkan sejumlah gejala *postpartum blues*. Gejala *postpartum blues* ditunjukkan dengan adanya kekacauan pikir akibat kognisi yang terdistorsi sehingga menimbulkan

perubahan afeksi menjadi tidak stabil dan negatif, ditunjukkan pula dalam bentuk-bentuk perilaku overt.

Pendekatan kognitif menyatakan pikiran yang terdistorsi atau tidak rasional dapat menyebabkan masalah emosional dan perilaku yang tidak adaptif (Ellis & Beck dalam Nevid dkk., 2005). Keyakinan-keyakinan yang berlebihan dan tidak rasional menyebabkan depresi, mengembangkan ketidakberdayaan, dan mengganggu individu dalam mengevaluasi apa yang dapat dilakukan. Beck (dalam Davison & Neale, 1996; dalam Nevid dkk., 2005) menghubungkan pengembangan depresi dengan pemikiran yang bias sehingga mengakibatkan interpretasi yang negatif. Skema-skema negatif, bersama dengan bias atau distorsi kognitif, mengakibatkan apa yang disebut Beck dengan segitiga kognitif dari depresi (*cognitive triad of depression*), yaitu:

1. Pandangan negatif tentang diri sendiri, dicirikan dengan memandang diri sendiri sebagai tidak berharga, penuh kekurangan, tidak adekuat, tidak dapat dicintai, dan kurang memiliki keterampilan yang dibutuhkan untuk mencapai kebahagiaan.
2. Pandangan negatif tentang lingkungan, dicirikan dengan memandang lingkungan sebagai memaksakan tuntutan yang berlebihan dan/atau memberikan hambatan yang tidak mungkin diatasi, yang terus menerus menyebabkan kegagalan dan kehilangan.
3. Pandangan negatif tentang masa depan, dicirikan dengan memandang masa depan sebagai tidak ada harapan dan meyakini bahwa dirinya tidak punya kekuatan untuk mengubah hal-hal menjadi lebih baik. Harapan terhadap masa depan hanyalah kegagalan dan kesedihan yang tidak pernah usai.

Munculnya interpretasi negatif terhadap diri, lingkungan, dan masa depan pada ibu yang mengalami gejala-gejala *postpartum blues* terjadi dalam taraf ringan meski tidak menutup kemungkinan akan terjadinya gejala yang lebih parah jika tidak didukung oleh strategi penanggulangan yang lebih adaptif dan penerimaan akan dukungan sosial. Selain bawaan genetik, faktor-faktor seperti keterampilan penanggulangan dan ketersediaan dukungan sosial berperan dalam terjadinya depresi saat menghadapi kejadian yang penuh tekanan (USDHHS dalam Nevid dkk., 2005). Keadaan inilah yang kemudian menyebabkan masalah emosional dan perilaku yang tidak adaptif sebagai bentuk gejala *postpartum blues*.

Individu mungkin juga mengembangkan atribusi, yaitu penjelasan yang dimiliki seseorang atas tingkahlakunya, karena pengalaman kegagalannya yang bersifat internal (keyakinan bahwa kegagalan disebabkan ketidakmampuan pribadi), global (keyakinan bahwa kegagalan disebabkan seluruh kesalahan dalam kepribadian), dan stabil (keyakinan bahwa kegagalan disebabkan faktor kepribadian yang menetap) dalam intensitas yang ringan (Abramson dkk. dalam Nevid dkk., 2005).

*Postpartum blues* dapat dijelaskan sebagai tingkat depresi *postpartum* ringan, dengan reaksi yang dapat muncul setiap saat pasca persalinan, seringkali pada hari ke-tiga atau ke-empat dan mencapai puncaknya antara hari ke-lima hingga hari ke-empat belas pasca persalinan (Bobak dkk., 1994).

Gejala-gejala *postpartum blues* yang muncul diantaranya adalah kekacauan dalam berfikir, perubahan emosional yang tidak stabil dan perilaku yang tidak adaptif (Young & Ehrhardt dalam Strong & Devault, 1989; Gennaro dalam Bobak dkk., 1994; Hansen, Jones dalam Bobak dkk., 1994; Kennerley dan Gath dalam Bobak dkk., 1994; Novak & Broom, 1999). Perubahan emosional yang tidak stabil merupakan ciri utama dari gangguan *mood*, yaitu *mood* yang terdepresi. Kekacauan dalam berfikir dapat berupa cara berfikir obsesif, melebih-lebihkan suatu kegagalan/ peristiwa, dan pernyataan keharusan (Burns dalam Nevid, 2005). Meskipun demikian, terjadinya distorsi kognisi ini ternyata tidak mengarahkan pada ibu yang mengalami *postpartum blues* pada pikiran untuk melakukan

bunuh diri. untuk Munculnya perilaku yang tidak adaptif dapat menjadi bentuk gejala somatik yang menyertai gangguan *mood* (Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, 1993).

*Postpartum blues* sebagai depresi ringan juga memenuhi kriteria riset dari DSM IV-R (Frances, 2000). Ciri penting dari gangguan depresi ringan adalah munculnya satu atau lebih periode gejala depresif yang mirip dengan episode depresi berat dalam rentang waktu tertentu, tapi menunjukkan gejala lebih sedikit. Satu episode menunjukkan salah satu diantara dua gejala, yaitu kesedihan atau suasana hati yang "terdepresi", atau kehilangan minat atau kesenangan pada hampir semua kegiatan. Setidaknya dua tetapi kurang dari lima gejala tambahan harus muncul. Awal terjadinya episode, gejala baru pertama kali muncul atau secara nyata menunjukkan keadaan yang lebih parah dibandingkan dengan status sebelum terjadinya episode. Selama episode, gejala-gejala ini menyebabkan distress secara nyata, atau gangguan fungsi sosial, pekerjaan, atau hal penting lainnya. Beberapa orang dapat menjalani fungsinya seperti normal, tetapi dilakukan dan diselesaikan dengan usaha yang lebih keras. Satu episode gangguan depresi ringan dibedakan dari episode depresi berat dalam hal jumlah gejala yang ditunjukkan (dua hingga empat gejala untuk depresi ringan, dan setidaknya lima gejala bagi episode depresi berat).

Selain ciri di atas, *postpartum blues* juga dapat muncul dengan atau tanpa gejala psikosomatik. Gejala psikosomatik muncul sebagai akibat adanya pengaruh stres terhadap keadaan tubuh. Stres mengakibatkan banyak perubahan dalam sistem tubuh yang dapat mempengaruhi kesehatan. Psikoneuroimunologi adalah ilmu mempelajari hubungan antara proses-proses psikososial dengan aktivitas sistem susunan syaraf, endokrin, dan kekebalan tubuh (Ader dan Cohen; Buck dalam Sarafino, 1994). Emosi seseorang—terutama emosi terkait dengan stres seperti kecemasan dan depresi—memiliki peranan penting dalam keseimbangan fungsi kekebalan tubuh. Penelitian menunjukkan bahwa pesimisme, depresi, dan stres karena peristiwa kehidupan yang berat atau ringan berhubungan dengan munculnya gangguan fungsi ketahanan tubuh (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman, & Dwyer; Levy & Heiden; Zautra dkk. dalam Sarafino, 1994). Dampak dari penurunan fungsi kekebalan tubuh adalah gangguan psikofisiologis (psikomatis) yang mengacu pada gejala fisik atau penyakit yang muncul karena hubungan yang saling mempengaruhi antara proses-proses psikososial dan fisiologis (Sarafino, 1994).

### **Faktor-Faktor yang Mengubah Pengalaman Menghadapi *Postpartum Blues***

Berdasarkan hasil penelitian ini, terdapat dua kategori besar faktor-faktor yang mengubah pengalaman seorang ibu dalam menghadapi *postpartum blues*, yaitu faktor internal (isi kognitif, karakteristik kepribadian, dan sikap hati yang terbuka) dan faktor eksternal (dukungan sosial, penguatan positif, dan tekanan dari luar).

#### **1. Faktor internal**

Para teoretikus kognitif mempelajari kognisi, yaitu pikiran-pikiran, keyakinan-keyakinan, harapan-harapan, dan sikap-sikap yang menyertai dan mendasari perilaku abnormal (Nevid dkk., 2005). *Postpartum blues* terjadi dan mereda salah satunya karena pikiran-pikiran, keyakinan-keyakinan, harapan-harapan, dan sikap-sikap yang ada dalam dirinya yang berpengaruh secara langsung pada pemaknaan situasi *stressfull* atau menyertai perjalanan terjadinya *postpartum blues*.

Karakteristik kepribadian ditunjukkan ke dalam pola-pola yang konsisten dari cara seseorang merasakan, berfikir, dan bertingkah laku (Pervin & John, 2001). Kepribadian seseorang berkembang sebagai hasil dari interaksi yang berkesinambungan antara genetik dan lingkungan, seperti budaya, kelas sosial, keluarga, dan teman sebaya (Pervin & John, 2001). Predisposisi kepribadian kemudian mempengaruhi individu untuk mengalami stres, yang kemudian akan mempengaruhi kesakitan (Taylor dalam Smet, 1994). Wanita



perfeksionis dengan pengharapan yang tidak realistis dan selalu berusaha menyenangkan orang lain cenderung ragu mengungkapkan emosi tidak menyenangkan yang mereka alami sehingga beresiko mengalami *postpartum blues* (Barsky, 2006). Selain itu, ibu dengan harga diri yang rendah menunjukkan gejala depresi lebih nyata dibandingkan ibu yang memiliki harga diri tinggi (Hall dkk., 1996). Predisposisi kepribadian tertentu membantu seorang ibu untuk mengatasi *postpartum blues*. Gambaran kepribadian seperti kemandirian, harga diri, dan orientasi sosial yang positif termasuk ke dalam faktor protektif (Garmezy dalam Smet, 1994).

Ibu yang mengalami *postpartum blues* diharapkan dapat menunjukkan penerimaan, penerimaan diri, perasaan aman/ perlindungan, pengungkapan diri, kepercayaan, dan proses belajar. Sikap hati yang terbuka ini pada akhirnya akan menunjukkan pandangan yang positif terhadap diri, lingkungan dan masa depannya, kemudian membantu ibu dalam mengekspresikan perasaannya secara terbuka, mengenali pola-pola strategi penanggulangan yang sesuai dan konsekuensi-konsekuensi yang ditimbulkan, mengenali kekuatannya dan menerima dukungan dari orang lain, ikut serta dalam pengambilan keputusan, diikuti oleh tindakan untuk mencapai tujuan atau mengubah keinginannya, menunjukkan sikap yang positif dan menerima tanggung jawab keluarga dan pengasuhan anak, sehingga gejala depresif ibu teratasi dan berkurang secara nyata (Reeder dkk., 1997).

## **2. Faktor eksternal**

Menurut hipotesis penyangga, dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dengan melindungi orang itu terhadap efek negatif dari stres yang berat. Fungsi yang bersifat melindungi ini hanya atau terutama efektif apabila orang itu menjumpai stres yang kuat. Teori yang lain yaitu hipotesis efek langsung berpendapat bahwa dukungan sosial itu bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan tidak peduli banyak stres yang dialami (Sarafino dalam Smet 1994). Hasil penelitian ini membenarkan kedua hipotesis di atas. Seorang ibu yang menunjukkan dependensi yang kuat akan membutuhkan dukungan sosial tidak peduli banyak stres yang dialami selama *postpartum blues*. Sebaliknya kasus tertentu pada seorang ibu yang menunjukkan kemandirian dan keyakinan diri tinggi merasakan efek perlindungan khususnya dari situasi *stressfull* yang lebih berat. Terlepas dari adanya perbedaan masing-masing individu dalam menilai dukungan sosial yang diterima, Cohen dan Wills (Koblinsky dkk., 1997) menemukan bahwa dukungan dapat mempertahankan keadaan sehat, memperkecil atau mencegah suatu respon penilaian stres, memperkecil akibat stres melalui pemecahan masalah, mengurangi anggapan kepentingan masalah, menenangkan sistem neuroendokrin, atau melakukan perilaku yang sesuai dengan kesehatan. Keterpaduan keluarga, kehangatan dan tidak adanya perselisihan termasuk ke dalam faktor perlindungan bagi individu yang mengalami situasi *stressfull* (Garmezy dalam Smet, 1994).

## **Perspektif Budaya**

Beberapa sikap khas yang dikembangkan orang Jawa yang dinilai sebagai tanda kematangan moral antara lain sabar, *nrima*, dan ikhlas (Handayani & Novianto, 2004). Sabar berarti mempunyai nafas panjang dalam kesadaran bahwa pada waktunya nasib yang baik akan tiba. *Nrima* berarti menerima segala apa yang terjadi tanpa protes dan pemberontakan, berarti dalam keadaan kecewa dan sulit seseorang tetap bereaksi secara rasional, tidak ambruk, dan tidak menentang secara percuma. Ikhlas berarti 'bersedia', memuat kesediaan untuk melepaskan individualitas sendiri dan mencocokkan diri ke dalam keselarasan agung alam semesta sebagaimana sudah ditentukan. Tercapainya puncak kemajuan ruhani, yaitu *manunggaling kawula gusti* dicapai oleh masyarakat Jawa jika kehidupan bersama dijalankan dengan prinsip kerukunan, hormat, dan toleransi

(Handayani & Novianto, 2004). Prinsip-prinsip ini mengatur gerak keseluruhan masyarakat Jawa secara harmoni, tidak ada kekacauan atau konflik.

Nilai-nilai yang terinternalisasi dan mencerminkan khas masyarakat Jawa tersebut berimplikasi pada pola-pola tertentu dalam menanggulangi masalah. Widodo (2004) menjelaskan sejumlah implikasi tersebut diantaranya adalah mekanisme represi yang mungkin menjadi kecenderungan mekanisme pada masyarakat Jawa, penggunaan jenis strategi penanggulangan tertentu yaitu berfokus pada emosi, *locus of control* secara *internal*, dan pengendalian diri sebagai suatu nilai utama dalam mengelola emosi.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya kesesuaian kecenderungan dalam menggunakan strategi penanggulangan untuk mengatasi faktor-faktor potensial stresor dan menimbulkan gejala-gejala *postpartum blues*. Karakter Wanita Jawa seperti tenang, diam/kalem tidak suka konflik, mementingkan harmoni, menjunjung tinggi nilai keluarga, mampu mengerti dan memahami orang lain, sopan, pengendalian diri tinggi/ terkontrol, daya tahan untuk menderita tinggi, dan setia/ loyalitas tinggi (Handayani & Novianto, 2004) ternyata memberikan dampak kerentanan dan perlindungan berkaitan dengan terjadinya *postpartum blues*. Nilai-nilai Jawa yang terinternalisasi ke dalam diri seorang wanita menyebabkan pola-pola penggunaan strategi penanggulangan yang cenderung berpusat pada emosi, mengelola respon emosional menggunakan bentuk-bentuk mekanisme pertahanan diri, meredam amarah atau mengekspresikan tidak secara langsung pada orang lain yang bersangkutan, menyimpan sendiri masalah yang dihadapi, menerima apa adanya, belajar menunda kepuasan, dan meyakini bahwa nasib yang baik pada akhirnya akan tiba. Bentuk-bentuk strategi penanggulangan ini dilakukan sebagai respon awal penanggulangan, ketika menghadapi masalah atau situasi yang tidak mampu dikendalikan, ketika menghadapi konflik dalam diri, atau ketika menghadapi tekanan dari luar seperti tekanan sosial yang melibatkan keluarga (suami) dan masyarakat sekitar.

Adanya pengaruh budaya dapat memunculkan bentuk penggunaan strategi penanggulangan yang bersifat maladaptif atau tidak membantu penyelesaian masalah selama pengalaman *postpartum blues*. Strategi penanggulangan yang cenderung represif dapat menjadi cara maladaptif dalam menghadapi emosi negatif (Atkinson, 2000). Sebaliknya gejala *postpartum blues* mungkin mereda karena strategi penanggulangan yang digunakan lebih bersifat adaptif oleh ibu yang mengalaminya. Internalisasi budaya yang cukup kuat mungkin dapat membantu seorang ibu membangun pola pikir, pengendalian emosi dan bentuk perilaku yang lebih selaras, konstruktif dan adaptif, sebaliknya internalisasi budaya yang tidak cukup kuat mungkin menciptakan ketidakselarasan antara pola pikir, pengendalian emosi dan bentuk perilaku sehingga justru destruktif dan maladaptif.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

Terjadinya *postpartum blues* melibatkan faktor-faktor biopsikososial sebelum dan setelah bersalin. Adanya kerentanan biologis, kerentanan psikologis, situasi stresful, dukungan sosial kurang, dan strategi yang maladaptif, bersama-sama memberi kontribusi bagi berkembangnya *postpartum blues*, yaitu kumpulan gejala yang terdiri dari kognisi yang terdistorsi, perubahan *mood* yang tidak pasti, gejala perilaku, dan gejala psikosomatis. Penilaian kognitif sangat berperan sepanjang perjalanan *postpartum blues* untuk mengenali sumber-sumber yang dimiliki. Strategi yang digunakan ada dua, yaitu berfokus pada emosi dan berfokus pada masalah. Strategi penanggulangan digunakan secara bergantian atau bersamaan hingga subjek terhindar dari krisis lebih lanjut. Keberhasilan subjek dipengaruhi pula oleh faktor biopsikososial pelindung. Sama halnya dengan faktor-faktor yang berperan dalam munculnya *postpartum blues*, faktor-faktor yang

memberikan efek perlindungan juga bersifat karakteristik bagi masing-masing subjek. Sikap hati yang terbuka terhadap kehamilan, persalinan, dan segala macam konsekuensi yang muncul setelah persalinan sangat penting dalam penanggulangan *postpartum blues*. Dukungan sosial dari keluarga merupakan faktor lain yang sangat membantu penyelesaian masalah. Faktor biopsikososial akan membedakan pemaknaan pengalaman *postpartum blues* dan penggunaan strategi penanggulangan antara subjek yang satu dengan yang lain.

Pembahasan penelitian ini berusaha menggambarkan bagaimana masing-masing subjek memaknai kehidupan spiritual dan bagaimana pengaruh penanaman budaya setempat dalam penanggulangan *postpartum blues*. Meskipun demikian, pembahasan dari aspek spiritual dan budaya ini tetap menjadi keterbatasan penelitian karena kurang mengungkap secara lebih mendalam bagaimana pengaruh kedua faktor tersebut dimulai dari pengembangan gangguan hingga subjek berhasil menanggulangi *postpartum blues*.

Saran-saran yang direkomendasikan peneliti adalah sebagai berikut:

#### 1. Bagi Subjek

- a. Subjek diharapkan menunjukkan keterbukaan dengan menerima situasi *stressfull*, menerima keadaan diri, merasakan adanya jaminan rasa aman dari lingkungan sekitar, berkeluh kesah atau mencari informasi, percaya terhadap kemampuan diri dan terhadap anggota keluarga, dan menjalani proses belajar secara bertahap. .
- b. Subjek diharapkan dapat mengenali penyebab, menyadari bahwa munculnya gejala adalah hal yang wajar, menyadari kelebihan dan kelemahan yang dimiliki, mengenali kesesuaian penyebab dan kemampuan yang dimiliki.
- c. Subjek harus fleksibel menilai situasi, yaitu dengan menyadari bahwa ia mampu menggunakan lebih dari satu macam strategi hingga dicapai pemecahan masalah.
- d. Subjek dapat mencari dukungan kepada orang-orang terdekat dan meyakini bahwa mereka akan memahami dan menerima keadaannya.
- e. Subjek dapat mengkonsultasikan keluhan-keluhan yang dirasakan kepada tenaga profesional terkait dengan masalah yang dihadapi, baik pihak penyedia layanan kesehatan, psikiater, atau psikolog.
- f. Subjek dapat mencari dukungan kelompok, dalam hal ini berbagi dengan sesama ibu hamil dan baru melahirkan mengenai situasi *stressfull* yang harus dihadapi selama masa kehamilan atau setelah bersalin.

#### 2. Bagi *Significant Others*

- a. Suami dan keluarga perlu menyadari bahwa dukungan sosial sangat bermanfaat bagi pencegahan atau penanganan *postpartum blues*. Dukungan sosial yang diberikan dapat berupa dukungan emosional, penghargaan, informasi, atau bantuan tenaga.
- b. Suami dan keluarga juga perlu menyadari bahwa sangat memungkinkan bagi subjek menyembunyikan gejala-gejala yang dirasakan sehingga diharapkan dapat memberikan dukungan sosial secara optimal sebagai tindakan antisipasi.

#### 3. Bagi Pihak Penyedia Layanan Kesehatan

Pihak penyedia layanan kesehatan dapat lebih memperhatikan kesehatan psikologis ibu hamil dan melahirkan dengan memahami dinamika terjadinya *postpartum blues*, gejala-gejala yang terjadi, respon penanggulangan dan resiko yang mungkin terjadi. Tindak lanjut dari pemahaman ini adalah melakukan tindakan sebagai berikut:

- a. Promotif, yaitu memberikan penjelasan tentang kehamilan dan kemungkinan timbulnya *postpartum blues* setelah melahirkan.
- b. Preventif, yaitu pelaksanaan *screening* rutin dengan menggunakan alat bantu pemeriksaan *The Edinburgh Postnatal Depression Scale*, memperhatikan latar belakang psikososial, riwayat psikiatrik, dan ibu hamil yang memperlihatkan

- gejala-gejala psikiatrik, kemudian melakukan konseling terhadap ibu-ibu yang menunjukkan adanya gejala-gejala selama dan sesudah kehamilan oleh tenaga profesional psikiater atau psikolog.
- c. Kuratif, yaitu memberikan terapi dukungan dengan menunjukkan kepedulian emosional, menunjukkan penghargaan, memberikan informasi, atau memberikan bantuan tenaga perawatan yang dapat dilakukan oleh pihak penyedia layanan kesehatan, psikiater, atau psikolog.
  - d. Rehabilitatif, yaitu monitoring terhadap ibu yang menunjukkan gejala-gejala setelah melahirkan dengan pemeriksaan rutin ketika kontrol di klinik kebidanan.
4. Bagi Masyarakat
    - a. Memahami bahwa *postpartum blues* wajar terjadi pada ibu-ibu setelah melahirkan tanpa mengesampingkan resiko yang ditimbulkan sehingga dapat memberikan dukungan penghargaan dengan cara: (1) tidak mengisolasi sosial ibu setelah melahirkan karena alasan tertentu, seperti proses persalinan yang tidak diharapkan, atau (2) memahami bahwa mitos bahwa seorang ibu harus tampil sempurna memberikan pengasuhan pada bayi adalah sesuatu yang dapat memberikan dampak positif sekaligus dampak negatif bagi penyesuaian peran sebagai ibu baru.
    - b. Memahami bahwa *postpartum blues* wajar pula terjadi pada ibu-ibu setelah melahirkan meskipun bukan merupakan yang pertama, yang dapat dipicu oleh kehamilan atau persalinan itu sendiri, atau latar belakang lain.
  5. Bagi penelitian sejenis
    - a. Peneliti lain dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai sumber referensi dan kerangka fikir dengan mempertimbangkan kesesuaian konteks penelitian.
    - b. Penelitian selanjutnya dengan tema serupa dapat mengkaji lebih mendalam hasil penelitiannya melalui sudut pandang budaya (seperti bagaimana budaya setempat memandang kehamilan dan persalinan yang dialami oleh seorang wanita) dan melalui aspek spiritual masing-masing subjek (bagaimana hubungannya dengan terjadinya *postpartum blues*, dan pengaruhnya terhadap strategi yang digunakan).

## DAFTAR PUSTAKA

- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. 2000. *Hilgard's Introduction to Psychology: Thirteenth Edition*. Orlando (USA): Harcourt Brace College Publisher.
- Atwater, E. 1983. *Psychology of Adjustment: Second Edition*. London: Prentice-Hall International. Inc.
- Barsky, I. 2006. The Center for Postpartum Adjustment. <http://www.geocities.com/ppdfloida/resources.htm>.
- Benson, R.C. 1982. *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment: 4<sup>th</sup> edition*. California: Lang Medical Publications.
- Bishop, G.D. 1995. *Health Psychology Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D. 1994. *Maternity Nursing*. Missouri: The C.V. Mosby Company.
- Brouwer, M.A.W., Alisjahbana, A., Sidharta, M. 1983. *Rumah Sakit dalam Cahaya ilmu Jiwa (Sentuhan Manusiawi)*. Jakarta: PT. Grafidian Jaya.
- Carpenito, L.J. 1998. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan: Edisi 6*. Alih Bahasa oleh Yasmin Asih. Jakarta: EGC.
- Creswell, J.W. 1998. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. 1987. Detection of Postnatal Depression Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, Vol.150, h.782-786.
- Davison, G.C., Neale, J.M. 1996. *Abnormal Psychology: Revised Sixth Edition*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Dennerstein, L. 1989. Mental illness: impact on parenthood and child development (J Psychosom Obstet. Gynaecol 1989;10:1-2). <http://jpog.ispog.org/editorials/mentallillness.asp>.
- Elvira, S.D., Ismael, R.I., Kusumadewi, I., Wibisono, S. 1999. Positif EPDS on Postpartum Mothers and the Possible Risk Factors in Dr Ciptomangunkusumo, Fatmawati and Persahabatan General Hospitals in 1998. *Jiwa, Indonesian Psychiatric Quarterly XXXII:1.h.3-15*.
- Farrer, H. 2001. *Perawatan Maternitas: Edisi 2*. Alih Bahasa oleh Andry Hartono. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Fontaine, K.R., Jones, L.C. 1997. Self-esteem, optimism, and postpartum depression. *Journal Clinical Psychology*. Vol. 53, 59-63.
- Frances, A. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: Fourth Edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Garnezy, N., Rutter, M. 1983. *Stress, Coping, and Development in Children*. New York: Mc. Graw Hill Book Company.
- Grasha, A.F., Kirschenbaum, D.S. 1980. *Psychology of Adjustment and Competence*. Massachusetts: Winthrop Publisher, Inc.
- Hadi, P. 2004. *Depresi dan Solusinya*. Yogyakarta: Tugu.
- Hall, C.S., Lindzey, G. 1993. *Teori-Teori Psikodinamik (Klinis)*. Alih bahasa oleh Yustinus dan Supratiknya. Yogyakarta: Kanisius.
- Hall, L.A., Kotch, J.B., Browne, D., Rayens, M.K. 1996. Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*. Vol.45, No.4, 231-238.
- Handayani, C.S., Novianto, A. 2004. *Kuasa Wanita Jawa*. Yogyakarta: PT. LKiS Pelangi Aksara.
- Hurlock, E.B. 1980. *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan, Edisi Kelima*. Alih bahasa oleh Istiwidayanti dan Soedjarwo. Jakarta: Erlangga.
- Indonesia, Departemen Kesehatan., Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. 1993. *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III: Cetakan I*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Iskandar, S.S. 2004. Depresi Pasca Kehamilan (Post Partum Blues). <http://www.mitrakeluarga.net/depresikehamilan.html>.
- Jensen, M.D., Bobak, I.M. 1985. *Maternity and Gynecologic Care: The Nurse and The Family*. St. Louis (Missouri): The C.V. Mosby Company.
- Kahija, H.F.L. 2006. *Pengenalan dan Penyusunan Proposal/ Skripsi Penelitian Fenomenologis (Versi Bahasa Informal)*. Seri Metodologi Penelitian Kualitatif Psikologi UNDIP.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. 1997. *Sinopsis Psikiatri*. Alih bahasa oleh Widjaja Kusuma. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kartono, K. 1992. *Psikologi Wanita Jilid 2: Mengenal Wanita sebagai Ibu dan Nenek*. Bandung: CV. Mandar Maju.
- Kasdu, D. 2005. *Solusi Problem Persalinan*. Jakarta: Puspa Swara.

- Kendall, P.C., Hammen, C. 1998. *Abnormal Psychology: Understanding Human Problems, 2<sup>nd</sup> edition*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Koblinsky, M., Timyan, J., Gay, J. 1997. *Kesehatan Wanita: Sebuah Perspektif Global*. Alih Bahasa oleh Adi Utarini. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Kruckman, L., Smith, S. 2005. An Introduction to Postpartum Illness. <http://www.postpartum.net/in-depth.html#introduction>.
- Lips, H.M. 1988. *Sex and Gender: an Introduction*. California: Mayfield Publishing Company.
- Moleong, L.J. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Nasution, S. 1996. *Metode Penelitian Naturalistik- Kualitatif*. Bandung: Tarsito.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., Greene, B. 2005. *Psikologi Abnormal: Edisi ke 5 Jilid 1*. Alih Bahasa oleh Tim Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Jakarta: Erlangga.
- Notosoedirdjo, M., Latipun. 2001. *Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan*. Malang: Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang.
- Novak, J.C., Broom, B.L. 1999. *Maternal and Child Health Nursing*. Missouri: Mosby, Inc.
- Pervin, L.A., John, O.P. 2001. *Personality Theory and Research: 8<sup>th</sup> edition*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Poerwandari, K. 2001. *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi (LPSP3).
- Rahmandani, A. 2007. Strategi Penanggulangan (*Coping*) pada Ibu yang Mengalami *Postpartum Blues* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang (Sebuah Penelitian kualitatif dengan Pendekatan Fenomenologi). *SKRIPSI*. Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro Semarang: tidak diterbitkan.
- Reeder, S.J., Martin, L.L., Koniak, D. 1997. *Maternity Nursing, Eighteenth Edition*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Sarafino, E.P. 1994. *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction, Second Edition*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sauli, S. 2001. Faktor Resiko Timbulnya Depresi Postnatal di RSUD dr. Soetomo Surabaya. <http://adln.lib.unair.ac.id/print.php?id=jiptunair-gdl-res-2001-siti-581-postnatal&PHPSESSID=e99ecec43aeb91a73c0e368ce140cf5f>.
- Smet, B. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Grasindo.
- Strong, B., Devault, C. 1989. *The Marriage and Family Experience: Fourth Edition*. St Paul (USA): West Publishing Company.
- Tiggemann, M., Lynch, J.E. 2001. Body Image Across the Life Span in Adult Women: The Role of Self-Objectification. *American Psychological Association. Journal of Developmental Psychology. Vol.37, No.2, 243-252*.
- Trauma Melahirkan, Ibu Mati Bunuh Diri (2006, minggu 1 Agustus). NURANi, hal.33.
- Widodo, Y.H. 2004. Mental yang Sehat dalam Budaya Jawa. *Suksma, Vol.2, No.2, h.92-99*.