



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENERAPAN SKALA MATERNAL BLUES MODEL SURYANI
PERIODE ANTEPARTUM DAN POSTPARTUM DALAM
MEMPREDIKSI *POSTPARTUM BLUES* DI DKI WILAYAH
JAKARTA SELATAN**

Disertasi

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Doktor Dalam Ilmu Keperawatan

Suryani Manurung
NPM.1306503462

PROGRAM DOKTORAL
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, DESEMBER 2018

NAMA PEMBIMBING DAN PENGUJI DISERTASI

PEMBIMBING DISERTASI

Promotor : Prof.Dra. Setyowati, M.App.Sc., Ph.D

Ko-Promotor : Dr. Adriana Soekandar Ginanjar, MSi
Dr. Tri Edhi Budi Soesilo, M.Si

Penguji Disertasi

Penguji : Prof. Adriyono, SPOG.K
dr.Dwi Tyastuti, MPH, PhD
Prof.Dr. Budi Ana Keliat, SKp, M.App.Sc

BAB 1 PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

UNIVERSITAS INDONESIA

Pengembangan dan Evaluasi Skala MBS, Suryani Manurung, FIK UI, 2018

Kesehatan ibu dan bayi menjadi prioritas dalam pembangunan kesehatan secara nasional maupun internasional (Health Ministry of The Republic Indonesia, 2016). Adanya kecenderungan penurunan kematian maternal secara global di dunia dari tahun 1990 – 2013 lebih lambat dari yang diperkirakan (WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, & United Nations, 2014). Kematian maternal yang terbanyak disumbangkan oleh negara yang sedang berkembang sebesar 99% (WHO *et al.*, 2014). Indonesia, kematian maternal cenderung meningkat dari tahun 2007 -2012 menjadi 359/100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Penyebab kematian dan kesakitan ibu terdiri dari faktor fisik dan psikologis. Faktor fisik antara lain komplikasi, perdarahan, preklamsi semuanya terdokumentasi dan terprogram upaya untuk *preventif* dan *promotif* (Health Ministry of The Republic Indonesia, 2016). Kejadian masalah psikologis sejak *antepartum* dan *postpartum* diperoleh hanya berdasarkan penelitian sewaktu. Kondisi psikologis mencetuskan ibu mengalami depresi mulai dari fase ringan yakni *postpartum blues* sampai depresi berat (Ainsworth, 2000).

Postpartum blues dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain hormonal, masa transisi menjadi seorang ibu dan lingkungan (Abou-Saleh, Ghubash, Karim, Krymski, & Bhai, 1998; Hollway, 2010; Skalkidou, Hellgren, Comasco, Sylven, & Poromaa, 2012). Berdasarkan informasi yang diperoleh, bahwa sekitar 10% ibu hamil dan 13% ibu yang baru melahirkan mengalami gangguan mental, khususnya depresi (WHO, 2018). Negara berkembang ditemukan gangguan mental lebih tinggi yakni 15,6% selama *antepartum* dan 19,8% *postpartum* (WHO, 2018). Pada kondisi berkelanjutan yang perlu mendapat perhatian terhadap masalah depresi yang berlangsung sejak periode *antepartum* sampai *postpartum* dan menyebabkan kematian ibu adalah bunuh diri atau menelantarkan bayinya (Ohara, Okada, Kubota, et al., 2017; Shiow-Meei Tsai, 2005; WHO, 2018).

Indonesia dengan populasi ibu yang cukup besar mulai dari usia remaja sampai dewasa dengan berbagai masalah yang kompleks antara lain status pernikahan, status kehamilan, sosial ekonomi, dan budaya rentan mengalami gangguan emosional dan mood selama masa transisi menjadi ibu (Sutjahjo, Manderson, & Astbury, 2007). Hal ini telah dibuktikan dari penelitian sebelumnya bahwa kejadian depresi pada ibu selama perinatal cukup tinggi. Beberapa peneliti menginformasikan bahwa kejadian *postpartum blues* di Indonesia dari berbagai rumah sakit antara lain, di RSUP Cipto Mangunkusumo (2008) sebanyak 66,7% , di RSUP Persahabatan (2004) sebesar 37%, di RSUD Tugu Rejo Semarang (2009) sebanyak 44%, Kabupaten Bogor (2013) sebanyak 56,7 % (Ismail, 2006; Manurung, 2008; Utari, Roosita, & Damanik, 2013). Kejadian *postpartum blues* tersebut cukup besar dan berpeluang terhadap kejadian depresi *postpartum* (Beck, 2001; Ismail, 2006).

Ibu yang mengalami depresi sejak *antepartum* dan *postpartum* selain berpengaruh terhadap resiko bunuh diri juga berdampak pada pengabaian dan kecacatan pada anak akibat respon ibu yang berkurang terhadap kebutuhan anak (Field, Diego, & Hernandez-Reif, 2009; Mantis, Mercuri, Stack, & Field, 2018; WHO, 2018). Hal ini dapat terjadi karena *postpartum blues* mengalami perkembangan menjadi depresi yang berat (Field, 1998). Kejadian *postpartum blues* tidak semata-mata berlangsung disaat *postpartum* namun diawali perubahan emosional dan mood disaat periode *antepartum* (Manning, 2011). Kemudian pada periode *postpartum* pada bulan pertama setelah melahirkan, depresi dapat meningkat tiga kali lipat karena masa ini adalah masa yang paling kritis dimana ibu dihadapkan dengan tugas baru merawat bayi yang membutuhkan proses adaptasi selama masa transisi (Cox, Murray, & Chapman, 1993).

Banyak orang berpendapat bahwa kondisi *postpartum blues* dianggap sementara karena faktor hormonal namun kenyataannya pemicu ibu mengalami perubahan emosional dan mood

bahkan sampai *depresi* dipengaruhi oleh banyak faktor (Bloch, Rotenberg, Koren, & Klein, 2006). Selain dari faktor internal ibu, faktor luar juga mempengaruhi ibu mengalami *postpartum blues* antara lain, tradisi budaya, perubahan fisik, penerimaan peran menjadi ibu, kehamilan pranikah, penyakit kronis, perkawinan, kurangnya dukungan dari pasangan atau keluarga (*support system*), suami pengangguran, dan pendapatan keluarga yang tidak mencukupi, kondisi bayi baru lahir, spiritual, personaliti, riwayat depresi pada keluarga, dan depresi *antepartum* (Andajani, Manderson, & Astbury, 2007; Fraga, 2014; Heh, Coombes, & Bartlett, 2004; Ismail, 2003, 2006; Manurung, 2008; Setyowaty & Riska, 2006; Takahashi & Tamakoshi, 2014; Zager, 2009).

Proses terjadinya *postpartum blues* adalah adanya stimulus terhadap sensori emosional oleh faktor faktor stresor lainnya dan menstimulus pengeluaran hormon stres (Abou-Saleh et al., 1998). Proses ini menyebabkan ibu rentan mengalami perubahan emosi dan mood terhadap interaksi ke bayi dan kesulitan menjalankan perannya (Barrett, Barman, Boitano, & Brooks, 2002; Fowles, 1994). Sebagai ibu, secara internal proses transisi dalam menghadapi peran menjadi seorang ibu, cenderung membuat *distress maternal* (Emmanuel, 2005; Fraga, 2014). Hal ini terjadi karena adanya perbedaan makna pengalaman hidup dari sebelumnya, harapan yang tidak realistis dimana peran baru serta tugas yang harus dilaksanakan (Emmanuel, 2005). Ketidaksiapan ibu menerima situasi ini, memicu emosi yang tidak stabil, kebingungan, bahkan cenderung merasa tertekan (Emmanuel, 2005). Sehingga peristiwa dan pengalaman yang dirasakan ibu dapat menjadi salah satu pencetus terjadinya *postpartum blues* dan menghambat kompetensi menjadi seorang ibu. Mercer & Ferketich, (1994) juga menyatakan bahwa penguasaan emosional, kecemasan dan depresi memiliki pengaruh sebesar 20,6% terhadap kemampuan peran menjadi ibu baru. Selain itu pengalaman negatif yang dirasakan ibu primipara maupun multipara terhadap peran barunya, mencetuskan perasaan khawatir,

ketakutan, sedih, stress, dalam merawat anak (Manurung, 2016). Pengalaman negatif yang dirasakan ibu setelah melahirkan yakni merasa kurang tidur karena harus siaga menenangkan bayi ketika menangis, memberikan ASI dengan kondisi nyeri dan kurang tidur, tidak cukup istirahat (Manurung, 2016).

Faktor lainnya yang dapat mencetuskan ibu mengalami *postpartum blues* adalah faktor ekonomi, budaya, dan dukungan sosial (Venkatesh, Manjunath, & Rajanna, 2011). Informasi sebelumnya menyatakan bahwa tradisi budaya dan dukungan sosial yang diberlakukan selama periode *antepartum* dan *postpartum* berfungsi sebagai proses pembelajaran untuk membantu ibu beradaptasi terhadap situasi yang sedang dialami dan mencegah resiko depresi (Chen, 1995; Dennis & Creedy, 2004). Kehadiran anggota keluarga selama *antepartum* sampai *postpartum* dan praktek tradisi budaya memiliki pengaruh positif pada kesejahteraan psikologis ibu *postpartum* (Brugha *et al.*, 2000; Chen, 1995; Dennis & Creedy, 2004; Feinberg & Kan, 2011). Demikian juga ritual yang biasa dilakukan pada ibu setelah melahirkan, jika tidak dapat dilaksanakan, maka dapat mempengaruhi interaksi antar anggota keluarga, yang diartikan bahwa perhatian keluarga terhadap ibu berkurang dan mempengaruhi emosional ibu (Grigoriadis *et al.*, 2009).

Faktor hormonal juga memiliki hubungan terhadap kejadian *postpartum blues*. Peristiwa biokimia ditemukan kadar hormon oksitosin berbanding terbalik dengan kadar kortisol dimana semakin rendah kadar oksitosin dan semakin tinggi kadar kortisol yang memicu terjadinya kecemasan (Nagasawa, Okabe, Mogi, & Kikusui, 2012). Ibu yang mengalami depresi memiliki kadar prolaktin plasma lebih rendah dan progesteron yang lebih tinggi dalam waktu enam sampai sepuluh minggu setelah melahirkan (Abou-Saleh *et al.*, 1998). Demikian juga perubahan fungsional dalam sistem serotonin dapat mempengaruhi kejadian *postpartum blues* (Insel & Young, 2000). Keterbatasan sintesis serotonin akibat ketersediaan triptofan menurun,

UNIVERSITAS INDONESIA

memiliki korelasi dengan intensitas *postpartum blues* (M'Bailara *et al.*, 2006). Sehingga dapat dinyatakan bahwa resiko *postpartum blues* semakin berat, ketika semua hormon tersebut diatas menurun setelah melahirkan dan adanya stimulus faktor-faktor stressor dari luar terhadap kelenjar adrenal yang memicu produksi hormon kortisol sehingga memicu perubahan emosional dan mood ibu (Pillitteri, 2009).

Bornstein, Suwalsky, & Breakstone (2012) menyatakan bahwa perubahan emosional dan mood ibu sebaiknya tidak diabaikan dan dianggap normal karena dapat mempengaruhi interaksi ibu dengan bayi. Kesulitan membangun *bonding attachment* ibu dengan bayinya, , ketidakmampuan menerima kehadiran bayi adalah salah satu gejala depresi *postpartum* (Mantis *et al.*, 2018; Mantis, Stack, Ng, Serbin, & Schwartzman, 2014; Mercer, 2004). Sebagaimana yang dinyatakan oleh Edhborg, Nasreen, & Kabir (2011); Field (1998); Field *et al* (2009) terdapat korelasi antara gejala depresi *postpartum* dengan *bonding attachment* ibu dengan bayi. Ibu *postpartum* dengan depresi menunjukkan hubungan ikatan yang lebih rendah terhadap bayinya. Hal yang sama juga dinyatakan oleh Nagata *et al.*, (2000) bahwa *postpartum blues* memiliki pengaruh negatif terhadap hubungan ikatan ibu dan bayi. Ibu yang mengalami *postpartum blues* secara simultan mengalami gangguan hubungan ikatan ibu dan bayi. Ketidaksiapan fisik maupun mental dengan gejala *syndorome postpartum blues*, perilaku buruk tersebut dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi (Adewuya, 2005).

Gambaran perilaku *bonding attachment* pada ibu yang mengalami *postpartum blues* adalah berperilaku buruk saat berinteraksi dengan bayinya. Perilaku buruk dapat dilihat saat bersentuhan baik secara langsung maupun tidak langsung, ibu cenderung menghindari kontak dengan bayi, pembatasan pemberian ASI, komunikasi berkurang (Ayers, 2007; I. Brockington, 2004; Halligan, Murray, Martins, & Cooper, 2007; Mantis *et al.*, 2018, 2014; Mercer, 2004; Mercer & Ferketich, 1994; Parfitt & Ayers, 2009). Ferber (2004) menemukan ada perbedaan

perilaku kasih sayang kepada bayi antara ibu multipara dan primipara yang mengalami *postpartum blues*. Ibu multipara masih ada keinginan memberikan kasih sayang terhadap bayi dalam bentuk sentuhan dan memengang bayi. Sedangkan ibu primipara tidak mau menyentuh dan memengang bayinya. Demikian juga perilaku menyusui, ibu tidak memiliki keinginan untuk menyusui bayinya, cenderung mengganti ASI dengan susu formula (Riordan, 2005; WHO, 2009). Pedersen (1997), menyatakan bahwa perilaku ibu yang terarah tidak hanya berfungsi mempertahankan perlindungan dan pengasuhan anak, akan tetapi dalam jangka waktu lama dapat memfasilitasi perkembangan otak untuk kecerdasan anak dimasa yang datang. Demikian juga sikap dan perilaku yang negatif dari ibu yang mengalami depresi terhadap janin/bayi mempengaruhi kesehatan bayi (Takahashi & Tamakoshi, 2014; WHO, 2018; Yamashita, Yoshida, Nakano, & Tashiro, 2000). Sehingga kesejahteraan anak sangat tergantung dari perilaku ibu.

Berdasarkan informasi yang dikumpulkan dapat dinyatakan bahwa sekumpulan perubahan emosional dan mood pada ibu yang mengalami *postpartum blues* sejak *antepartum* sampai *postpartum* menggambarkan perasaan yang beragam terhadap bayi mulai dari perasaan negatif, ketidakefektifan berinteraksi, perawatan yang tidak maksimal (Ferber, 2004; Field, 1998; Mantis *et al.*, 2018; Nakamura, Takeishi, Ito, Ito, & Atogami, 2015). Pengalaman dan perilaku yang dialami ibu disaat mengalami perubahan emosional dan *mood* dalam berinteraksi dengan bayi serta faktor yang mempengaruhi perilaku tersebut perlu dieksplorasi sejak *antepartum* dan berlangsung sampai *postpartum* guna mendeteksi *postpartum blues*. Kajian tersebut adalah salah satu upaya menetapkan intervensi keperawatan untuk mengatasi atau mencegah *postpartum blues* selama fase menjadi ibu. Dengan demikian intervensi yang diberikan akan lebih tepat sehingga kesehatan ibu dan bayi semakin meningkat. Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, (2000) menyatakan bahwa mengantisipasi beberapa

faktor yang dapat memfasilitasi atau menghambat seorang perempuan menjadi ibu melalui skrining.

Saat ini, sudah ada beberapa skala untuk mendeteksi *postpartum blues*. Menurut Faisal-Cury *et al* (2008) ketiga instrumen *postpartum blues* yakni instrumen Pitt, Stein dan Kenerley. Ketiga skala tersebut mendeteksi gejala *postpartum blues* melalui perubahan emosional dan *mood* selama *antepartum* dan *postpartum* antara lain cemas, marah, takut, khawatir, menangis tanpa ada penyebab, sedih, susah tidur. Skala ini digunakan pada ibu *antepartum* sampai *postpartum* untuk mengukur kondisi emosi dan *mood* ibu dengan alat yang sama (Faisal-Cury *et al.*, 2008). Sementara perubahan emosional dan *mood* ibu pada saat *antepartum* dan *postpartum* adalah berbeda (Cheng, Schwarz, Douglas, & Horon, 2009).

Variabel yang mengukur pada ketiga skala sifatnya umum. Artinya semua orang dapat mengalami perubahan emosional dan *mood* seperti cemas, marah, yang dinyatakan sebagai kumpulan gejala *postpartum blues* tanpa disertai adanya kehamilan. Sedang lebih spesifiknya perubahan emosional dan *mood* pada saat *antepartum* dan *postpartum* karena fase transisi maka lebih cenderung disertai berperilaku menyalahkan kehamilan dan interaksi dengan janin/bayi berkurang (Kariman, Karimi, Shiadeh, Shams, & Nasiri, 2016). Hal ini disampaikan oleh beberapa peneliti sebelumnya bahwa perubahan emosi dan *mood* berpengaruh terhadap interaksi ibu dengan janin dan bayinya setelah telah lahir (Belsky, Fish, & Isabella, 1991; Benoit, 2004; Stein *et al.*, 1991; Pollock & Percy, 1999). Perubahan ini ditemukan pada ibu yang mengalami *postpartum blues* (Ayers, 2007). Sehingga untuk mengukur perubahan emosional dan *mood* sebagai kumpulan gejala *postpartum blues* pada ibu yang sedang mengalami fase transisi lebih focus terhadap situasi dan perilaku dari kondisi saat ini

Oleh karena itu, perlu melakukan inovasi terhadap skala *maternal blues* sebelumnya dengan mengembangkan sebuah skala untuk mengukur *postpartum blues* melalui perubahan

emosi dan *mood* menjadi seorang ibu dalam berinteraksi dengan janin/bayi setelah lahir selama periode *antepartum* dan *postpartum* (Honjo *et al.*, 2003). Skala yang dikembangkan ada dua yakni skala *maternal blues* periode *antepartum* dan *postpartum*. Skala *maternal blues* periode *antepartum* dan *postpartum* digunakan untuk memprediksi *postpartum blues* serta mengukur besarnya skor *antepartum* yang berpeluang untuk mengalami *postpartum blues*. Pengukuran emosional dan *mood* ibu sejak *antepartum* sampai *postpartum* karena skor *antepartum* memiliki korelasi terhadap perubahan emosional dan *mood postpartum* (Mosack & Shore, 2006).

Adapun penetapan variabel dan sub variabel untuk mengembangkan skala *maternal blues* berdasarkan kajian studi kualitatif dan studi literatur. Variabel skala tersebut antara lain peran dan tugas menjadi ibu (faktor internal), dukungan sosial, budaya dan ekonomi (faktor eksternal). Sub variabel yakni *indirect / direct touch mother to baby / skin to skin contact*, komunikasi verbal, *breastfeeding*, tradisi penyambutan bayi sebelum dan sesudah lahir (tujuh bulanan, pemberian nama bayi), kondisi keuangan dan aspek dukungan sosial yakni dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan *appraisal* (Ismail, 2003; Marx & Nagy, 2015; Stewart, Robertson, Dennis, Grace, & Tamara, 2003). Sub variabel sebagai fundamental dalam membangun item pernyataan dalam skala *maternal blues* periode *antepartum* dan *postpartum*.

Pengukuran *blues* melalui perubahan emosional dan *mood* saat berinteraksi dengan janin/bayi dilakukan sejak trimester ketiga yakni mulai usia kehamilan 35 minggu sampai 37 minggu dan berlanjut *postpartum* hari pertama sampai hari kelima dan ketujuh. Adapun penetapan waktu pengukuran dalam implementasi skala *maternal blues* didasarkan pada perubahan emosional semasa *antepartum* sering terjadi sejak kehamilan trimester ketiga (Watanabe *et al.*, 2008). Dimana trimester ketiga menjelang penantian proses kelahiran,

keluhan fisik akan semakin banyak (American Pregnancy Association, 2015). Selain itu, *quickenning* (pergerakan bayi) dapat membentuk sikap dan perilaku ibu seperti ketertarikan terhadap bayi, perasaan sakit akibat pergerakan janin yang semakin kuat, menghadapi persalinan (Pillitteri, 2009). Periode *postpartum* sampai hari ke10, adalah fase *taking in* dan *letting go* fase penyesuaian diri terhadap kondisi dan hormon yang belum stabil (Stewart *et al.*, 2003).

Proses dalam menghasilkan skala *maternal blues* melalui *bonding attachment* dilaksanakan secara bertahap yakni sebanyak tiga tahap. Tahap pertama adalah pemilihan variabel dan sub variabel serta item-item pernyataan. Tahap kedua uji validasi dan pengukuran sensitifitas skala *maternal blues*. Proses uji validasi dilakukan salah satu dengan uji paralel yakni membandingkan atau mengkorelasikan hasil pengukuran dengan instrumen sebelumnya dengan alat ukur *maternity blues* dalam hal ini adalah skala *maternity blues* Kennerley. Tahap ketiga implementasi skala *maternal blues* dalam memprediksi *postpartum blues*. Skala yang dihasilkan dinyatakan sebagai skala *maternal blues* model Suryani (MBS).

Originilitas dari skala MBS dapat dilihat dari perbandingan dengan skala sebelumnya, sebagaimana yang terpapar pada tabel berikut:

Tabel 1: Perbandingan Skala Maternity Blues Kennerley dengan Skala MBS

Skala Maternal blues Sebelumnya	Karakteristik skala sebelumnya	Originilitas Maternal Blues Model Suryani
Model Pitt	1. Karakteristik sampel adalah populasi ibu <i>postpartum</i> hari kesepuluh. 2. Instrumen evaluasi diri, terdiri dari 12 item. 3. Dengan item pernyataan yang sama digunakan untuk memprediksi <i>maternal blues</i> (MB) periode <i>antepartum</i> dan <i>postpartum</i>. 4. Skala menginvestigasi perubahan emosional dan mood berdasarkan	1. Karakteristik sampel adalah populasi ibu periode <i>antepartum</i> dan <i>postpartum</i> di Indonesia (bukan skala yang diadaptasikan kedalam budaya Indonesia). 2. Menggunakan item yang berbeda untuk memprediksi <i>maternal blues</i> pada skala <i>antepartum</i> dan skala <i>postpartum</i>.

	item: “<i>sleep, irritability, preoccupation with appearance, appetite, level of happiness, memory, sexual desire, tension, need for support, preoccupation with health, both personal and of the baby, propensity for crying, energy level and confidence</i>”. 5. Skala ini digunakan untuk memprediksi <i>postpartum blues</i> periode <i>antepartum</i> dan <i>postpartum</i>.	3. Item yang dibangun berdasarkan perubahan emosional dan mood saat berinteraksi dengan janin/bayi pada ibu yang mengalami masa transisi menjadi ibu. 4. Penentuan skala sebagai alat skrining berdasarkan nilai sensitifitas melalui uji diagnostic 5. Menentukan skor blues. berdasarkan nilai <i>cut-of point</i>.
Model Stein	1. Karakteristik sampel adalah populasi ibu postpartum hari kesepuluh. 2. Instrumen evaluasi diri, terdiri dari 24 item 3. Item menyelidiki informasi mengenai indikasi MB. 4. Skala menginvestigasi perubahan emosional dan mood berdasarkan variabel: “<i>depression, anxiety, relaxation, propensity for crying, energy level, appetite, somatic symptoms, and if the person slept the night before</i>”. 5. Skala ini digunakan memprediksi <i>blues</i> periode <i>antepartum</i> dan <i>postpartum</i>. 1. Menentukan skor <i>blues</i> berdasarkan persentase total nilai	
Skala Maternal blues Sebelumnya	Karakteristik skala sebelumnya	Originilitas Maternal Blues Model Suryani

Model Kennerley	1. Karakteristik sampel adalah populasi ibu postpartum minggu pertama. 2. Instrumen evaluasi diri, terdiri dari 28 item 3. Item menyelidiki informasi mengenai indikasi MB pada hari kesepuluh pasca persalinan. 4. Pengukuran <i>blues</i> periode <i>antepartum</i> menggunakan skala yang sama saat mengukur <i>postpartum blues</i>. 1. Skala menginvestigasi perubahan emosional dan mood berdasarkan variabel: “<i>primary blues, decreased alertness hypersensitivity, decreased self-confidence, depression, despondency, reservation</i>”. Menentukan skor blues berdasarkan persentase total dengan nilai mean	1. Karakteristik sampel adalah populasi ibu periode <i>antepartum</i> dan <i>postpartum</i> di Indonesia (bukan skala yang diadaptasikan kedalam budaya Indonesia). 2. Menggunakan item yang berbeda untuk memprediksi <i>maternal blues</i> pada skala <i>antepartum</i> dan skala <i>postpartum</i>. 3. Item yang dibangun berdasarkan perubahan emosional dan mood saat berinteraksi dengan janin/bayi setelah lahir sesuai dengan tugas dan perkembangan seorang perempuan menjadi ibu. 4. Penentuan skor blues berdasarkan nilai <i>cut-of point</i> dari hasil analisis uji diagnostic
-----------------	--	---

(Faisal-Cury *et al.*, 2008; Kennerley & Gath, 1989)

2. Rumusan Masalah Penelitian

Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam asuhan keperawatan maternitas meliputi asuhan terhadap kebutuhan biopsikososial dan spiritual. Namun saat ini asuhan keperawatan yang komprehensif tersebut belum memberikan dampak yang maksimal terhadap kesehatan psikologis ibu periode *antepartum* sampai *postpartum*. Masih ditemukan masalah depresi yang tidak terdeteksi sampai ibu berperilaku mencederai kehamilan, menelantarkan bayi serta bunuh diri. Kondisi pelayanan terhadap kesehatan mental ibu dalam menjalani masa perinatal, belum terimplementasi dan terprogram dengan baik di tatanan pelayanan primer maupun sekunder. Pelayanan terhadap kesehatan mental ibu selama masa perinatal dalam asuhan keperawatan maternitas yang perlu diprogram salah satunya

adalah deteksi dini terhadap perubahan emosional dan mood selama fase transisi. Upaya ini guna mencegah perilaku ibu yang dapat mencederai kehamilan dan bayi setelah lahir. Dimana perubahan emosional dan mood selama fase transisi menjadi ibu berpengaruh terhadap rasa ketertarikan terhadap kehamilan dan bayi yang akan dilahirkannya.

Sehingga upaya meningkatkan pelayanan kesehatan mental ibu selama periode perinatal salah satunya perlu mengembangkan skala untuk mendeteksi *postpartum blues* melalui kualitas emosional dan *mood* ibu disaat berinteraksi dengan janin/bayinya (*bonding attachment*) sesuai dengan perkembangan fungsi dan tugas wanita menjadi seorang ibu serta struktur budaya Indonesia. Pengembangan item pada skala *maternal blues* model Suryani melalui pernyataan *bonding attachment* mengacu pada dua faktor yakni faktor internal (peran dan tugas ibu) dan faktor eksternal (budaya ekonomi dan dukungan sosial). Adapun skala yang dibangun ada dua, periode *antepartum* dan *postpartum*. Observasi berkelanjutan yang dilakukan sejak *antepartum* sampai *postpartum* guna mendeteksi *postpartum blues*. Prosedur tersebut guna mencegah terjadinya depresi *postpartum*, melalui intervensi keperawatan yang tepat. Dengan harapan bila masalah fisik dan psikologis diatasi secara bersamaan maka akan lebih meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

Berdasarkan pemaparan informasi tersebut maka rumusan masalah penelitian adalah apakah pengembangan dan implementasi skala *maternal blues* model Suryani *antepartum* dan *postpartum* melalui *bonding attachment* dapat memprediksi *postpartum blues*. Rumusan masalah tersebut kemudian diuraikan dalam pertanyaan penelitian sebagai berikut:

- 1) Bagaimanakah hubungan nilai validitas dan reliabilitas antar item faktor peran dan tugas, budaya ekonomi, dukungan sosial skala *maternal blues* model Suryani *antepartum* melalui *bonding attachment* untuk memprediksi *postpartum blues*?

- 2) Bagaimanakah hubungan nilai validitas dan reliabilitas antar item faktor peran dan tugas, budaya, ekonomi, dukungan sosial skala *maternal blues* model Suryani *postpartum* melalui *bonding attachment* untuk memprediksi *postpartum blues*?
- 3) Bagaimanakah hubungan antara faktor internal dan faktor eksternal skala *maternal blues* model Suryani *antepartum* dan *postpartum* dalam memprediksi *postpartum blues*?
- 4) Bagaimanakah hubungan antara skala *maternal blues* model Suryani *antepartum* dan *postpartum* dengan skala *maternity blues* model Kennerley dalam memprediksi *postpartum blues*?
- 5) Bagaimanakah hubungan nilai sensitifitas skala *maternal blues* model Suryani *antepartum* dan *postpartum* dalam memprediksi *postpartum blues*?
- 6) Bagaimanakah hubungan antara skor *maternal blues* model Suryani *antepartum* dan *postpartum* dalam memprediksi *postpartum blues*?
- 7) Bagaimanakah hubungan faktor konfonding usia, paritas periode *antepartum* dan *postpartum* terhadap kejadian *postpartum blues*?

3. Tujuan Penelitian

3.1 Tujuan Umum

Dihasilkannya skala *maternal blues* model Suryani (MBS) *antepartum* dan *postpartum* melalui *bonding attachment* dalam memprediksi *postpartum blues*.

3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

- 1) Mengidentifikasi hubungan nilai validitas dan reliabilitas antar item faktor peran dan tugas, budaya ekonomi, dukungan sosial skala *maternal blues* model Suryani *antepartum* melalui *bonding attachment* untuk memprediksi *postpartum blues*.

- 2) Mengidentifikasi hubungan nilai validitas dan reliabilitas antar item faktor peran dan tugas, budaya, ekonomi, dukungan sosial skala *maternal blues* model Suryani *postpartum* melalui *bonding attachment* untuk memprediksi *postpartum blues*.
- 3) Mengidentifikasi hubungan antara faktor internal dan faktor eksternal skala *maternal blues* model Suryani *antepartum* dan *postpartum* dalam memprediksi *postpartum blues*.
- 4) Mengidentifikasi hubungan antara skala *maternal blues* model Suryani *antepartum* dan *postpartum* dengan skala *maternity blues* model Kennerley dalam memprediksi *postpartum blues*.
- 5) Mengidentifikasi hubungan nilai sensitifitas skala *maternal blues* model Suryani *antepartum* dan *postpartum* dalam memprediksi *postpartum blues*.
- 6) Mengidentifikasi hubungan antara skor *maternal blues* model Suryani *antepartum* dan *postpartum* dalam memprediksi *postpartum blues*.
- 7) Mengidentifikasi hubungan faktor konfonding usia, paritas periode *antepartum* dan *postpartum* terhadap kejadian *postpartum blues*.

4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian diuraikan dalam:

1) Manfaat Aplikatif

Skala MBS *antepartum* dan *postpartum* yang telah dibangun dapat digunakan dalam memprediksi *postpartum blues*. Skala ini terdiri dari kajian terhadap gejala dan faktor penunjang kejadian *postpartum blues* sehingga lebih memudahkan perawat atau bidan dalam memberikan intervensi. Intervensi yang diberikan sejak *antepartum* bersifat promotif dan preventif yang disesuaikan terhadap hal yang dialami ibu.

2) Manfaat Methodologis

UNIVERSITAS INDONESIA

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu acuan referensi untuk penelitian selanjutnya. Penelitian ini dapat sebagai latar belakang untuk membuat suatu program yang baru dalam pemerintahan untuk memajukan dan meningkatkan pelayanan ibu dan anak khususnya dalam mencapai MDGs.

3) Manfaat kebijakan kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi dalam mengadvokasi ibu terkait pelayanan yang diterima diruang rawat kebidanan. Petugas kesehatan memberikan kesempatan pada anggota keluarga untuk mendampingi ibu saat dirawat. Selain itu ibu mendapatkan edukasi dari perawat atau bidan sehingga ibu merasa diperhatikan terhadap kebutuhannya. Sehingga *postpartum blues* dapat diminimalis.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab dua menjelaskan teori yang mendukung penelitian mulai dari perkembangan psikologis ibu periode perinatal dan rangkaian tahapan pengembangan skala. Pemaparan perkembangan psikologis yang mempengaruhi emosional dan *mood* ibu serta interaksi ibu terhadap janin, bayi setelah dilahirkan (*bonding attachment maternal-fetal, baby*). Demikian juga dijelaskan prosedur dalam membangun sebuah instrumen yang valid dan handal. Berikut ini penjelasan:

2.1 Adaptasi Psikologis Maternal Periode Perinatal (*Antepartum – Postpartum*)

Perubahan tubuh selama kehamilan sampai dengan *postpartum* dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan psikologis. Perubahan ini membutuhkan masa adaptasi. Proses adaptasi ibu dapat dimanifestasikan dari sikap menerima atau menolak perubahan tersebut (McDade, 2008). Berikut ini dijelaskan proses adaptasi psikologis ibu dari sejak *antepartum* sampai dengan *postpartum*.

2.1.1. Adaptasi psikologis pada ibu periode *antepartum*

Perinatal adalah masa yang diawali sejak hamil sampai dengan setelah melahirkan. Bagi kebanyakan perempuan, kehamilan adalah suatu peristiwa alami dan menyenangkan. Namun tidak jarang seorang ibu mempersepsikan kehamilan tersebut sebagai beban (McDade, 2008). Hal ini telah dibuktikan oleh Zager, (2009) bahwa seorang perempuan merasa bangga telah berhasil menjadi seorang ibu karena telah bisa hamil. Serta menyatakan bahwa ibu hamil sering memiliki perasaan ambivalen, satu sisi ibu bangga dengan

kehamilannya, namun perubahan kondisi tubuh yang terjadi selama kehamilan menyebabkan perubahan emosional seperti cemas.

Persepsi yang salah terhadap kehamilan, menganggap kehamilan itu adalah suatu beban dapat memberikan dampak terhadap kesehatan psikologis dan fisik ibu. Sebagaimana yang dinyatakan oleh Tudiver & Tudiver (1992) bahwa perasaan mual, lelah dan gejala lain yang mengganggu kesehatan ibu selama hamil memberikan persepsi yang negatif terhadap kehamilannya. Ibu tidak dapat menerima perubahan tekstur kulit, bentuk tubuh, keringat banyak, frekuensi berkemih yang meningkat, perubahan pola nafas (Nicolson, 2010; Zager, 2009). Pada kondisi ini, ibu membutuhkan dukungan agar mampu beradaptasi terhadap perubahan fisik. Dengan demikian proses adaptasi terhadap perubahan tubuh selama kehamilan disertai dengan proses kematangan emosional yang berlangsung secara bersamaan.

Proses adaptasi dan kondisi emosional ibu terhadap penerimaan kehamilannya dipengaruhi oleh pemahaman dan harapan ibu terhadap kehamilan (Nicolson, 2010). Harapan yang tidak realistis dan asumsi yang salah terhadap kehamilan dapat memicu ketakutan dan kecemasan. Hal ini dapat menjadi pemicu perilaku resiko menolak atau menerima kehamilan. DiPietro, Christensen, & Costigan, (2010) menyatakan ada beberapa pertanyaan yang dapat diajukan terhadap ibu untuk menskrining perilaku tersebut. Pertanyaan tersebut sekitar tentang pengalaman sebelumnya tentang kehamilan, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat kehamilan masa lalu yang mempengaruhi kehamilan saat ini, pengalaman terhadap dukungan yang diterima, riwayat kesehatan ibu dan anak. Adanya penemuan yang negatif terhadap pertanyaan yang diajukan, membutuhkan evaluasi lebih lanjut untuk melihat proses adaptasi ibu terhadap kehamilan. Berikut ini beberapa hal yang

dapat dilakukan dalam menskrining dan mempersiapkan psikologis ibu terhadap anak yang belum lahir:

1). Gerakan janin intrauterin

Ibu dapat diajarkan bagaimana menilai gerakan janin. Gerakan janin dinyatakan sebagai gambaran bahwa janin hidup, berkembang dan semakin besar. Setiap gerakan janin menstimulus ibu untuk menyadari bahwa janin adalah individu yang tidak terpisahkan dari dirinya (Fraga, 2014).

2). Tindakan USG

Tindakan USG adalah salah satu cara untuk menstimulus ibu menerima janin yang ada di dalam rahimnya. Hasil rekaman USG yang diperlihatkan ke ibu menunjukkan bahwa janin adalah makhluk hidup yang bernafas, bergerak dan merasakan sensasi. Dengan demikian ibu akan mulai menerima akan kehamilannya serta janin yang ada dalam rahimnya (Fraga, 2014).

3). Persiapan psikologis menghadapi akan kelahiran bayi

Proses persalinan merupakan proses yang melelahkan dan menyakitkan. Sejak *antepartum* trimester ketiga ibu sudah harus diberikan informasi tentang proses persalinan untuk menyiapkan mental ibu. Keinginan ibu dalam mendapatkan bayi, pengalaman rasa sakit saat melahirkan serta penerimaan keluarga terhadap bayinya dapat mempengaruhi perilaku ibu saat menjelang kelahiran seperti menangis, cemas dan ketakutan (Fraga, 2014). Hal ini menjadi faktor stimulus yang mempengaruhi keberhasilan *bonding*. Ibu yang mengalami kesulitan membentuk hubungan ibu-bayi sering disebabkan pengetahuan yang kurang, kelelahan dan rasa sakit setelah melahirkan (Mercer, 2004).

2.1.2. Adaptasi psikologis pada ibu *intrapartum*

Perubahan psikologis selama periode melahirkan jauh lebih kompleks daripada kondisi perempuan dalam kehidupan sehari-hari. Selama periode melahirkan dan setelah melahirkan terjadi perubahan dengan cepat terhadap aspek fisik, sosial dan emosional (Aiken, 2003). Perubahan ketiga aspek tersebut adalah lanjutan dari perubahan yang terjadi semasa hamil (Aiken, 2003). Selama persalinan ibu merasakan adanya rasa sakit karena kontraksi persalinan yang berlangsung selama delapan sampai dengan dua belas jam, luka perineum serta kelelahan saat mengejan (Nicolson, 2010). Menurut Slade & Cree, 2010, ada beberapa cara dalam memfasilitasi kesehatan dan kesejahteraan fisik dan emosional ibu selama proses persalinan yaitu,

1) Perawatan emosional

Berdasarkan hasil penelitian, tingginya tingkat kecemasan dan stres ibu yang terakumulasi selama kehamilan dapat mempengaruhi lingkungan intrauterin dan berpotensi mempengaruhi perkembangan *neurobehavioral* anak dan persalinan (Austin, Leader, & Reilly, 2005; Duthie & Reynolds, 2013). Dengan demikian penting dilakukan perawatan emosional sejak kehamilan berupa Pendidikan kesehatan tentang proses kehamilan, persalinan dan memfasilitasi untuk mengurangi dan menghindari faktor stres.

2) Pengakuan akan potensi ibu terhadap perawatan ibu melahirkan

Kecemasan dan kekhawatiran sejak hamil sampai pasca melahirkan sering diperberat oleh tekanan dari lingkungan sosial seperti orang-orang yang ada disekitar ibu yang meragukan kemampuan ibu (Meighan, 2014; Mercer, 2004). Keluarga adalah orang

yang terdekat yang diharapkan memberikan dukungan dalam proses melahirkan. Dengan demikian ibu menjadi lebih tenang menghadapi persalinan.

3) Mendiskusikan tentang persalinan dan kelahiran.

Kesiapan perempuan menjadi ibu menjelang kelahiran dapat disampaikan disaat diskusi dengan orang-orang disekitarnya. Proses diskusi menuntun seorang ibu menjadi seorang pengasuh yang handal. Ibu dapat memahami hal yang perlu dilakukan dalam merawat bayi (Laxton-Kane & Slade, 2002). Ibu yang dapat beradaptasi terhadap perubahan yang dialami selama persalinan adalah ibu yang telah mendapatkan informasi melalui diskusi dengan orang-orang disekitarnya. Kesempatan yang dimiliki ibu untuk berdiskusi tentang persalinan memberikan perubahan kognitif dan emosional (Laxton-Kane & Slade, 2002). Ibu mendapatkan informasi tentang proses persalinan, kelahiran serta prediksi tentang hal yang kemungkinan dihadapi selama persalinan. Pemahaman terhadap proses persalinan membuat ibu lebih tenang sehingga proses persalinan berlangsung normal (Nerum, Halvorsen, Sørle, & Øian, 2006).

4) Memberi rasa aman dan ketenangan saat proses persalinan dan kelahiran

Penolong persalinan dapat memicu stress ibu selama proses persalinan (Austin *et al.*, 2005). Perilaku yang berpotensi pemicu stres selama persalinan adalah komunikasi yang sensitif seperti, intonasi suara, dan ekspresi wajah. Hal ini berdampak terhadap stres pasca persalinan (Czarnocka & Slade, 2000). Dimana ibu merasakan dirinya tidak mendapat dukungan dan pelayanan karena dianggap sebagai orang asing (Czarnocka & Slade, 2000). Stressor ini menjadi sumber ancaman terhadap kondisi emosional ibu. Oleh karena itu ketrampilan komunikasi selama memberikan perawatan pada ibu melahirkan dianggap perlu dan bagian dari prosedur medis untuk mempertahankan emosional ibu tetap stabil (Gilbert, 2005).

5) Memaksimalkan pemahaman ibu terhadap hubungan ibu-bayi

Penjelasan tentang kelangsungan hubungan ibu-bayi segera setelah melahirkan serta dampaknya perlu diberikan kepada ibu hamil. Hal ini untuk menyiapkan mental ibu disaat melahirkan dalam menerima intervensi *bonding attachment* dan *rooming in* segera setelah melahirkan.

2.1.3. Adaptasi psikologis pada ibu *postpartum*

Masa *postpartum* adalah periode yang dimulai segera setelah kelahiran anak sampai dengan minggu keenam setelah persalinan. Kondisi fisik akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Selain mengalami adaptasi fisik, ibu juga mengalami adaptasi psikologis yakni penyesuaian dengan bertambahnya anggota keluarga baru. Ibu yang baru pertama kali memiliki anak, belajar menyesuaikan diri untuk menjadi ibu (Mercer, 2004). Peran perawat dalam hal ini membantu ibu dan keluarganya menyesuaikan diri dengan perubahan ini dan masa transisi menjadi orangtua.

Menurut Scott & Kyle, (2009), ada tiga tahap proses adaptasi psikologis ibu selama periode *postpartum*. Tahap ini dapat membantu perawat untuk memahami perilaku ibu setelah melahirkan. Tahap pertama, *taking in* (tahap ketergantungan), berlangsung mulai hari pertama sampai ketiga postpartum. Pada tahap ini, ibu lebih fokus terhadap kebutuhan dirinya seperti kebutuhan untuk tidur dan istirahat. Fase ini ibu tergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhannya, tidak bisa mengambil keputusan, butuh diskusi untuk berbagi pengalaman setelah persalinan, dan bangga akan dirinya ketika melihat bayi (Scott & Kyle, 2009). Tahap kedua, *taking hold* (tahap proses transisi dari ketergantungan kearah mulai mandiri) yang berlangsung hari ketiga sampai kesepuluh setelah melahirkan. Pada tahap ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam

merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah (Scott & Kyle, 2009). Tahap ketiga *letting go* (mandiri) berlangsung setelah hari keenam. Pada tahap ini ibu dapat menerima tanggung jawab perannya dalam merawat bayi. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan kebutuhan bayinya (Scott & Kyle, 2009). Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya (Pillitteri, 2009).

Selama melalui proses tahapan adaptasi psikologi, ibu mengalami beberapa hambatan sehingga beresiko ibu mengalami perubahan emosional dan mental. Beberapa masalah kesehatan mental yang umum muncul selama periode *postpartum* adalah, *postpartum blues*, depresi *postpartum*, kecemasan, dan stress yang terkait dengan trauma disaat persalinan (Akinlabi, Olatunji, & Oluwayemisi, 2013).

Setelah melewati periode *antepartum*, *intrapartum* dan *postpartum*. Ibu masih mengalami masa pertumbuhan kearah penerimaan peran dan tugas menjadi seorang ibu. Sepanjang usia produktif ibu berupaya menjalankan peran dan tugasnya. Selama itu juga ibu mengalami proses adaptasi untuk menjadi seorang ibu.

2.1.4. Adaptasi psikologis dalam proses pencapaian peran menjadi ibu

Mc Grandles & Duffy, (2012) menyatakan bahwa hubungan rasa sayang antara ibu dan anaknya adalah sifat yang tumbuh secara alami sebagai proses pembelajaran, interaksi sosial dengan lingkungan sekitarnya. Proses ini adalah peristiwa yang paling besar sepanjang kehidupan seorang perempuan. Keberhasilan mempertahankan hubungan antara ibu sebagai *caregiver* dan anaknya memberikan dampak yang positif seumur hidup terhadap perkembangan psikologis anak dan perannya sebagai orangtua (Meighan, 2014). Oleh karena itu ada beberapa hal yang dapat dipaparkan untuk meraih kesuksesan menjadi

seorang ibu yakni keadaan psikologis ibu dan persiapan psikologis ibu (Meighan, 2014; Mercer, 2004).

1) Keadaan psikologis menjadi seorang ibu

Pada saat seorang perempuan dinyatakan hamil pertama kali yang dibutuhkan adalah suatu pengakuan dari orang lain terhadap 1) dirinya akan menjadi ibu, 2) anaknya yang belum lahir, dan 3) hubungannya dengan anak setelah lahir (Mercer, 2004).

2) Persiapan psikologis untuk menjadi seorang ibu

Mengingat bahwa menjadi seorang ibu beresiko mengalami peningkatan untuk berbagai masalah kesehatan mental yakni *baby blues*, depresi, kecemasan, dan kemarahan atau frustrasi (O'hara & Swain, 1996). Hal ini perlu dihindari agar seorang ibu dapat menerima bahwa dirinya akan menjadi ibu. Beberapa hal yang perlu dipersiapkan yakni (Fraga, 2014).

a) Mengeksplorasi pengalaman masa lalu bagaimana seorang ibu dulunya diasuh dan saat ini akan mengasuh (Fraga, 2014).

Pengalaman seorang perempuan saat diasuh ibunya dapat memprediksi gambaran bahwa persiapan dirinya menjadi ibu akan menjadi lebih baik atau lebih buruk. Fraga (2014) juga mengatakan bahwa pengalaman diasuh dan dampak dari pola asuh yang diterima dulu akan tetap melekat selama hidupnya. Seorang perempuan yang mengalami pola asuh yang tidak baik dari ibunya, cenderung mengalami masalah terhadap suasana hati, perilaku kasar, lalai dan meremehkan pengasuhan yang diberikan saat ini. Oleh karena itu bila tidak dibimbing selama proses menjadi ibu, maka pengalaman masa lalu dapat terulang kembali dalam pengasuhan kepada anaknya (Bartell, 2005).

b) Memberikan rasa percaya diri

Setiap ibu membutuhkan suatu dukungan informasional yakni pengetahuan tentang menjadi seorang ibu. Informasi yang diberikan dapat memberikan rasa percaya diri. Fungsi keluarga dan petugas kesehatan dapat memberikan rasa percaya diri seorang perempuan menjadi ibu melalui edukasi, membantu perawatan bayi (Fraga, 2014).

c) Meningkatkan kesehatan fisik

Bantuan material dan fisik dapat meningkatkan kondisi fisik ibu, baik itu masa *antepartum* sampai dengan *postpartum*. Hal ini dapat diperoleh dengan kehadiran anggota keluarga seperti suami, ibu dan mertua yang siap membantu kebutuhan ibu (Fraga, 2014).

2.2. Teori Keperawatan Pencapaian Peran Ibu

Mercer (2004), menyatakan bahwa konsep pencapaian peran ibu atau *maternal role attainment* (MRA), diperkenalkan pertama kali oleh Rubin pada tahun 1967. Rubin menyatakan untuk mencapai prestasi menjadi seorang ibu diperlukan suatu proses, baik bagi ibu yang baru pertama akan menjadi ibu maupun sudah memiliki anak. Prestasi yang diperoleh menggambarkan identitas sebagai seorang ibu. Salah satu prestasi pencapaian peran menjadi seorang ibu adalah terjalinnya hubungan interaksi antara ibu dan anaknya atau yang disebut dengan istilah *bonding attachment* ibu-bayi. Teori *bonding attachment* menurut Kinsey & Hupcey, (2013) telah digunakan oleh Rubin dari tahun 1975 dalam mengembangkan teori MRA. Kemudian pengembangan teori MRA ini dilanjutkan oleh Mercer tahun 1980 dengan melakukan eksplorasi terhadap ibu-ibu ditahun pertama periode *postpartum* terhadap tiga kelompok usia yakni: usia 15-19, 20-29, dan 30-42 tahun (Mercer, 2004). Penemuan tersebut, menghasilkan bahwa sebagian besar ibu *postpartum* (64%) dapat

mencapai identitasnya sebagai ibu di bulan keempat dan di akhir tahun pertama. Berdasarkan ¹penemuan-penemuan tersebut, Mercer mendefenisikan teori MRA adalah sebagai sebuah proses dalam mencapai kompetensi peran menjadi ibu, proses integrasi perilaku ibu kedalam citra diri yang dibangunnya. Pencapaian kompetensi tersebut memberikan suatu kenyamanan bagi ibu-ibu yang baru menjadi ibu terhadap identitas baru yang melekat pada dirinya (Manning, 2011; Mercer, 2004).

Teori MRA terus berkembang seiring dengan proses pengamatan yang dilakukan pada ibu. Berdasarkan hasil pengamatan tersebut Mercer mengusulkan suatu konsep baru, dimana MRA diganti menjadi *becoming a mother* (BAM) dengan alasan bahwa menjadi ibu adalah suatu transformasi yang mengalami proses pertumbuhan identitas maternal sepanjang hidupnya (Manning, 2011; Mercer, 2004, 2006). Mercer juga menyatakan bahwa menjadi seorang ibu tidak sekedar mencapai peran ibu, akan tetapi suatu proses belajar yang berlangsung terus menerus dalam upaya memperoleh keterampilan baru sesuai tumbuh kembang anak, dan meningkatkan kepercayaan diri saat berhadapan dengan tantangan baru dalam merawat anak-anaknya (Mercer, 2004, 2006).

2.2.1. Tahapan Penyesuaian Diri Menjadi Ibu / Becoming a Mother (BAM).

Mercer (2004) berpendapat bahwa transisi pencapaian peran ibu (MRA) adalah proses kognitif yang khusus untuk mengembangkan identitas maternal. Teori MRA menyatakan proses menjadi seorang ibu adalah mencapai sebuah prestasi identitas *maternal* melalui beberapa tahap. Adapun tahapan dalam mencapai peran ibu yakni: 1) antisipasi dan visualisasi peran, 2) aktualisasi formal peran dengan bantuan dari profesi kesehatan, 3)

secara informal, gambaran bagaimana hubungan pengalaman pengasuhan yang ibu rasakan dimasa lalu dan kesesuaian peran ibu dimasa sekarang. Proses ini dapat berlangsung empat bulan setelah kelahiran. Sedang dalam teori BAM, proses pencapaian peran ibu terus berlangsung sepanjang kehidupannya. BAM ada empat tahap (Mercer, 2006(Mercer, 2004).

1). Tahap pertama

Tahap pertama adalah tahap komitmen, *attachment* dan persiapan yang berlangsung selama kehamilan. Tahap ini, ibu mengalami proses adaptasi dan proses mempersiapkan diri untuk menjadi ibu. Ibu mulai mencari tahu bagaimana perilaku yang baik untuk menjadi ibu melalui pengalaman maupun informasi yang diperoleh dari ibunya dan orang lain.

2). Tahap kedua

Tahap ini fase berkenalan, belajar, dan pemulihan fisik. Tahap ini dimulai sejak kelahiran bayi. Peran ibu diasumsikan sebagai proses belajar terhadap lingkungan sekitarnya yang berlangsung dua minggu pertama dan disertai dengan pemulihan fisik setelah melahirkan.

3) Tahap ketiga

Tahapan ini menuju penemuan peran barunya menjadi ibu yang sesuai dengan yang diharapkan. Tahapan ini berlangsung dalam bulan pertama kehidupan bayi, dimana ibu menetapkan peran barunya sesuai dengan keinginan dan gaya hidupnya, bukan mengikuti lingkungan sosialnya. Pencapaian kearah normal mulai berlangsung dari minggu kedua sampai dengan bulan keempat.

4) Tahap keempat

Tahap ini adalah pencapaian identitas maternal. Pada tahapan ini ibu menginternalisasi perannya dan mengalami rasa harmoni, kompetensi dan percaya diri. Tahapan ini berlangsung dengan waktu yang bervariasi diantara ibu dan biasanya berlangsung diatas empat bulan dan seterusnya (Meighan, 2014). Proses ini tidak terbatas hanya pada akhir tahapan keempat namun secara kontiniu pencapaian identitas sebagai ibu sesuai tumbuh kembang anaknya.

2.2.2. Lingkungan Ekologi

Lingkungan ekologi mencerminkan lingkungan hidup antara lain, keluarga dan teman, komunitas, serta pemerintah dan petugas kesehatan. Lingkungan ekologi berperan terhadap pembentukan karakter perilaku ibu yang menggambarkan suatu identitas ibu (Meighan, 2014). Berikut ini dipaparkan pengaruh lingkungan ekologi dalam persiapan menjadi ibu.

1) Peran keluarga dan teman mempengaruhi penyesuaian diri menjadi ibu

Beberapa peran keluarga dan teman adalah memberikan dukungan fisik, dukungan sosial, penerapan nilai-nilai keluarga yang sesuai dengan yang dijalankan ibu, penerapan tradisi budaya seperti memberikan waktu istirahat, membantu proses pemulihan, meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan melalui ajaran dan arahan tugas seorang ibu, menjalankan fungsi keluarga dan memberikan pengakuan atas kemampuan sebagai seorang ibu (Meighan, 2014).

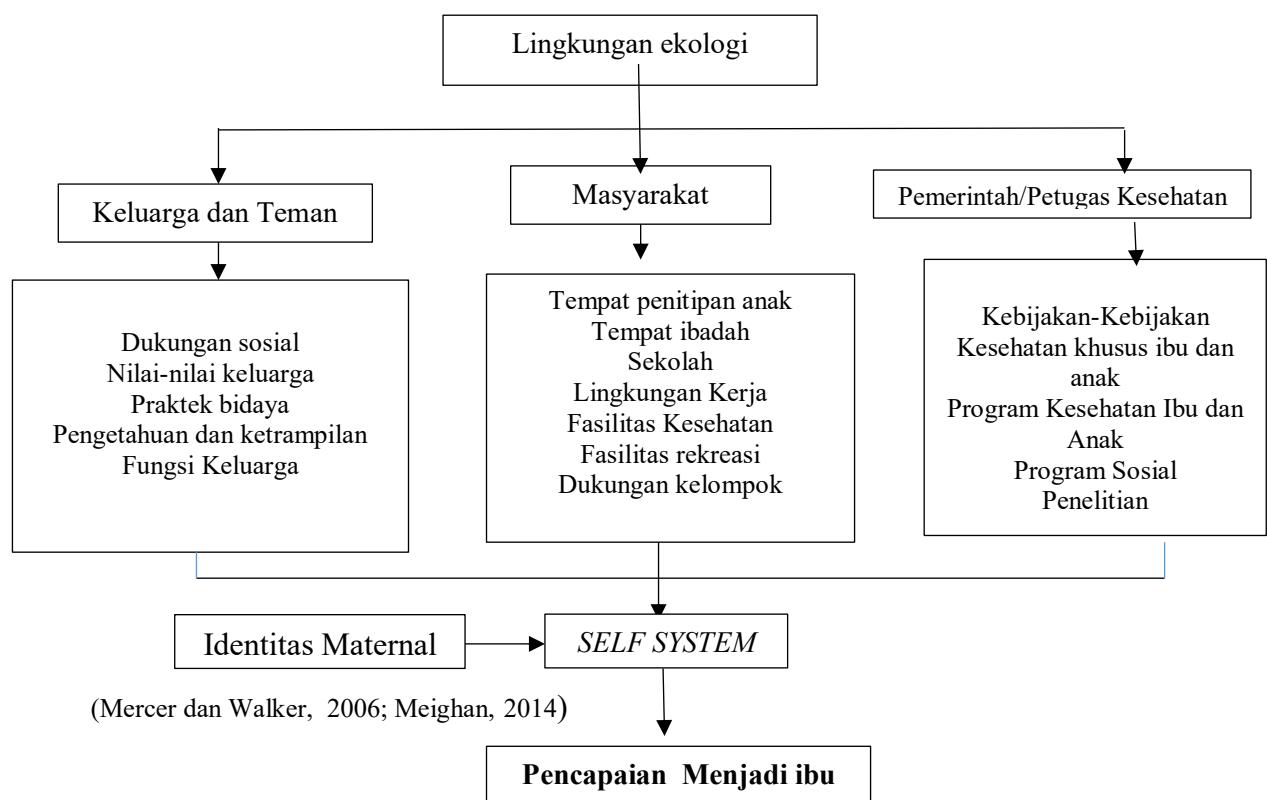
2) Peran lingkungan masyarakat untuk membantu penyesuaian diri menjadi ibu

Masyarakat menyiapkan beberapa sarana dan prasarana. Penyediaan sarana dan prasarana antara lain, penitipan anak, tempat ibadah, sekolah, lingkungan kerja, fasilitas kesehatan, fasilitas rekreasi, dan kelompok pendukung (Meighan, 2014).

3). Peran pemerintah dan pelayanan kesehatan

Program ini secara tidak langsung berdampak untuk membantu penyesuaian diri menjadi ibu melalui program upaya kesehatan ibu dan anak. Ibu yang sehat akan mampu menjalankan peran sebagai ibu yang baik. Beberapa lingkungan area pemerintah yakni, kebijakan yang berdampak terhadap kesehatan ibu dan anak, melibatkan upaya kesehatan reproduksi dan neonatal sains, program perawatan kesehatan nasional, berbagai program sosial dan dana penelitian untuk mempromosikan perempuan menjadi seorang ibu. Berikut gambar interaksi lingkungan yang mempengaruhi proses menjadi ibu (Meighan, 2014).

Skema 2.1 . Interaksi Lingkungan Ekologi Terhadap Perkembangan Identitas Ibu



2.2.3. Tugas Seorang Ibu

Selain pengaruh lingkungan ekologi terhadap pencapaian proses menjadi ibu, seorang ibu juga sudah harus mampu melaksanakan tugas seorang ibu. Mercer (2004, 2006) menyatakan sejak dini ibu sudah harus dapat melaksanakan tugas seorang ibu. Tugas tersebut sudah berlangsung sejak ibu dinyatakan hamil sampai dengan *postpartum*. Beberapa tugas ibu antara lain, menjaga bayi dan dirinya dalam kondisi aman, membentuk ikatan sosial, ikhlas dengan tuntutan kehamilan dan peran ibu di masa yang akan datang, penerimaan janin sebagai hal yang berbeda dari dirinya yang diikuti dengan proses terbentuknya *bonding attachment* ibu-bayi yang berlangsung secara bertahap (Mercer, 2004., 2006).

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi penyesuaian diri menjadi ibu

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan perempuan menjadi seorang ibu antara lain usia, budaya, sosial ekonomi, pekerjaan dan karir, gangguan sistem sensorik (Manning, 2011). Faktor-faktor tersebut diuraikan sebagai berikut:

1) Usia

Usia dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Ibu yang berusia diatas 35 tahun, dengan kondisi fisik yang mulai menurun, membutuhkan bantuan dari orang disekitarnya yakni pasangan dan orangtuanya untuk mencapai peran sebagai ibu (Manning, 2011). Namun kebalikannya bahwa perempuan yang berusia dewasa lebih mudah dan cepat mengatasi fase kritis dalam menyelesaikan tugas perkembangan, masa transisi menjadi orangtua dan beberapa adaptasi dalam perkawinan. Hal ini berbeda dengan perempuan berusia remaja disaat menjadi ibu. Perbedaan lain yang perlu dilihat pada orangtua dewasa dan remaja dimana ibu berusia dewasa lebih cepat beradaptasi dengan perilaku

bayinya dalam hal perawatan bayi (Manning, 2011). Dengan demikian respon perilaku *bonding* dan *attachment* ibu-bayi lebih cepat pada ibu berusia dewasa (Manning, 2011).

2). Budaya

Budaya dapat mempengaruhi perilaku menjadi ibu. Hal ini terlihat dari bagaimana cara keluarga merawat dan mempertahankan interaksi orangtua dengan bayi (McPail, Martin, & Readshow, 2012). Beberapa tradisi budaya menghadapi fase persalinan dan setelah melahirkan memiliki cara tersendiri dalam merawat ibu *postpartum* misalnya waktu istirahat untuk pemulihan fisik ibu. Menurut Manning (2011) pada budaya Asia, ibu harus tetap berada didalam rumah dengan bayinya setidaknya 30 hari setelah melahirkan. Ibu tidak boleh melakukan pekerjaan rumah tangga, termasuk mengurus bayi. Hal ini terlihat dimana nenek mengambil alih perawatan bayi langsung bahkan sebelum pulang dari rumah sakit (D'Avanzo & Elaine, 2003).

Praktek budaya tradisional, banyak pembatasan yang ditetapkan pada ibu setelah melahirkan antara lain pembatasan makanan, latihan dan aktifitas termasuk hubungan seksual, perawatan diri seperti mengikat perut, menghindari bak mandi dan mencuci rambut. Batasan-batasan yang diberlakukan pada ibu selama *postpartum* diatur sesuai tradisi budaya yang membuat ibu stres. Ibu yang stres akan menunjukkan perilaku *bonding* dan *attachment* terganggu (Manning, 2011).

3) Sosial Ekonomi

Kondisi sosial ekonomi juga dapat merubah perilaku seorang ibu terhadap bayinya. Biasanya persalinan yang buruk ditemukan pada keluarga dengan kondisi ekonomi yang rendah akibat komplikasi. Dengan kondisi ekonomi buruk dan paritas yang banyak pemicu komplikasi obstetri (Bollen, 2015). Hal ini menyebabkan stres pasca trauma

syndrome (PTSD) yang menyebabkan ibu mengurangi kontak dengan bayinya. Pengaruh lainnya, masalah finansial juga dapat mengesampingkan keinginan ibu terhadap bayinya, ibu dapat memberikan bayinya ke orang lain.

4) Pekerjaan dan Karir

Kehamilan adalah awal menjadi orang tua. Beberapa perempuan merasa kehamilan sebagai kerugian yang menstimulus perasaan benci. Kehamilan dianggap mengganggu atau menghalangi kebebasan dirinya atau kemajuan karirnya. Sehingga pekerjaan dan karir menjadi sumber konflik disaat menjadi ibu. Ibu dihadapkan terhadap dua pilihan antara anak atau pekerjaan dan melanjutkan karir. Kondisi ini menyebabkan ibu stres dan perubahan perilaku yang mengganggu interaksi ibu-bayi (Manning, 2011).

5) Gangguan sistem sensorik

Interaksi awal antara ibu dan bayi setelah kelahiran menggunakan sistem sensorik. Tangisan bayi, kontak kulit awal dari terbentuknya *bonding* dan *attachment*. Semua indera sensorik ini digunakan ibu untuk memulai dan mempertahankan proses *bonding dan attachment*. Orang tua yang memiliki gangguan salah satu sensorik akan membutuhkan maksimal alat sensorik lainnya. Faktor ini kemungkinan dapat mempengaruhi hubungan interaksi ibu dan bayi (Manning, 2011).

Beberapa ibu dapat mengalami keterlambatan dalam timbulnya kasih sayang terhadap anak setelah melahirkan dan kadang-kadang kegagalan bertahan lama. Hal ini berkaitan dengan kesehatan mental ibu (Wittkowski, Wieck, & Mann, 2007). Menurut Moehler, Brunner, Wiebel, Reck, & Resch, (2006) ibu yang mengalami depresi pada dua minggu, enam minggu dan empat bulan *postpartum* memiliki kualitas *bonding attachment* yang rendah. Demikian juga kualitas *bonding attachment* bayi terhadap pengasuhnya.

Respon ini juga dapat ditemukan pada gejala depresi ringan yang terjadi dalam beberapa hari setelah melahirkan yakni *postpartum blues* (Moehler *et al.*, 2006).

2.3. Bonding Attachment

Istilah *bonding* dan *attachment*, menggambarkan perasaan antara ibu dan bayi. Istilah *attachment* memiliki arti yang lebih luas dari *bonding*. *Attachment* menjelaskan tentang bagaimana ibu dan bayi membangun hubungan dari waktu ke waktu sehingga bayi merasa aman dan dicintai, serta siap untuk menghadapi dunia luar (Taylor & Wright, 2015). *Bonding* menjelaskan tentang luapan perasaan cinta dan kelembutan yang ibu rasakan terhadap bayi. Perasaan itu dapat muncul saat hamil misalnya ketika merasakan gerakan bayi, melihat hasil USG serta luapan perasaan cinta dan menyanyangi muncul disaat pertama kali memegang bayi setelah melahirkan (Taylor & Wright, 2015).

Istilah *bonding* dan *attachment* digunakan secara bervariasi. Ada yang menyatakan *bonding* atau *bonding attachment*. Sebagaimana yang dinyatakan oleh beberapa peneliti sebelumnya, *bonding* ibu-bayi merupakan proses timbal balik (Crouch, 2002; Matthey & Speyer, 2008). Ada juga yang menyatakan bahwa *bonding* ibu dan *attachment* bayi saling tergantung satu sama lain (Figueiredo & Costa, 2009).

2.3.1 Teori Bonding Attachment

Lahirnya teori *attachment* adalah hasil penelitian Bowlby, (1907-1991) dan penelitian Ainsworth, (1913) (Bretherton, 1992). Bowlby membangun teori *attachment*, dari konsep etiologi perkembangan psikologi. Bayi akan memiliki *attachment* dengan ibunya disaat menyusu dan mendapatkan kenyamanan emosional. Proses menyusu, salah satu cara bayi mulai belajar untuk menghubungkan kenyamanan dirinya dengan pemberian ASI. Proses

ini terjadi ketika bayi dekat dengan payudara ibu, dan mendapatkan rasa nyaman yang dapat membantu dalam proses *bonding* (Baber, 2015).

Bonding adalah ungkapan cinta, perhatian dan kepedulian yang unik terhadap hubungan ibu dengan bayi. Ikatan yang kuat antara ibu dengan bayi memberikan perasaan sejahtera. Pillitteri, (2009) menyatakan *bonding* adalah ikatan emosional yang terjadi dengan adanya interaksi ibu-bayi sejak berlangsungnya kehidupan bayi di dalam kandungan sampai dengan kelahiran. Dengan demikian *bonding* terdiri dari aspek emosi dan sikap. Emosi dapat ditunjukkan ketika merasa senang, marah ataupun takut terhadap sesuatu (Watson, 2000). Ketika emosi ibu merasa senang dengan kondisinya saat ini maka sikap yang muncul adalah ketertarikan dengan janin/ bayi, rasa sayang, keinginan mempertahankan kehamilannya atau merawat bayinya (Baber, 2015). Namun disaat ibu mengalami perubahan emosi, besar kemungkinan mengalami *postpartum* depresi atau masalah kesehatan mental lainnya, maka perilaku yang muncul saat ini mengakhiri kehamilannya, komunikasi berlangsung jarang, ibu akan memutuskan tidak menyusui bayi (Cheng et al., 2009).

Teori *bonding* menjadi populer setelah Klaus dan Kennell pada tahun 1976 mempublikasikan konsep *bonding* ibu-bayi dalam bukunya *Maternal-Infant Bonding* (Kinsey & Hupcey, 2013). Hasil penerapan teori *bonding* ibu dan bayi, memberikan suatu perubahan yang signifikan dalam perawatan di rumah sakit yakni berjalannya program *rooming in*. Program *rooming in* ibu *postpartum* dengan bayinya merupakan upaya meningkatkan *bonding* ibu dan bayi. Kemudian dilembagakan menjadi suatu kebijakan perawatan rumah sakit. Keinginan ibu *rooming in* dengan bayinya dikaitkan adanya ketertarikan ibu terhadap bayinya (Kinsey & Hupcey, 2013).

2.3.2. Defenisi Konseptual *Bonding Attachment*

Proses pembentukan *bonding attachment* menurut Rubin (1967), dimulai sebelum kelahiran bayi. Hal ini dinyatakan ketika meneliti bagaimana pencapaian peran menjadi ibu diawali sejak kehamilan melalui USG, *quickenning* (Meghan, 2014). Definisi *bonding attachment* dengan janin selama kehamilan mengacu pada proses dimana seorang ibu hamil mengalami perasaan dan emosi terhadap janinnya, berinteraksi dengan janinnya. Proses ini adalah sebagai dasar dalam membentuk identitas maternal (fase dimana perempuan mulai mengidentifikasi dirinya sebagai seorang ibu selama kehamilan (Doan & Zimmerman, 2008; Honig, 2007). Defenisi konseptual *bonding attachment antepartum*

- 1). *Attachment* ibu-janin adalah gambaran sejauh mana keterlibatan seorang ibu dalam berinteraksi dan membangun hubungan ibu dan anaknya selama hamil (Doan & Zimmerman, 2008).
- 2) *Bonding prenatal* adalah keterikatan hubungan ibu dengan bayi selama kehamilan yang mengacu pada proses dimana seorang wanita hamil mengalami perasaan dan emosi untuk janinnya, berinteraksi dengan janinnya dan mengembangkan identitas ibu (yaitu mulai mengidentifikasi dirinya sebagai seorang ibu) selama kehamilan (Doan & Zimmerman, 2008). Ikatan antara seorang ibu dan janinnya oleh profesional kesehatan sering dikonsep sebagai *attachment* ibu-janin atau *attachment prenatal*.
- 3) *Maternal bonding* adalah sebuah ikatan hubungan ibu dan anaknya yang biasanya terkait dengan kehamilan dan persalinan yang dipengaruhi oleh faktor fisik dan emosional (Winkler, 2000).
- 4) Menurut Armstrong, (2002) defenisi *attachment prenatal* tersebut ditemukan beberapa perbedaan yang pada umumnya dibagi menjadi dua kelompok yakni:

- a) Definisi yang menggambarkan *attachment* sebagai bentuk emosi ibu selama kehamilan.
- b). Definisi yang menggambarkan *attachment* sebagai bentuk perilaku ibu selama kehamilan.

Defenisi *bonding attachment periode postpartum*.

- a) *Bonding attachment postpartum* adalah ikatan langsung antara ibu dan neonatus yang merupakan konsekuensi dari proses *antepartum* (Husmillo, 2013).
- b) *Maternal infant bonding* adalah mengacu pada perasaan dan hubungan ibu ke anaknya yang dimulai sebelum kelahiran dan biasanya berkembang sangat cepat dalam minggu-minggu pertama setelah bayi lahir (Jeanne, Glenn, & Lawrence, 2018).
- c) *Attachment bonding maternal* adalah mengacu pada hubungan emosional antara ibu dengan anaknya yang dimulai pada saat lahir, berkembang pesat dalam dua tahun ke depan dan terus berkembang sepanjang hidup (Jeanne et al., 2018).

Kesuksesan *bonding attachment* ibu-bayi di periode *postpartum* didasarkan adanya kontak dini pada fase kritis yakni periode satu jam pertama setelah kelahiran (Kinsey & Hupcey, 2013). Demikian juga Young, (2013) menyatakan bahwa periode dalam satu jam pertama setelah lahir menjadi fondasi yang kuat untuk terjadinya *bonding*. Selain itu, Klaus dan Kennell menyatakan bahwa periode segera setelah lahir adalah waktu yang penting untuk membangun *bonding attachment* ibu dan bayi (Manning, 2011). Hal ini dinyatakan dengan alasan bahwa periode di menit pertama segera setelah bayi lahir adalah periode yang sensitif dalam membangun hubungan ibu, ayah dengan bayi.

Penyimpangan *bonding attachment* atau *bonding attachment disorder* kemungkinan dapat terjadi karena faktor internal maupun eksternal. Berikut ini akan disampaikan beberapa definisi konsep *bonding attachment / attachment disorder* berdasarkan beberapa referensi yang telah dikumpulkan yakni:

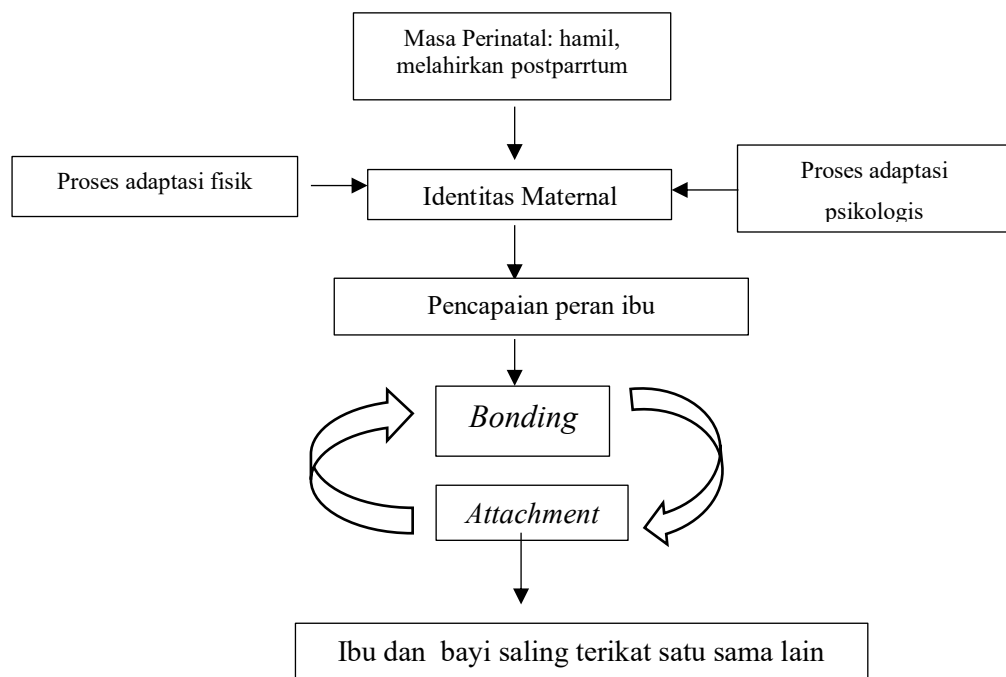
- a) Gangguan *attachment* adalah gangguan **suasana hati, perilaku,** dan **hubungan sosial** sebagai gambaran terhadap **kegagalan dalam membentuk ikatan** antara pengasuh dan anak usia dini (Fonagy, 2001).
- b) Gangguan *attachment* adalah hasil dari **pengalaman negatif** yang terjadi di awal hubungan (Smith, Shubin, & Segal, 2018).
- c) Gangguan *attachment* didefinisikan sebagai kondisi di mana individu **mengalami kesulitan membentuk hubungan** yang berlangsung lama (Gartstein & Iverson, 2014).
- d) Gangguan *attachment* adalah respon psikologis sebagai dampak dari **pengalaman negatif** pada pengasuh yang berlangsung biasanya sejak bayi dan mengganggu **hubungan** eksklusif dan unik antara anak dan pengasuhnya.
- e) Gangguan *attachment* adalah istilah umum yang menggambarkan **gangguan suasana hati, perilaku,** dan **interaksi sosial** (Lubit, 2015).
- f) Gangguan *attachment* adalah **kegagalan dalam membentuk keterikatan** secara normal antara pengasuh utama pada anak usia dini (Lacey, 1997).
- g) Gangguan *attachment* adalah suatu keadaan gangguan mental dan emosional yang menyebabkan **kegagalan untuk membentuk ikatan** yang sesuai dengan orang tua atau wali pada anak usia dini (Zeanah & Gleason, 2015).

Berdasarkan definisi konseptual dari konsep *attachment disorder* maka dapat dinyatakan kondisi seorang ibu yang mengalami perubahan/ gangguan mental dan emosional akan memiliki karakteristik *bonding attachment* seperti di bawah ini:

- a) Gangguan suasana hati dan perilaku
- b) Kesulitan membentuk hubungan
- c) Pengalaman negatif
- d) Kegagalan membentuk ikatan
- e) Gangguan interaksi sosial

Dengan demikian perubahan/gangguan mental dan emosional ibu dapat digambarkan melalui perubahan interaksi ibu dengan anaknya. Gambaran gangguan/perubahan mental dan emosional adalah penurunan keterlibatan afektif ibu, mudah marah, sifat agresif, serta penolakan bayi (Brockington et al., 2001; Brockington, Fraser, & Wilson, 2006).

Skema 2.2 Proses Keterikatan Kasih sayang Ibu dan Bayi (*Bonding attachment*)



(Henry, Richard-Yris, Tordjman, & Hausberger, 2009; Mercer, 2004, 2006; Pillitteri, 2009; Young, 2013)

2.3.3. Masa Pembentukan *Bonding Attachment* Ibu dan Anak

Menurut Rubin (dalam Husmillo, 2013) dasar untuk membangun teori *attachment* dimulai sebelum kelahiran bayi. Hal ini dinyatakan ketika meneliti bagaimana pencapaian peran menjadi ibu. Proses terjadinya *bonding attachment* dibagi atas dua yakni:

1). *Bonding Attachment antepartum*

Bonding antara seorang ibu dengan janinnya yang dinyatakan oleh para ahli kesehatan sebagai *attachment* ibu-janin atau *attachment antepartum* (Honig, 2007). Proses dalam menetapkan definisi *bonding attachment antepartum* diawali dari penelitian perilaku *bonding attachment* selama hamil. Pengamatan dilakukan terhadap ibu yang berduka atas kehilangan janinnya. Hasil dari pengamatan tersebut menggambarkan bahwa ibu mengalami proses berduka yang dalam. Kesimpulannya bahwa proses berduka yang dialami ibu tidak akan terjadi jika tidak terjadi hubungan ikatan dengan janinnya (Armstrong, 2002). Sehingga sejak saat itu muncullah suatu definisi *bonding/attachment* ibu dan janin.

Selama periode kehamilan, proses *bonding* ibu dan janin terbentuk, disebabkan adanya pergerakan janin sejak trimester kedua, janin yang sedang berkembang dapat mendengar detak jantung, suara ibu, dan memiliki kemampuan untuk merespon sentuhan atau gerakan stimulus yang diberikan ibu. Menurut Winkler, (2000) bahwa pada bulan ketujuh kehamilan, dua-pertiga dari perempuan yang diteliti telah terjadi *bonding* yang kuat antara ibu dan anaknya sebelum lahir. Sebaliknya ibu yang tidak menginginkan kehamilannya, biasanya kualitas hubungan ikatan ibu dengan anak adalah rendah (Cheng *et al.*, 2009).

- a) Manfaat *bonding* dengan janin selama kehamilan.

Bonding antepartum dapat digunakan dalam memprediksi hubungan *bonding* setelah bayi lahir, pertumbuhan dan perkembangan bayi. Sebagaimana yang disampaikan oleh Honig, (2007) bahwa *bonding* ibu dan janin selama kehamilan, akan menghasilkan perilaku *bonding* dengan bayi yang lebih baik setelah kelahiran. *Bonding* antara ibu dan janin juga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan masa depan bayi setelah lahir.

- b). Faktor-faktor yang mempengaruhi *bonding attachment* prenatal.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya, telah mengidentifikasi banyak faktor yang mempengaruhi sejauh mana terjadinya *bonding* atau *attachment* ibu dengan janinnya selama kehamilan antara lain:

Sosial ekonomi

Status ekonomi berhubungan dengan status kesehatan ibu hamil dalam hal perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan. Ibu dengan latar belakang sosial-ekonomi rendah cenderung memiliki status kesehatan yang lebih buruk dan juga cenderung tidak mengakses fasilitas kesehatan dibandingkan perempuan dengan status sosial-ekonomi yang lebih tinggi (O'hara & Swain, 1996). Ada beberapa bukti bahwa perilaku positif pemanfaatan fasilitas kesehatan pada wanita dari latar belakang sosio-ekonomi yang baik memiliki hubungan *bonding attachment* ibu-janin yang kuat. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa pelayanan yang diterima ibu semasa pemanfaatan fasilitas kesehatan yakni:

- Perawatan *antepartum*, ibu yang menerima perawatan *antepartum* lebih memungkinkan untuk terjadinya *bonding* dengan janin dibandingkan ibu yang

tidak mendapatkan perawatan *antepartum*. Hal ini disebabkan selama perawatan *antepartum* ibu memperoleh edukasi tentang janin, cara dan manfaat berinteraksi dengan janin (van Bakel, Maas, Vreeswijk, & Vingerhoets, 2013; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009).

- Diet yang sehat semasa hamil: pengalaman ibu dengan edukasi diet ibu hamil, ibu cenderung mempertahankan diet yang sehat guna pertumbuhan janin. Perilaku ini menunjukkan adanya perhatian ibu untuk janinnya sebagai refleksi dari gambaran perilaku *bonding* ibu-janin yang baik. Hal ini berbeda dengan perilaku ibu yang tidak memperdulikan diet sehat buat janinnya (van Bakel *et al.*, 2013).
- Senam hamil secara teratur, senam hamil membangun hubungan ibu dan janin. Prosedur senam yang dijalani membangun hubungan ikatan yang lebih besar dengan janinnya dibandingkan ibu yang tidak melaksanakan senam hamil (van Bakel *et al.*, 2013).

Jumlah persalinan

Berdasarkan penemuan sebelumnya, pengalaman melahirkan mempengaruhi sikap ibu terhadap janinnya. Paritas yang sedikit tingkat *attachment prenatal* yang lebih tinggi dibandingkan ibu dengan pengalaman paritas yang banyak.

Gangguan *mood*

Gangguan *mood* seperti *postpartum blues* dan depresi, sangat lazim terjadi yang diawali sejak hamil. Berdasarkan penelitian sebelumnya telah membuktikan bahwa kondisi gangguan *mood* dapat mempengaruhi ibu selama kehamilan dan *postpartum*. Dampak dari perubahan mood ini menunjukkan bahwa ibu yang mengalami depresi atau gangguan suasana hati selama kehamilan, maka *bonding* dengan janinnya tidak terjadi.

Kehamilan risiko tinggi

Beberapa ibu hamil yang memiliki risiko tinggi untuk kehamilannya seperti riwayat keguguran, janin kembar, preeklamsia serta kelainan janin seperti *anomaly*, *distress* gawat janin ada perbedaan perilaku *bonding* dengan janinnya. Ada perbedaan kekuatan ikatan hubungan ibu-janin antara ibu dengan kehamilan risiko tinggi dan ibu dengan kehamilan normal (Damato, 2004).

Penyalahgunaan zat (Lewis, 1999)

Penyalahgunaan zat selama kehamilan berdampak terhadap kesehatan ibu dan bayi setelah lahir. Pengaruh terhadap bayi seperti risiko berat badan lahir rendah dan gangguan perkembangan anak. Ibu yang menggunakan zat adiktif selama kehamilan memungkinkan merasa lebih sulit untuk mencapai tugas-tugas yang penting untuk *bonding* dengan bayinya. Tugas tersebut meliputi hal-hal seperti perasaan cinta atau kasih sayang bagi janin, pemenuhan kebutuhan janin dan menjaga keamanan janin. Peneliti sebelumnya telah meneliti proses *bonding* ibu-janin dalam berbagai kelompok pengguna narkoba. Penelitian tersebut melaporkan bahwa ibu pengguna narkoba berjuang untuk *attachment* dengan janin dan memiliki pengalaman rasa bersalah, ketidakpastian dan ketakutan dengan kehamilannya.

Ultrasonografi (USG).

Tindakan diagnostik USG memungkinkan ibu dapat melihat janin tumbuh di dalam rahimnya. Berdasarkan penelitian sebelumnya menyatakan ada perbedaan *attachment* ibu-janin antara ibu yang di USG dengan yang tidak di USG. Hasil penelitian menyatakan bahwa *attachment* ibu janin yang lebih besar adalah ibu yang di USG. Namun tidak ditemukan perbedaan *attachment* ibu-janin dengan jenis USG (USG dua, tiga dan empat dimensi) (Pretorius *et al.*, 2006). Kemungkinan yang membuat

ibu mulai merasa *attachment* dengan bayinya adalah setelah merasakan janin bergerak (Freeman, 2000; Lumley, 1990).

Skrining serum ibu dan *amniocentesis*

Beberapa penelitian telah meneliti penggunaan berbagai tes untuk menilai kelainan janin, dan mengaitkan pelaksanaan tes dengan perilaku *bonding* ibu janin. Penelitian ini melihat perbedaan besar kecilnya *bonding* ibu-janin. Penelitian terhadap ibu yang dilakukan test amniosentesis dan sekelompok ibu yang mengikuti test skrining serum. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa ibu yang melakukan screening serum ditemukan kurang *attachment* pada janinnya dibanding ibu yang dilakukan test *amniocentesis* (Lawson & Turriff-Jonasson, 2006)..

2) *Bonding Attachment Postpartum*

Kontak awal yang dilakukan oleh ibu dan ayah dengan bayi segera setelah kelahiran adalah waktu yang baik dalam membangun perkembangan interaksi *bonding attachment* yang optimal (Hertenstein, 2002; Hertenstein & Campos, 2001; Manning, 2011). Bentuk perilaku *bonding attachment* diawal kontak dengan bayi berupa *skin to skin contact*, *eye contact*, menyusui, *roming ini*, komunikasi verbal, usapan (Baber, 2015; Hertenstein, 2002; Hertenstein & Campos, 2001; Manning, 2011; Meighan, 2014; Potgieter, 2017; Riordan, 2005). Selama melakukan *touch* dengan bayinya yang perlu diperhatikan adalah apa yang dikomunikasikan, bentuk sentuhan fisik, aksi yang dilakukan pada kulit (Hertenstein & Campos, 2001). *Skin to skin contact* sekitar 30 sampai 40 menit setelah kelahiran dilakukan dengan bayi dalam kondisi telanjang, dengan atau tanpa topi, ditempatkan di atas dada ibu tanpa bra, selimut ditempatkan di punggung bayi (Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2014).

Oleh karena itu, Henry *et al.*, (2009) menyatakan *window of opportunity* yang perlu diwaspadai dalam mendukung *bonding* adalah periode segera setelah lahir dimana dalam satu jam pertama kehidupan, secara alami neonatus memiliki keinginan untuk menyusui. Penempatan bayi *skin to skin* di dada ibu memfasilitasi bayi untuk menyusui. Jika masa ini telah terjadi hubungan ibu dan bayi maka dapat diprediksi *bonding attachment* akan berlangsung kearah kualitas yang lebih baik. Kebalikannya, jika tidak ada hubungan ibu dan bayinya pada fase kritis selama periode satu jam pertama setelah melahirkan maka konsekuensinya akan terjadi hubungan ikatan kearah kualitas yang rendah (Brockington, 2004).

Beberapa faktor dapat mempengaruhi terbentuknya proses *bonding attachment* periode *postpartum*. Faktor tersebut antara lain, neurobiologis, kesehatan emosional ibu, dukungan keluarga, pasangan dan teman, kedekatan orangtua ke anak, kondisi anak dan jenis kelamin, kompetensi merawat bayi. Berikut penjelasan dari faktor tersebut:

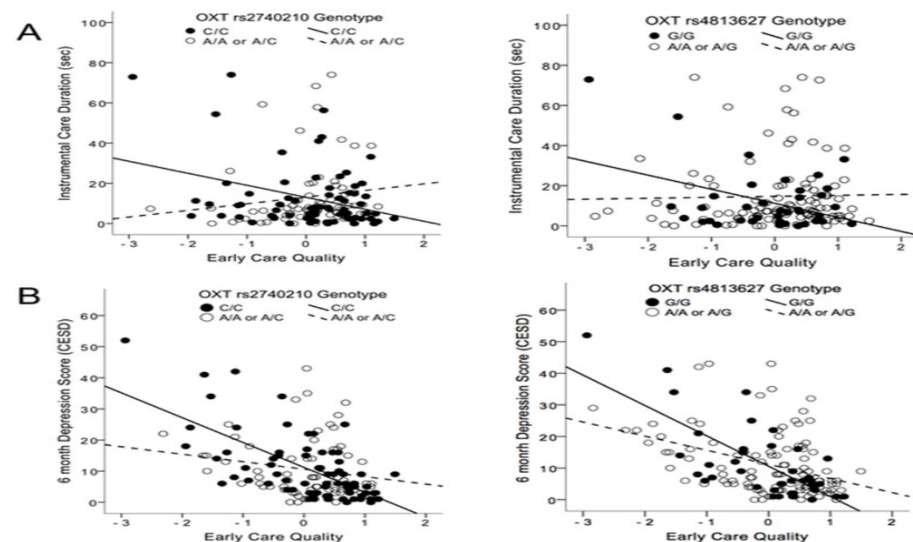
Neurobiologis

Sistem neuroendokrin yang terkait dengan pembentukan *bonding attachment* pada mamalia mempunyai peran yang sama pada manusia (Feldman, Weller, Zagoory-Sharon, & Levine, 2007). Neuropeptida yang terkait dalam mengatur perilaku sosial, seksual dan reproduksi adalah oksitosin bersama dengan vasopresin (Insel & Young, 2000). Vasopresin memainkan peran dalam regulasi homeostasis cairan, suhu, fungsi sistem saraf otonom dan kardiovaskular, sehingga melalui aktivasi sistem ini vasopressin menyebabkan peningkatan gairah, perhatian, dan agresif. Sedangkan oksitosin lebih terlibat dalam regulasi perilaku sosial dengan konsekuensi bahwa oksitosin dapat menghambat tindakan vasopresin selama periode kehamilan sampai dengan menyusui (Insel & Young, 2000).

Galbally, Lewis, Ijzendoorn, & Permezel, (2011) juga menyatakan bahwa ada tujuh penelitian yang menemukan hubungan yang kuat dan signifikan antara tingkat atau pola oksitosin dengan *bonding* dan *attachment* ibu-bayi. Demikian juga Gordon *et al.*, (2008), Nagasawa *et al.*, (2012) menyatakan bahwa *bonding* berhubungan dengan oksitosin dan memiliki hubungan berbanding terbalik dengan tekanan psikologis, terutama gejala depresi. Perilaku *bonding* pada orang tua dewasa dapat diprediksi melalui perbandingan antara kadar oksitosin dengan kortisol serta distres psikologis dan gaya *attachment*. Tingginya kadar kortisol berhubungan dengan pola *attachment anxiety style*.

Demikian juga kadar oksitosin yang stabil selama kehamilan, memprediksi perilaku *bonding* pada periode *postpartum*. Hal ini disebabkan karena hormon tersebut berperan penting dalam kehadiran rasa cinta dan kasih sayang, baik pada manusia maupun binatang (Tanjung, 2014). Semakin meningkat rasa cinta dan kasih sayang maka akan semakin kuat hubungan ikatan ibu-bayi. Selain itu Feldman *et al.*, (2007) menyatakan bahwa oksitosin memainkan peran dalam munculnya perilaku tentang gambaran mental selama proses pembentukan *bonding* pada ibu selama *antepartum* maupun *postpartum*.

Gambar 2.1 *Interaction between Oxytocin Genotypes and Early Experience Predicts Quality of Mothering and Postpartum Mood.*



(Mileva-Seitz *et al.*, 2013)

Gambar diatas ada dua polimorfisme oksitosin OXTR gen peptida (rs2740210 dan rs4813627) dan satu polimorfisme dalam OXTR gen reseptor oksitosin (rs237885) yang diujikan pada ibu enam bulan *postpartum*. OXTR, rs2740210 dan rs4813627 signifikan terhadap interaksi ibu dengan bersuara ke bayi. Selain itu polimorfisme ini juga berhubungan dengan kualitas perawatan yang dilakukan ibu dalam kehidupan awal bayi serta memprediksi variasi hubungan dalam perawatan ibu dengan *postpartum* depresi.

Kesehatan emosional orang tua

Kesehatan emosional orang tua berdampak terhadap perilaku *bonding attachment*. Sebagaimana yang dinyatakan oleh Edhborg *et al.*, (2011), Edhborg, Matthiesen, Lundh, & Widström, (2005), ada korelasi yang kuat antara perkembangan depresi *postpartum* dan penurunan ikatan emosional ibu untuk bayinya. Pengalaman stres terhadap kehamilan dan persalinan, dapat mencetuskan kecemasan, neophobia, dan rasa terisolasi yang berdampak terhadap pembentukan *attachment* sosial berlangsung lama (Carter, 2006). Dampak negatif pada *bonding attachment* terjadi ketika mengalami depresi *postpartum* dalam waktu dua

minggu sampai tiga bulan setelah melahirkan. Ibu yang depresi menjadi kurang responsif, kurang spontan, dan membatasi diri dalam berinteraksi dengan bayinya. Demikian juga yang dinyatakan oleh Murray & Cooper, (1997) bahwa ibu yang mengalami depresi *postpartum* dalam dua bulan pertama setelah melahirkan berisiko tinggi untuk mengalami *attachment insecure* dibandingkan dengan ibu di periode *postpartum* 16 bulan kemudian.

Dukungan dari keluarga, pasangan dan teman

Dukungan dari keluarga, pasangan dan teman merupakan faktor yang penting dalam pembentukan perilaku *bonding attachment*. Dukungan dari orang sekitar terhadap penerimaan anak, memberikan pengaruh yang positif terhadap respon psikologis ibu terhadap bayinya seperti rasa bahagia, senang (Manurung, 2016) .

Kedekatan orang tua ke anak

Metode *rooming in* salah satu cara membina kedekatan antara orang tua dan anak. Ibu berada dalam satu ruangan dengan bayi agar terjalin secara langsung hubungan ibu dan anak. Hubungan tersebut menjadikan ikatan batin berlangsung lebih cepat terwujud (Meighan, 2014; Mercer, 2006).

Kondisi anak dan jenis kelamin

Anak akan lebih mudah diterima anggota keluarga yang lain ketika keadaan anak sehat/normal dan jenis kelamin sesuai dengan yang diharapkan. Harapan orang tua tidak sesuai dengan kenyataan, khususnya masalah jenis kelamin, memberikan dampak yang negatif terhadap penerimaan ibu akan bayinya (Manurung, 2016).

Kompetensi dalam merawat bayi

Sikap ibu memberikan asuhan kepada anaknya tergantung dari ketrampilan dan pengetahuan ibu. Ibu cenderung gelisah jika ibu merasakan belum mampu merawat dan mendidik anaknya (pesimis akan keberhasilan menjadi orang tua) (Manurung, 2016). Perasaan ini membuat ada jarak antara ibu dan anak karena rasa takut.

2.3.4. Perilaku *bonding attachment* ibu dan bayi

Menurut Hennessy (1997) ikatan sosial seperti hubungan ikatan ibu-bayi tidak dapat diukur secara langsung. Namun indikator yang digunakan untuk menilai *bonding attachment* ibu dan bayi adalah perilaku kedekatan fisik ibu ke bayi dan fisiologis hormonal. Peningkatan kortikosteroid dan perilaku stres memiliki hubungan dengan keregangan hubungan ibu ke bayi (DeVries, 2002; Ziegler, Scheffler, & Snowdon, 1995). Berikut ini akan dijelaskan gambaran perilaku *bonding attachment* periode *antepartum* dan *postpartum*.

1). Menerima janin/bayi

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi penerimaan ibu terhadap anaknya sejak dalam kandungan yakni tradisi budaya yang mengkhultuskan anak laki-laki sebagai penerus keturunan, kehamilan diluar nikah, penerimaan keluarga terhadap kehamilan ibu (Cheng *et al.*, 2009; Hennessy, 1997; Manurung, 2016). Kondisi normal ibu menerima janin atau kehamilannya ditunjukkan dengan sikap merawat kehamilan atau janinnya, tertarik pada janinnya. Tertarik pada janin menunjukkan adanya hubungan emosional antara ibu dan janin ditunjukkan dengan perilaku yang berulang dilakukan ibu antara lain: *indirect/direct touch to baby (skin to skin contact)*, komunikasi (Hertenstein & Campos, 2001; Moore *et al.*, 2014). Ibu berusaha memberikan sentuhan terhadap

janinnya melalui dinding perutnya. Sikap ibu akan menjadi lebih baik ketika belaian ibu direspon oleh janin dengan sikap tenang atau bergerak (Marx & Nagy, (2015).

2). Memantau pergerakan janin.

Perilaku lainnya yang menggambarkan adanya ketertarikan dan keterikatan ibu dengan janinnya adalah memantau pergerakan janin (Rincy & Nalini, 2014). Ibu memantau pergerakan anak dalam kandungan melalui pergerakan janin dan tonjolan-tonjolan yang terlihat pada dinding perut ibu. Tindakan ini dilakukan untuk memantau kesejahteraan anaknya (Rincy & Nalini, 2014). Pergerakan bayi didalam rahim akan semakin kuat dan sering seiring bertambahnya usia kehamilan. Namun ada kalanya ibu yang tidak menyukai bayi tersebut, akan merasakan pergerakan janin membuat tidak nyaman dan mengganggu dirinya. Ibu yang telah menyukai kehamilannya sejak dini tidak akan mengabaikan gerakan-gerakan janin di dalam Rahim (Rincy & Nalini, 2014).

3). Komunikasi dengan janin

Komunikasi dengan janin adalah salah satu perilaku yang dapat menggambarkan bahwa ibu dan bayi telah terjadi keterikatan dan ketertarikan satu sama lain. Hal ini dibuktikan bahwa setiap sentuhan pada dinding abdomen dengan berkomunikasi maka janin dapat berespon dalam bentuk sikap bergerak atau sikap tenang. Namun belum diketahui sejauhmana besarnya keterkaitan perilaku berbicara dengan *bonding* ibu dan janin (Hertenstein & Compos, 2001).

2.4. Postpartum Blues

2.4.1 Pengertian *postpartum blues*

Postpartum blues sering disebut juga dengan gangguan *sindrom mood* (Gale & Harlow, 2003). Semua ibu baru melahirkan mengalami beberapa perasaan negatif atau perubahan suasana hati setelah kelahiran anak mereka (Stewart & Vigod, 2016). Berdasarkan *diagnostic statistical manual of mental disorder* edisi ke lima (DSM-V) gambaran *postpartum blues* sebagai gejala ringan dan sementara dari depresi yang muncul segera setelah kelahiran dan berlangsung tiga sampai tujuh hari (Gale & Harlow, 2003).

2.4.2 Gejala *postpartum blues*

Gejala khas *postpartum blues* adalah perubahan *mood* yakni suasana hati yang labil, perasaan sedih, mudah tersinggung, mudah marah, cemas, susah tidur dalam dua minggu *postpartum*, menangis tanpa alasan yang jelas, ketidaksabaran, kegelisahan, kelelahan, konsentrasi yang buruk (Gale & Harlow, 2003; Zager, 2009). Perubahan ini berdampak terhadap perubahan interaksi dalam keluarga, maupun pada bayi yang baru lahir (Pillitteri, 2009). Namun gejala ini bisa pulih dengan sendirinya jika tanpa penyerta faktor resiko lainnya. Gejala *postpartum blues* memerlukan pemantauan ketat khususnya ibu dengan riwayat depresi berat, karena gejala *postpartum blues* sebagai indikator awal bahwa depresi akan kambuh lagi (Luskin, Pundiak, & Habib, 2007). Gejala ini terus berkurang dan menghilang dalam waktu empat belas hari setelah melahirkan dengan beberapa intervensi. Namun dapat berkembang menjadi depresi dengan beberapa faktor resiko (Stewart *et al.*, 2003).

2.4.3. Patogenesis dan Patologi *Postpartum Blues*

Postpartum blues mencetuskan gangguan afektif dan perubahan mood yang disebabkan oleh faktor fisik, psikologis dan psikososial (Robertson, Celasun, Donna, & Stewart, 2008). Faktor fisik, psikologis dan psikososial secara bersamaan sejak hamil sampai dengan lahirnya bayi mengalami perubahan. Proses adaptasi terhadap perubahan fisik dan penerimaan terhadap kehamilannya dipengaruhi oleh lingkungan sosial yakni orang yang ada disekitar ibu. Lingkungan sosial mengharapkan ibu dapat menerima dan menjalankan peran barunya. Namun karena beberapa hal, ibu mengalami perubahan emosional dan mood yang menghambat penyesuaian diri menjadi ibu, antara lain kelelahan karena terjaga dimalam hari dalam merawat bayi, kurang tidur, gangguan aktifitas, frekuensi menyusui, nyeri melahirkan disertai adanya prediktor *postpartum blues* yang ditemukan pada ibu seperti riwayat depresi pada ibu dan keluarga, penyesuaian sosial, peristiwa kehidupan yang penuh stres, dan perubahan hormonal (O'Hara, Schlechte, Lewis, & Wright, 1991). Bloch, Rotenberg, Koren, & Klein, (2006) menyatakan yang dapat memicu *blues* adalah personaliti seseorang, depresi saat hamil, perubahan *mood* saat premenstrual. Faktor lainnya pemicu *blues* dapat dilihat dari status pendidikan, gaya hidup, pendapatan keluarga, paritas, kondisi obsterik, kesehatan bayi (Akker, 2012; Faisal-Cury *et al.*, 2008). Semakin rendah pendidikan semakin tinggi prevalensi *postpartum blues*. Gaya hidup seperti perokok, status tidak menikah dan kehamilan diluar nikah adalah prediktor *maternal blues* yang cukup tinggi.

Faktor tersebut diatas sumber stresor bagi ibu yang memicu tubuh secara otomatis menstimulus kelenjar adrenal untuk memproduksi hormon kortisol sebagai hormon stress (Barrett *et al.*, 2002). Hormon stress yang distimulus mencetuskan gejala *postpartum blues* seperti murung, sedih, menarik diri, cemas, marah (Henshaw, 2000; Stewart *et al.*, 2003).

Perubahan emosional dan mood mempengaruhi kegagalan dalam berinteraksi ibu dengan bayi (*bonding attachment*) (Lubit, 2015; Pollock & Percy, 1999)

2.4.4. Faktor hormonal mempengaruhi kejadian *postpartum blues*

Perubahan hormon yang terjadi selama kehamilan dan setelah bayi lahir dapat menghasilkan perubahan kimia di dalam otak yang mempengaruhi emosional dan *mood* seorang ibu misalnya merasakan tidak bahagia, menangis tanpa alasan (Gerassimowitsch, Sidorenko, Kuptschina, Teterkina, & Korotkow, 2006). Sistem hormonal hipotalamus hipofisis adrenal (HPA) yakni *corticotrophin-releasing hormone* (CRH), *adrenocorticotropin hormone* (ACTH) dan kelenjar adrenal yang memproduksi hormon kortisol merupakan sistem yang paling berpengaruh ketika mengalami stres (Barrett *et al.*, 2002). Selama kehamilan poros hipotalamus hipofisis adrenal (HPA) mengalami perubahan secara bertahap seiring dengan penurunan produksi *corticotrophin releasing hormone* (CRH) oleh plasenta. Penurunan secara mendadak produksi CRH, ACTH, kortisol, estriol karena pelepasan plasenta pasca melahirkan dapat mempengaruhi suasana hati (O'Keane *et al.*, 2011). O'Keane *et al.*, (2011) menyatakan konsentrasi dari CRH, ACTH, kortisol dan estriol pada ibu hamil sejak trimester ketiga sampai pada hari pertama sampai dengan hari ke enam pasca melahirkan memiliki korelasi dengan skor *postpartum blues*. Skor *postpartum blues* berkorelasi positif dengan nilai ACTH, dan berkorelasi negatif dengan nilai konsentrasi estriol konsentrasi CRH sejak dari kehamilan trimester ketiga sampai dengan *postpartum*. Kortisol memegang peranan penting yang membuat ibu semakin rentan dengan stresor serta beresiko mengalami berbagai penyakit dan depresi (Barrett *et al.*, 2002).

Hormon lainnya yang dapat menunjukkan ibu mengalami *blues* adalah kadar prolactin, tiroksin. Abou-Saleh *et al.*, (1998) dan Skalkidou, Hellgren, Comasco, Sylvén, & Poromaa (2012) menyatakan ibu yang depresi memiliki kadar prolaktin plasma lebih rendah dan progesteron lebih tinggi berlangsung dalam waktu enam sampai sepuluh minggu setelah melahirkan. Ibu dengan riwayat depresi sebelumnya secara signifikan memiliki kadar prolaktin lebih rendah. Riwayat depresi turut mempengaruhi kadar tirotropik stimulating hormon (TSH). Tingginya kadar hormone tiroksin bersamaan dengan beratnya gejala depresi. Riwayat depresi mempengaruhi tingginya kadar tiroksin daripada ibu yang tidak ada riwayat depresi sebelumnya.

Menurut Yoshe, (2012) dan Suparno, (2011) mekanisme biologis lainnya yang mempengaruhi kejadian *postpartum blues* yakni perubahan fungsional dalam sistem serotonin. Serotonin berperan aktif dalam pengiriman pesan emosi, hasrat dan keinginan, yang kemudian diwujudkan dalam beberapa sikap (Suparno, 2011; Yoshe, 2012) Serotonin dibentuk di dalam otak melalui proses biokimia dari tryptophan (Yoshe, 2012). Tryptophan adalah asam amino esensial yang bersumber dari makanan dan diangkut ke dalam otak (Kanai *et al.*, 1998). Penurunan ketersediaan triptofan di otak merupakan penyebab keterbatasan sintesis serotonin di otak dan memicu perubahan suasana hati pada manusia (Peter, 2010). Penurunan triptofan di otak dengan cepat adalah salah satu model untuk menggambarkan berkembangnya gejala depresi (Moore *et al.*, 2014; O’Keane *et al.*, 2011). M’Baïlara *et al.*, (2006) menyatakan bahwa penurunan ketersediaan triptofan otak secara signifikan berkorelasi dengan intensitas *postpartum blues*.

2.4.5. Instrumen pengukuran *postpartum blues*

Pengukuran *postpartum blues* menggunakan standar prosedur yang sesuai yakni dengan wawancara atau laporan diri (*self report*) (Robertson *et al.*, 2008). Standard alat ukur yang sesuai dalam mengukur *postpartum blues* adalah mengandung pernyataan yang mengukur perubahan emosional dan mood ibu. Instrumen sebelumnya dan sudah digunakan sejak tahun 1973 yakni instrumen Pitt, Stein dan Kenerley (Faisal-Cury *et al.*, 2008). Masing-masing instrumen ini memiliki pernyataan terkait dengan perubahan emosional dan mood dan digunakan untuk melihat insiden *postpartum blues*. Berikut ini akan dijelaskan instrumen yang menilai *postpartum blues*.

1) Instrumen Pitt

Menurut Faisal-Cury *et al.*, (2008)), instrumen skala Pitt ini telah disusun sejak tahun 1973 yang terdiri dari 12 pertanyaan ditujukan untuk memprediksi *postpartum blues*. Instrumen ini digunakan pada ibu *postpartum* guna menilai perilaku ibu terhadap kejadian *postpartum blues*. Pengumpulan data dilakukan dalam waktu satu jam sampai dengan hari ke tiga *postpartum*. Faisal-Cury *et al.* (2008) menyatakan elemen pertanyaannya mengkaji perilaku ibu antara lain, 1) pola tidur, 2) Perilaku marah, 3) pertanyaan khusus terhadap penampilan ibu, 4) nafsu makan, 5) tingkat kebahagiaan, 6) daya ingat ibu (memori), 7) hasrat seksual, 8) ketegangan, 9) kebutuhan dukungan, 10) kesehatan ibu dan bayi, 11) kecenderungan perilaku untuk menangis, 12) aktivitas dan kepercayaan diri. Penilaian *postpartum blues* dilakukan dengan cara wawancara klinis berdasarkan gejala yang dirasakan oleh ibu. Skala pengukuran terhadap *postpartum blues* dilakukan dengan cara kuantitatif dengan skala rating nilai satu sampai lima. Skoring instrumen ini memiliki nilai skor tertinggi sebanyak 60 (Faisal-Cury *et al.*, 2008). Berdasarkan analisis dinyatakan *postpartum blues* jika skor yang diperoleh lebih besar dari 20 (Faisal-Cury *et al.*, 2008). Namun menurut Henshaw, (2003) sejak skala ini

dikembangkan oleh Pit untuk mengevaluasi *postpartum blues* belum pernah divalidasi spesifitas dan sensivitas dalam penggunaan penilaian *postpartum blues*.

2) Instrumen Stein

Faisal-Cury *et al*, (2008) menyatakan instrumen *postpartum blues* dikembangkan oleh Stein ditahun 1980. Instrumen ini dikenal dengan nama instrumen Stein, yang digunakan untuk evaluasi diri terhadap gejala *postpartum blues* pada populasi *postpartum* hari pertama sampai dengan ketiga. Instrumen Stein alat ukur untuk menilai depresi, kecemasan, dan *postpartum blues*. Instrumen ini terdiri dari dimensi relaksasi, perasaan ingin menangis, tingkat energi, nafsu makan, gejala somatic depresi, tingkat kecemasan dan perasaan ingin tidur sebelum malam hari. Dimensi ini diturunkan menjadi sub pertanyaan dengan jumlah pertanyaan sebanyak 24 item.

Skala menggunakan rating dengan nilai satu sampai dengan lima. Instrumen Stein memiliki skor maksimum nilai 120. Penetapan hasil skor lebih dari empat puluh delapan maka diklasifikasikan ibu mengalami *postpartum blues*.

3) Instrumen Kenerley

Menurut Faisal-Cury *et al*. (2008) menyatakan bahwa Kenerley dan Gath pada tahun 1981 telah mengembangkan instrumen untuk menilai *postpartum blues* dalam waktu beberapa hari sampai dengan satu minggu *postpartum*. Instrumen ini dikembangkan untuk mengidentifikasi gejala psikologis umum yang dialami dalam beberapa hari pertama setelah melahirkan. Unsur pertanyaan yang ditanyakan yang berhubungan dengan *blues primer*, reservasi, hypersensitiif, depresi, putus asa, retardasi, tidak percaya diri. Hasil akhir pengembangan instrumen dinyatakan ada 28 pertanyaan (Iles, Gath, & Kennerley, 1989).

Instrumen ini telah dilakukan uji validitas dan dicobakan terhadap ibu sejak periode akhir *antepartum* dan diikuti sampai *postpartum* hari kesepuluh. Hasil penemuan dari *face validity test*, bahwa kelompok ibu dapat memahami item yang ditanyakan dari kuesioner serta mengisinya dengan tepat. Validitas isi dilakukan dengan *interview* terhadap 100 ibu. Hasil penemuan dinyatakan kuesioner ini cocok untuk menemukan penyebab *postpartum blues* karena gangguan psikologis maupun biologis serta hubungan antara kejadian *postpartum blues* saat ini dengan gangguan kejiwaan sebelumnya. Menurut Faisal-Cury *et al.* (2008) bahwa skor *postpartum blues* yang paling tinggi dari kuesioner Kennerley cenderung terjadi pada hari keempat atau kelima *postpartum* pada ibu yang melahirkan pervagina, sedang ibu dengan post seksio nilai skor *postpartum blues* cenderung mencapai puncaknya pada hari kedua pasca operasi kemudian mengalami penurunan (Iles *et al.*, 1989).

Ketiga instrumen ini cenderung hanya melihat emotional dan mood ibu secara umum, tidak mengukur perubahan emosional dan mood ibu karena situasi dan kondisi yang sedang dialami ibu.

2.5. Teori Psikometri

2.5.1. Definisi Psikometri

Psikometri adalah bidang studi yang berhubungan dengan teori dan teknik pengukuran psikologis yang meliputi pengukuran sifat, pengetahuan, kemampuan, sikap, dan kepribadian terutama berkaitan dengan kajian perbedaan antara individu (Benet, 2016). Proses ini melibatkan dua tugas utama penelitian, yaitu: pembangunan instrumen dan prosedur cara mengukur dengan alat ukur yang dikembangkan (Benet, 2016).

2.5.2. Jenis pengukuran

Jenis pengukuran ada dua tipe yakni pengukuran fisik dan pengukuran psikologi (Anastasi & Urbina, 1997). Pengukuran fisik adalah suatu tindakan langsung yang dilakukan dengan pengamatan langsung (*tangible/overt*) seperti: golongan darah, kadar gula dalam darah. Pengukuran psikologis adalah proses pemberian angka (skor tes) pada individu yang terukur. Tindakan ini tidak mengukur individual sebagai suatu keseluruhan, tetapi hanya beberapa ciri khusus dari individu misalnya emosi, kreativitas, inisiatif, *leadership*. Sehingga pengukuran ini tidak dapat langsung diamati/ diukur, karena tingkah laku ini terjadi di dalam diri individu (*intangible*) (Anastasi & Urbani, 1997). Alat ukur psikologis adalah seperangkat item yang dirancang untuk mengukur ciri-ciri tingkah laku (Kaplan & Saccuzzo, 2005). Item adalah stimulus spesifik yang dirancang untuk memancing tingkah laku overt, agar dapat dinilai atau diberi skor (Kaplan & Saccuzzo, 2005).

2.5.3. Jenis-jenis alat ukur psikologis

Alat ukur psikologis dibedakan berdasarkan: jenis tingkah laku yang diukur, cara pengambilan/pengadministrasian alat ukur yang dikembangkan, sifat/bentuk respons, batas waktu penyelesaian (Anastasi & Urbina, 1997; Kaplan & Saccuzzo, 2005). Berdasarkan tingkah laku yang diukur maka alat ukur psikologis dapat dibedakan yakni, *maximum performance test (ability test/optimal performance test)* dan *typical performance test (personality test)*. Berikut ini akan dijelaskan masing-masing tipe:

1). *Maximum performance test (ability test/optimal performance test)*

Tes ini terdiri dari tes prestasi (*achievement test*), tes kecerdasan (*intelligence test*) serta tes bakat (*aptitude test*).

2). *Typical performance*

Tes ini mengukur pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang biasa dilakukan, bukan apa yang mampu dilakukan oleh responden. Ciri-ciri dari tes ini adalah tidak ada jawaban yang benar atau salah. Tes ini memiliki dua tipe yakni, tes inventori dan tes proyeksi. Tes inventori adalah jenis tes psikologi di mana seseorang mengisi survei atau kuesioner dengan atau tanpa bantuan investigator. *Self report test* inventori mengajukan pertanyaan langsung tentang gejala, perilaku, dan kepribadian yang berhubungan dengan satu atau banyak gangguan mental. Tes proyeksi merupakan tes berisi instruksi sederhana untuk merespon stimulus yang cenderung ambigu, kemudian berespon pada tiap item sesuai dengan instruksi yang diberikan. Teknik ini berupaya akan mengungkapkan hal-hal seperti karakter, pemikiran, proses, kebutuhan, kecemasan, dan konflik.

Berdasarkan cara pengambilan/pengadministrasian alat ukur yang dikembangkan maka tes ini juga dibedakan atas, tes individual dan tes kelompok. Dimana tes individual, instrumen dalam satu waktu diberikan hanya kepada satu peserta tes. Sedangkan tes kelompok dimana instrumen dalam satu waktu dapat diberikan kepada lebih dari satu peserta tes.

Berdasarkan sifat/bentuk respons maka tes ini dibedakan menjadi *paper and pencil test* (menggunakan alat tulis), *oral test* (verbal-lisan), *non-verbal test* (menggunakan benda/alat). Berdasarkan batas waktu penyelesaian tugas maka tes ini dibedakan atas *speed test* dan *power test*. *Speed test* adalah alat ukur yang item-itemnya relatif mudah, dalam batas waktu singkat, dan lebih menekankan pada kecepatan dalam mengerjakan tugas. *Power test* adalah alat ukur yang item-itemnya punya derajat sukar, tidak ada

batas waktu, dan lebih menekankan pada kemampuan menyelesaikan tugas (Kaplan & Saccuzzo, 2005).

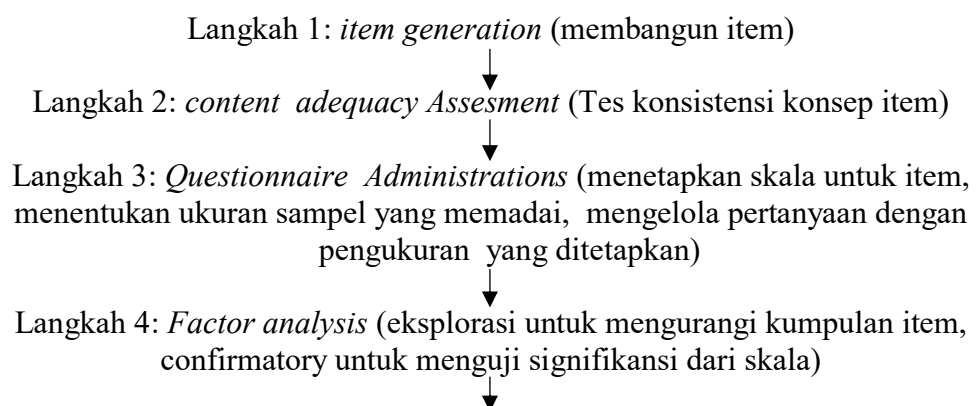
2.5.4. Ciri-ciri alat ukur yang baik

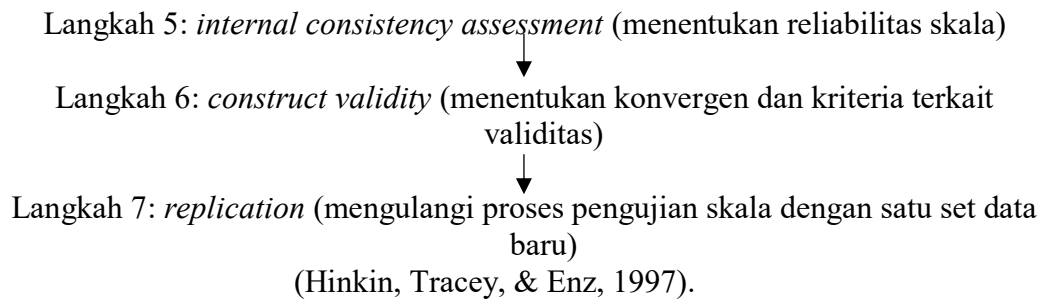
Alat ukur yang baik mengandung kriteria yakni standardisasi, obyektif, reliabel, valid dan norma. Masing-masing kriteria akan dijelaskan (Kaplan & Saccuzzo, 2005):

- 1) Standardisasi adalah prosedur yang seragam dalam administrasi dan skoring tes. Keseragaman tersebut antara lain materi, batas waktu, instruksi, contoh, bagaimana menjawab pertanyaan peserta tes, kecepatan bicara, intonasi.
- 2) Obyektif adalah bebas dari penilaian subjektif dari orang pemeriksa tes.
- 3) Reliabel adalah hasil pengukuran konsisten dalam kondisi yang sama ketika dilakukan berulang kali tes.
- 4) Valid adalah alat ukur yang dikembangkan mengukur apa yang ingin diukur sesuai dengan konstruk yang ditetapkan.
- 5) Norma adalah memiliki perbandingan performa (skor) dengan sampel yang terstandardisasi.

2.5.5. Tahapan penelitian pengembangan tes psikologi

Skema 2.3. Tahapan Penelitian Pengembangan Tes Psikologi





Sebagai penjelasan masing-masing tahap penelitian pengembangan skala tersebut akan disampaikan dibawah ini:

1). Langkah Pertama: *Item Generation*

Item generation adalah proses pembangunan skala dimulai dengan membentuk item untuk mengukur konstruk *bonding attachment*, sosial budaya, dukungan sosial. Jenis alat ukur yang akan dikembangkan sifatnya adalah *paper & pencil test*. Proses ini dilakukan secara deduktif, dimana diawali dengan definisi teoritis dari item yang kemudian dihasilkan. Proses *item generation* menghasilkan dua kegiatan yakni pengembangan item dan jumlah item (Hinkin *et al.*, 1997). Berikut ini dijelaskan :

a) Pengembangan item

Ada sejumlah pedoman dasar yang harus diikuti untuk memastikan bahwa item yang dibangun adalah baik. Dimana item yang dibangun harus membahas hanya satu masalah saja tidak *double-barreled* yakni mengandung makna ganda sebagai contoh: “saya mengalami stress dan sedih” (Hinkin, Tracey dan Enz, 1997). Polit & Beck, (2008) menyatakan petunjuk dalam membangun kalimat item dalam skala *inventory bonding attachment*. Berikut ini beberapa tambahan petunjuk untuk memilih kata-kata yang tepat disaat membangun item, sehingga item tersebut dapat dimengerti inti dari makna yang ditampilkan dan meminimalkan kesalahan dalam memahami item pernyataan tersebut:

b). Kejelasan

Didalam pembuatan skala *inventory*, hal yang perlu diperhatikan adalah penyusunan item pernyataan harus jelas dan menghindari makna ambiguitas. Pemilihan kata harus hati-hati, disesuaikan dengan latar belakang pendidikan dan kemampuan pembaca serta *inventory* tersebut ditujukan untuk populasi yang bagaimana. Sehingga diperlukan memilih kata-kata yang semua orang akan mengerti.

c). Jargon

Pemakaian jargon atau istilah umumnya harus dihindari. Banyak istilah kesehatan yang umumnya tidak dipahami oleh lapisan masyarakat. Dengan demikian menggunakan istilah yang sebaiknya mungkin dikenal oleh semua lapisan masyarakat, tidak hanya di kalangan tertentu.

d). Panjang

Dalam membangun item pernyataan dalam skala *inventory*, perlu menghindari kalimat panjang atau frase. Penulisan kalimat sederhana adalah yang paling mudah untuk dipahami. Sebagai contoh adalah “wajar saya mengatakan bahwa dalam pola tidur saya saat ini saya tidak mendapatkan cukup tidur. Kalimat tersebut dapat disederhanakan menjadi “saya biasanya tidak mendapatkan cukup tidur. Beberapa penelitian telah terbukti bahwa panjang item pernyataan dan koefisien validitas akan berbanding terbalik.

e). Makna ganda negatif

Makna ganda negatif sebaiknya harus dihindari. Misalnya “saya biasanya tidak bahagia”. Kata tersebut dapat diganti dengan “saya senang”

f). Item ganda selaras

Perlu menghindari menempatkan dua atau lebih ide dalam satu item pernyataan. Misalnya “saya takut serangga dan ular”. Item ini tidak baik karena bisa saja orang takut serangga namun tidak pada ular (atau sebaliknya). Jika item pernyataan demikian maka responden akan tidak tahu bagaimana menanggapi item pernyataan tersebut.

Selain itu untuk membangun item tes yang baik, menurut (Osterlind, 1998) ada tujuh kriteria yakni,

- a) Item-item pernyataan memiliki derajat yang tinggi terhadap kesesuaian antara item tertentu dari total tes. Pertanyaan utama adalah seberapa baik item tes yang dikembangkan sesuai tujuan yang dimaksud. Sebagai pertimbangan yang paling penting dalam tes konstruksi. Dalam hal ini validitas mengacu pada kesesuaian, kebermanaan, dan kegunaan dari nilai tes.
- b) Item tes harus memenuhi kriteria kesesuaian yang artinya semakin sedikit item pernyataan yang mengandung makna ganda dari konten atau konstruk psikologis yang dijelaskan, maka item tersebut semakin baik. Hal ini dapat dilakukan dengan *criterion-referenced test*.
- c) Kontribusi setiap item untuk kesalahan pengukuran pada skor tes ini harus diminimalkan. Kesalahan ini ada dua jenis: *random error* dan sumber bias. Sumber bias biasanya dapat dikurangi atau dihilangkan dengan memperbaiki item tertentu atau membuang item dari pertimbangan lebih lanjut. Kesalahan pengukuran dapat dikurangi tergantung dari masalah keandalan analisis dari validitas.
- d) Format cocok untuk tujuan tes.

- e) Setiap item memenuhi asumsi teknis tertentu. Asumsi ini *unidimensionality* item atau *independency* lokal item.
- f) Item pernyataan harus ditulis dengan baik, sesuai dengan standar editorial. Standar-standar ini mencakup tata bahasa, pemilihan kata, penggunaan ejaan, tanda baca, dan sintaksis.
- g) Item-item pernyataan memenuhi aspek legal dan etika tidak plagiat.

Menurut Hinkin *et al.*, (1997), tidak ada aturan khusus tentang jumlah item untuk dipertahankan. Jumlah minimum item yang diperlukan untuk menilai domain dari masing-masing sub skala adalah empat atau lima item per skala. Jumlah tersebut memadai untuk mengukur konsistensi internal dan reliabilitas. Penetapan jumlah item dalam skala adalah cara yang efektif untuk meminimalkan bias respon yang disebabkan oleh kebosanan atau kelelahan pembaca (Hinkin *et al.*, 1997). Setelah instrumen dikembangkan maka saatnya untuk dilakukan pretest dalam menilai kualitas isi dari item.

2) Langkah Kedua : *Content Adequacy Assesment*

Beberapa cara dapat dilakukan dalam tes konsistensi terhadap item yang telah dibangun. Metode pertama dilakukan dengan cara meminta tanggapan dari responden terhadap item-item yang telah dibangun yakni ibu hamil dan *postpartum*. Metode kedua adalah dapat juga dilakukan dengan menggunakan tim ahli. Tanggapan dari responden dan tim ahli adalah mencocokkan item dengan definisi yang sesuai dengan konstruk. Responden atau tim ahli diminta untuk menilai sejauh mana item berhubungan dengan definisi konstruk. Hasil dari tanggapan tersebut item dikelompokkan atau diurutkan berdasarkan kesamaan definisi. Kemudian metode ketiga, berdasarkan teknik analisis varians. Teknik ini dilakukan dengan uji statistik terhadap kecukupan isi. Hal ini dapat

dilakukan dengan sampel yang relatif kecil. Teknik ini dapat digunakan untuk memberikan bukti bahwa item perlu dipertahankan atau dikeluarkan.

3) Langkah Ketiga: *Questionnaire Administrations*

Cara pengadministrasian kuesioner yang akan dibangun disesuaikan dengan jenis alat ukur yang akan dibangun. Sedang jenis alat ukur yang akan dibangun adalah tes kelompok, dimana dalam satu waktu diberikan kepada kelompok ibu antepartum dan *postpartum*. Sehingga item yang telah terbentuk kemudian dianalisis dengan sampel yang sesuai dengan tujuan penelitian. Tujuannya adalah untuk mengkaji seberapa baik item-item dapat mengukur perilaku konstruk yakni *maternal blues*. Dalam menilai sifat psikometrik instrumen yang baru dilakukan penilaian perbedaan antara skala yang diusulkan dengan skala yang ada yakni yang baku. Hal ini dilakukan dengan menguji diskriminan, konvergen dan validitas yang berhubungan dengan kriteria konstruk dalam skala.

Skala item

Kuesioner yang akan diuji disarankan menggunakan skala likert. Hal ini disebabkan karena skala yang akan dikembangkan tergolong *typical performance test* yang tidak mengandung jawaban salah benar (Friedenberg, 2011). Dengan menggunakan skala *likert*, maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi variabel dan subvariabel. Kemudian sub variabel dijabarkan lagi menjadi indikator yang dapat diukur. Indikator yang terukur dijadikan titik tolak untuk membangun item-item *inventory* berupa pertanyaan atau pernyataan yang perlu dijawab oleh responden. Setiap jawaban dihubungkan dengan bentuk pernyataan yang diungkapkan dengan kata-kata sebagai berikut:

Tabel 2.1 Skala Item Inventory

Skala	Skala item Pernyataan positif (<i>Favorable</i>)	Skala item Pernyataan negatif (<i>Unfavorable</i>)
Sangat sesuai (SS)	5	1
Sesuai (S)	4	2
Kurang sesuai (KS)	3	3
Tidak sesuai (TS)	2	4
Sangat tidak sesuai (STS)	1	5

(Friedenberg, 2011; Riduwan, 2002)

Skala ini dipilih untuk menghindari kecenderungan responden menjawab netral (Friedenberg, 2011). Tujuan pembuatan item *favorable* dan *unfavorable* adalah menghindari bias berupa stereotip respon. Adanya kecenderungan responden memberi tanggapan secara mekanis yakni cenderung pilihan sesuai atau sangat tidak setuju (Cohen & Swerdlik, 2010). Item item *favorable* dan *unfavorable* akan diatur dan bervariasi sehingga tidak terjadi bias stereotip dan meminimalis tanggapan yang bersifat mekanis.

Alasan lainnya menetapkan skala likert karena tujuan akhir dari pengukuran mendapatkan kelompok responden berdasarkan rating yang datanya termasuk kontinum. Perilaku *maternal blues* tersebut akan di kelompok-kelompokan, dan nilainya bersifat interval atau berada pada nilai yang satu ke nilai yang lainnya. Dalam menentukan kelompok perilaku *maternal blues* tersebut berdasarkan rekapitulasi jawaban yang diberikan oleh responden.

Selain itu juga telah dibuktikan bahwa pengukuran dengan skala lima atau tujuh poin telah terbukti menghasilkan varian yang diperlukan untuk memeriksa hubungan antara item dan skala (Hinkin *et al.*, 1997). Dengan demikian item-item yang dibangun dengan menggunakan skala *likert*, akan memperoleh koefisien alpha (konsistensi internal) untuk mengestimasi reliabilitas yang baik (Hinkin *et al.*, 1997).

4). Langkah Keempat: *Factor Analysis*

Ada dua tipe dasar dari faktor analisis untuk proses pengembangan skala. Tipe pertama disebut eksplorasi faktor analisis yang digunakan untuk mengoreksi variabel yang diukur atau diamati agar lebih sederhana dengan mengurangi variabel yang dianggap kurang tepat. Tipe kedua disebut *confirmatory analisis* digunakan untuk menilai kualitas struktur faktor dengan statistik yakni menguji signifikansi model keseluruhan (misalnya, perbedaan antara skala), serta hubungan antara item dan skala.

Exploratory Factor Analysis

Analisis faktor *exploratory* (EFA) adalah metode statistik yang digunakan untuk mengungkap struktur yang mendasari seperangkat variabel yang cukup besar. EFA adalah teknik dalam analisis faktor yang tujuannya adalah untuk mengidentifikasi hubungan yang mendasari antara variabel yang diukur atau yang dapat menggambarkan item yang mewakili domain yang diukur. Metode ini adalah salah satu metode yang umum digunakan karena metode memberikan analisis yang spesifik dan *random varians error*. Jumlah faktor item yang harus dipertahankan tergantung pada teori yang mendasari dan hasil empiris. Tidak ada aturan khusus untuk mempertahankan item atau mengeluarkan. Namun yang biasa digunakan dalam memutuskan item dipertahankan atau dikeluarkan adalah perbedaan skor persentase dari masing-masing (Hinkin *et al.*, 1997). Jika faktor item tersebut diasumsikan tidak berkorelasi dengan variabel yang diukur maka item tidak dipertahankan. Adapun kriteria yang ditetapkan dengan analisis terhadap item yang dianalisis adalah: $< 0,5$ tidak dapat diterima, $0,5-0,7$ cukup baik, $0,7-0,8$ Baik, $> 0,9$ memuaskan. Data kontinu dengan analisis multivariat distribusi normal dikatakan memiliki korelasi yang kuat antara variabel jika $R = 0,3-0,8$, atau

determinan > 0 atau < 1). Namun analisis faktor exploratory tidak mampu mengukur kecocokan atau fit bahwa struktur faktor yang dihasilkan telah fit mengukur variabel.

Confirmatory Factor Analysis

Pada analisis confirmatory berguna untuk melihat korelasi antar-item di antara variabel-variabel (Hinkin *et al.*, 1997). Dimana setiap itemnya dinyatakan sebagai variabel laten, sehingga item tersebut harus berkorelasi satu sama lain. Analisis faktor konfirmatori adalah jenis analisis persamaan struktural yang dirancang untuk menilai apakah model instrumen yang dikembangkan fit mengukur variabel dalam konstruk. Analisis faktor konfirmatori dilakukan dengan menggunakan matriks item varians-kovarians. Hal ini berguna untuk untuk menentukan proporsi varians dalam variabel yang dijelaskan oleh masing-masing item, mempertahankan kelompok item yang memiliki nilai yang tinggi. Persentase dari total varians dari item juga penting, semakin besar persentase akan semakin lebih baik. Persentase 60% dianggap sebagai target minimum yang dapat diterima. Total varians dari item yang mendapatkan nilai 60% tidak dapat dihapus, namun dilakukan perbaikan dan di analisis ulang, sampai faktor struktur matriksnya jelas yakni memiliki persentase yang tinggi dari total varian item yang diperoleh.

Cara untuk menilai tingkat korelasi antar item adalah dengan melihat korelasi matriks dari semua item (Polit & Beck, 2008). Jika ditemukan variabel yang memiliki korelasi kurang dari 0,4 dari semua variabel lainnya maka variabel tersebut dapat dihapus dari analisis. Korelasi yang rendah menunjukkan item tidak berasal dari domain yang tepat sehingga menyebabkan kesalahan, dengan demikian item tersebut tidak dapat digunakan (Hinkin *et al.*, 1997). Selain itu, jika ada item yang berkorelasi negatif antar

item secara substansial item tersebut harus dikeluarkan. Kecuali korelasi negatif tersebut disengaja yang dicerminkan oleh beberapa item dipertahankan, dan jika korelasi negatif bertahan setelah skor dibalik.

Untuk item pada sub skala yang sama, korelasi inter item berada antara 0,30 dan 0,70 direkomendasikan untuk dipertahankan. Sedang nilai korelasi dibawah 0,30 memberi kesan nilainya rendah dari nilai dasar konstruk. Dalam beberapa pedoman analisis item, tidak memiliki dasar empiris yang tegas dalam menentukan *cutt of point* skala tertentu. Korelasi antar item, tergantung pada banyaknya jumlah item dalam skala. Sebagai contoh untuk mencapai nilai alpha koefisien 0.80, nilai rata-rata korelasi antar item sebesar 0,57 pada skala dengan tiga item sedang nilai rata-rata korelasi antar item 0,29 untuk skala dengan 10 item (Polit & Beck, 2008).

5) Langkah Kelima: *internal consistency assessment* (menentukan reliabilitas skala)

Setelah dilakukan analisis unidimensionalitas untuk setiap sub skala maka dilakukan uji konsistensi internal. Uji konsistensi internal adalah untuk menguji reliabilitas suatu instrumen. Pengukuran konsistensi internal dapat dilakukan dengan pada sekelompok subjek dengan satu alat ukur dan satu kali pengukuran. Konsistensi internal uji reliabilitas menyatakan item skala perlu revisi atau tidak. Jika skala memiliki uji reliabilitas yang rendah kemungkinan diperlukan untuk memperbaiki dan uji ulang.

6) Langkah Keenam: *construct validity* (menentukan konvergen dan kriteria terkait validitas)

Validitas konstruk adalah ketepatan pengukuran dalam menilai ciri atau keadaan subjek yang diukur. Sehingga validitas konstruk menggambarkan dua hal yakni validitas pengukuran dan kebenaran teori atau hipotesis yang melatar belakangi instrumen ini dibentuk.

7) Langkah Ketujuh: *replication*

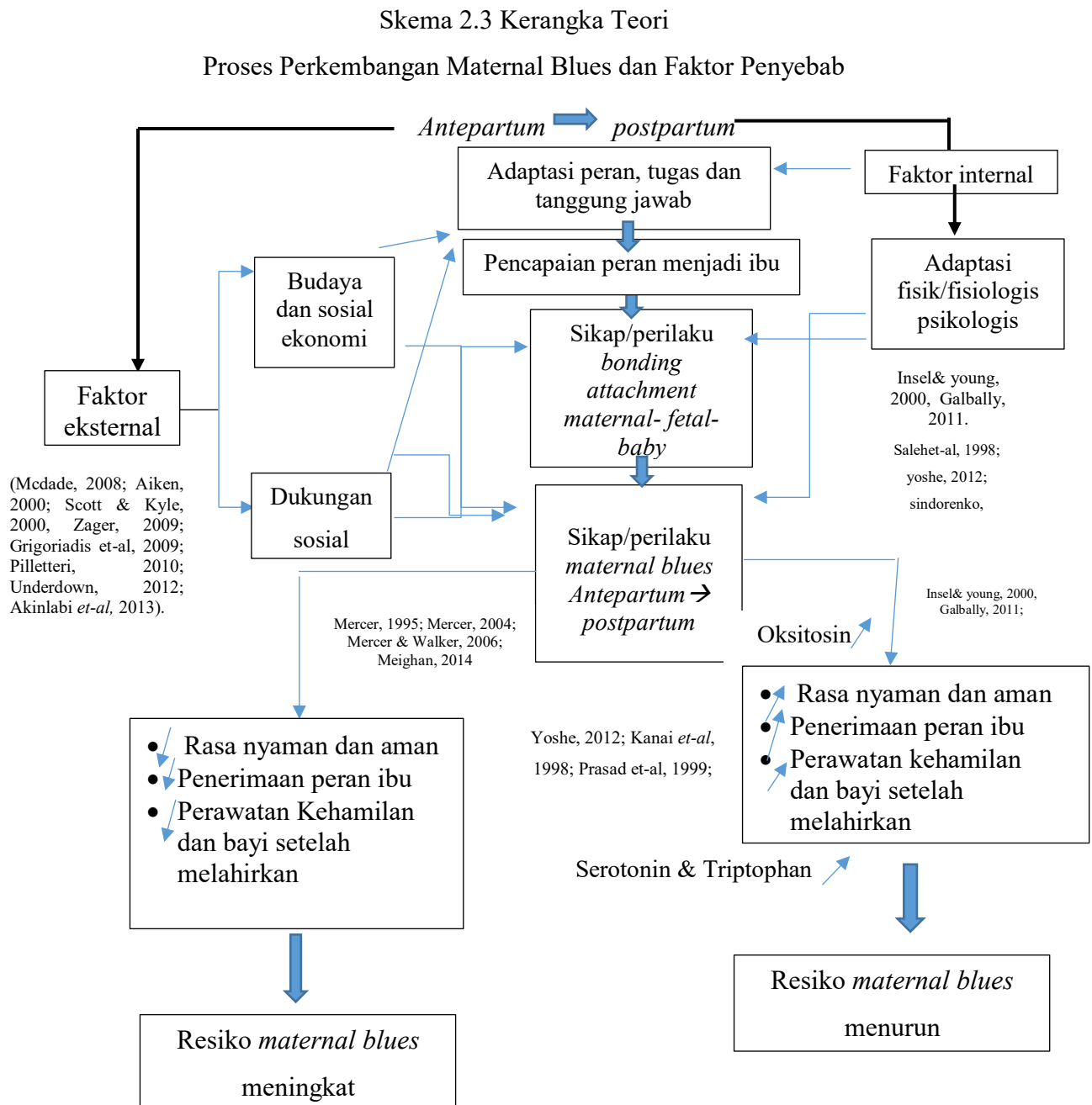
Langkah selanjutnya adalah mengulangi proses pengujian terhadap satu set skala baru yakni analisis faktor konfirmatori, penilaian reliabilitas konsistensi internal dan validitas konstruk. Diharapkan dengan analisis ini akan semakin menyakinkan bahwa *inventory maternal blues* memiliki keandalan dan validitas yang cocok untuk digunakan dalam penelitian masa depan.

Jumlah sampel yang akan dibutuhkan dalam analisis item-item pernyataan dengan metode kuantitatif ditentukan mengikuti kaidah konstruksi alat ukur. Menurut Nunnally & Bernstein, (1994), menyatakan bahwa untuk penggunaan analisis faktor jumlah sampel sebanyak 10 kali dari jumlah item. Sapnas & Zeller, (2002) berpendapat bahwa ukuran sampel 50 responden cukup memadai untuk mengevaluasi sifat psikometrik pada ukuran konstruk sosial. Sedangkan Thompson, (2004) menyatakan bahwa sampel sebanyak 200 responden telah cukup untuk mencapai stabilitas item melalui analisis faktor. Meyers, Gamst, & Guarino, (2006) menunjukkan bahwa ukuran sampel yang sesuai tergantung pada jumlah item yang tersedia yaitu untuk 10 item diperlukan 200 jumlah responden, 25 item diperlukan 250 jumlah responden, 90 item dibutuhkan 400 jumlah responden. Namun dalam penelitian ini, peneliti akan mengacu pada salah satu kriteria menurut para ahli sebelumnya yakni sesuai jumlah item-item pernyataan yang akan dibangun baik item item pernyataan periode *antepartum* dan *postpartum*.

2.6. Kerangka Teori

Penelitian ini mengintegrasikan teori yakni, teori Mercer (*maternal role attainment-becoming a mother*) dan teori Rubin (*transition to motherhood*). Berikut skema perkembangan peran menjadi ibu dan terjadinya perilaku *bonding attachment* yang adaptif maupun yang maladaptif yang mengukur perilaku *maternal blues*. Faktor yang

dihubungkan dengan perilaku yang diukur adalah faktor eksternal (budaya, ekonomi dan sosial) sedang faktor internal yakni adaptasi fisik, psikologis, adaptasi peran dan tugas dan beberapa faktor lainnya seperti ritual budaya, dukungan sosial ekonomi, dan hormonal yang menstimulus kejadian *maternal blues*. Berikut akan dibahas pada skema kerangka teori seperti di bawah ini.



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL PENELITIAN

Bab tiga menguraikan kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional variabel pengembangan dan implementasi skala *maternal blues* model Suryani .

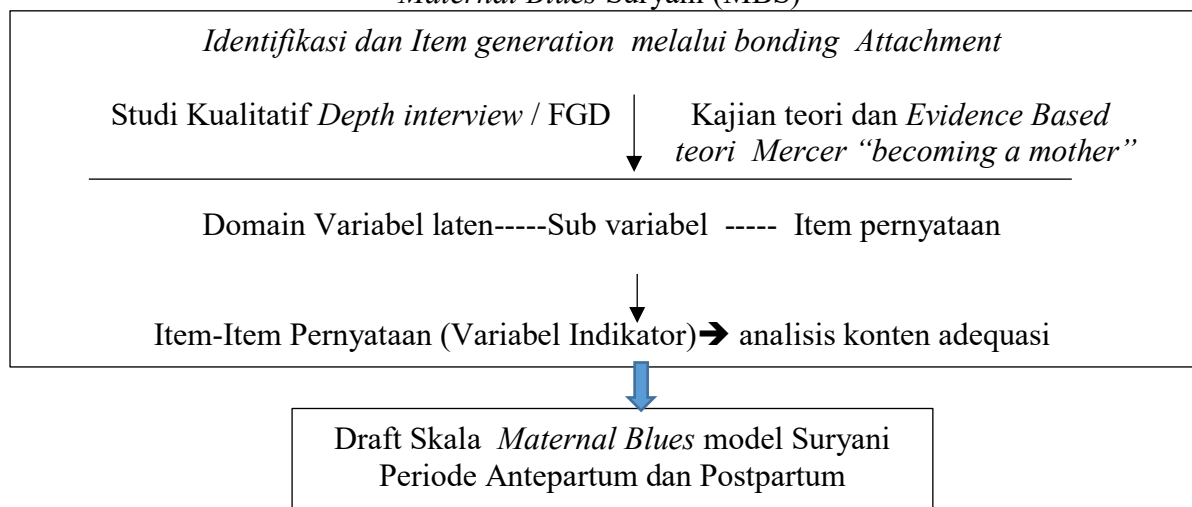
3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian menjelaskan kaitan antara kegiatan penelitian yang disajikan dengan skema untuk memudahkan memahami penelitian. Kerangka konsep penelitian ini dibagi menjadi tiga sesuai dengan tahapan penelitian.

3.1.1 Tahap Pertama

Kerangka konsep tahap pertama pengembangan variabel laten dan item pernyataan skala *Maternal Blues* model Suryani (MBS) melalui studi kualitatif dan analisis konten adekuasi. Kegiatan penelitian tahap pertama merupakan *laboratorium setting*. *Laboratorium setting* yang dimaksud adalah kegiatan penelitian yang dilakukan di institusi FIK-UI dan di klinik kepada calon responden. Kegiatan ini melibatkan tim pakar (ahli) dari Fakultas Psikologi dan Fakultas Keperawatan UI dan calon responden. Kerangka konsep penelitian disajikan mengacu pada teori Mercer “*becoming a mother*” dan *measure development*. Berikut kerangka konsep penelitian tahap satu:

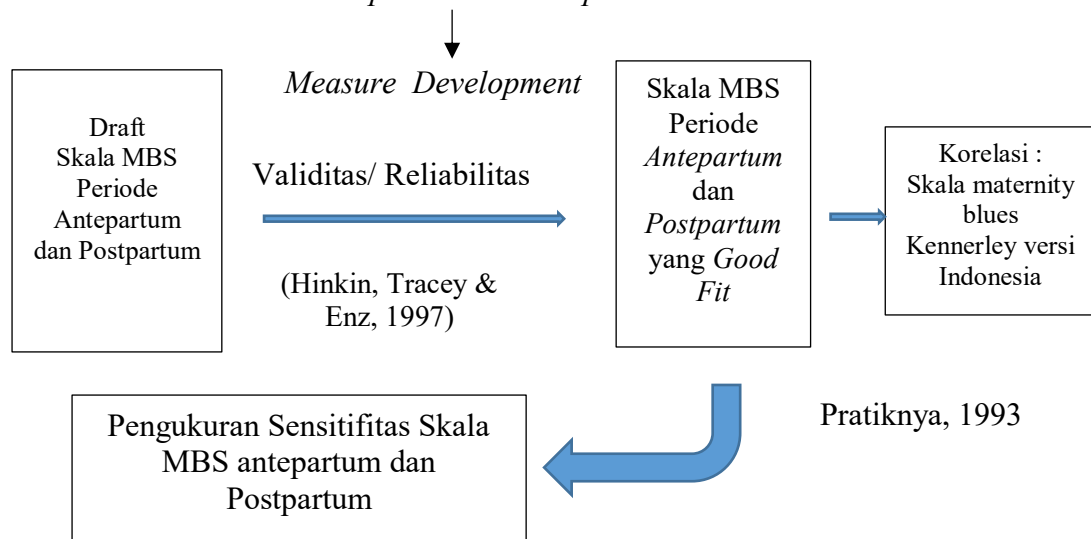
Skema 3.1. Kerangka Konsep Pengembangan Variabel Laten dan Item pernyataan Skala *Maternal Blues* Suryani (MBS)



3.1.2 Tahap Kedua

Kerangka konsep tahap kedua validasi, tes paralel dan pengukuran sensitivitas skala MBS *antepartum dan postpartum*. Penelitian tahap kedua merupakan *real setting* yaitu kegiatan penelitiannya dilakukan di fasilitas pelayanan primer dan komunitas.

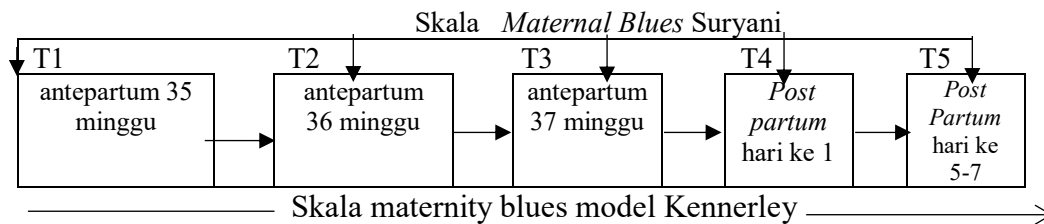
Skema 3.2. Kerangka Konsep Validasi dan Pengukuran Sensitivitas Skala MBS *Antepartum dan Postpartum*.



3.1.3 Tahap Ketiga

Kerangka konsep tahap ketiga implementasi skala MBS. Kerangka konsep ini menyajikan kegiatan penelitian untuk mengimplementasi skala dalam memprediksi *postpartum blues* serta melihat hubungan skor *antepartum* terhadap kejadian *postpartum blues*.

Skema 3.3. Kerangka Konsep Penelitian Uji Coba Skala MBS Periode Antepartum dan Postpartum



Keterangan:

T1-T3 = Waktu pengukuran periode *antepartum*.

T5-T7 = Waktu pengukuran *postpartum* hari ke5 atau Ke 7.

—→ = Korelasi hasil pengukuran *maternal blues* mulai dari periode *antepartum* 35 minggu sampai dengan *postpartum* hari ke-5/7

3.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ada dua yakni hipotesi mayor dan hipotesis minor.

Hipotesis mayor: Skala MBS periode *antepartum* dan *postpartum* melalui *bonding attachment* dapat memprediksi *postpartum blues*.

Hipotesis Minor:

1. Ada hubungan nilai validitas dan reliabilitas antar item faktor peran dan tugas ibu, budaya ekonomi dan dukungan sosial skala MBS periode *antepartum* melalui *bonding attachment* dalam memprediksi *postpartum blues*.
2. Ada hubungan nilai validitas dan reliabilitas antar item faktor peran dan tugas ibu, budaya ekonomi dan dukungan sosial skala MBS periode *postpartum* melalui *bonding attachment* dalam memprediksi *postpartum blues*.

3. Ada hubungan antara faktor internal dan faktor eksternal skala MBS periode *antepartum* dan *postpartum* dalam memprediksi *postpartum blues*.
4. Ada hubungan skala MBS periode *antepartum* dan *postpartum* dengan skala *maternity blues* model Kennerley dalam memprediksi *postpartum blues*.
5. Ada hubungan nilai sensitifitas skala *maternal blues* model Suryani periode *antepartum* dan *postpartum* dalam memprediksi *postpartum blues*.
6. Ada hubungan skor MBS periode *antepartum* dan *postpartum* terhadap kejadian *postpartum blues*.
7. Ada hubungan faktor konfonding usia, paritas periode *antepartum* dan *postpartum* terhadap kejadian *postpartum blues*.

3.3. Definisi Operasional Variabel dan Sub Variabel

Definisi operasional variabel dan sub variabel adalah definisi karakteristik yang diamati dalam bentuk pernyataan di dalam skala *maternal blues* Suryani periode *antepartum* dan *postpartum*.

3.3.1. Definisi Operasional Periode Antepartum

1). Skala MBS periode *antepartum*

Kuesioner yang mengeksplorasi perubahan emosional dan mood ibu disaat berinteraksi dengan calon bayi dan faktor yang mempengaruhi perubahan emosional ibu dalam berinteraksi dengan calon bayi berdasarkan variabel peran dan tugas ibu, budaya dan ekonomi, dukungan sosial melalui sub variabel *indirect touch mother to baby*, pemantauan kesejahteraan janin, komunikasi janin, penerimaan janin/kehamilan, pemberian nama janin, jenis kelamin janin, upacara tradisi, pendapatan keluarga, dukungan fisik atau jasa sejak hamil 35 minggu sampai 37 minggu melalui pernyataan dalam bentuk skala likert.

2). Variabel Peran dan Tugas Ibu

Tanggung jawab seorang ibu selama hamil sebagai pengasuh dan pelindung janin yang diimplementasikan ketika berinteraksi dengan janin dalam bentuk sikap dan perilaku disaat melakukan *indirect touch mother to baby*, pemantauan kesejahteraan , komunikasi janin, penerimaan janin/kehamilan yang diukur melalui pernyataan ibu.

3). Variabel Budaya

Sebuah kebiasaan yang berlaku dimasyarakat dalam menyambut atau menerima kehamilan seorang ibu berupa pernyataan dalam pemberian nama anak, jenis kelamin bayi, upacara penerimaan calon bayi yang menjadi sumber dukungan bagi ibu dalam menjalankan tanggung jawab menjadi ibu dan mempertahankan kondisi emosional ibu yang diukur melalui pernyataan ibu.

4) Variabel Ekonomi

Sebuah pernyataan terhadap daya penghasilan keluarga yang diterima oleh ibu perbulan untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan kehamilannya serta menjadi sumber dukungan dalam menjalankan tanggung jawabnya serta mempertahankan kondisi emosional ibu selama hamil yang diukur melalui pernyataan ibu.

5) Variabel Dukungan Sosial

Sebuah pernyataan bentuk kualitas dukungan yang diterima oleh ibu selama hamil dari orang-orang terdekat yang berada disekitarnya dalam bentuk dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan appraisal, dukungan informasional dan menjadi sumber kekuatan untuk menjalankan tanggung jawabnya serta mempertahankan kondisi emosional ibu selama hamil yang diukur melalui pernyataan ibu.

6) Sub Variabel *indirect touch mother to baby*

Interaksi yang dilakukan oleh ibu dalam bentuk usapan secara tidak langsung melalui perut untuk merangsang bayi sebelum lahir dengan memperhatikan tehnik mengusap janin

melalui perut ibu, waktu kontak, intensitas mengusap yang menjadi salah satu bentuk peran dan tugas ibu saat hamil yang diukur melalui pernyataan ibu.

7) Sub Variabel pemantauan kesejahteraan janin

Interaksi yang dilakukan oleh ibu dalam bentuk pengamatan pergerakan bayi yang belum lahir setiap hari dengan merasakan, melihat, meraba, menghitung pergerakan janin yang menjadi salah satu bentuk peran dan tugas ibu saat hamil yang diukur melalui pernyataan ibu.

8) Sub Variabel komunikasi ke janin

Suatu bentuk interaksi ibu dengan bayi sebelum lahir yang dilakukan melalui bicara, dengan bahasa non verbal (dalam hati) dan verbal (bersuara) dengan memperhatikan kata-kata yang dikeluarkan, intensitas suara (intonasi suara), durasi bersuara, dan pemilihan kata-kata yang menjadi salah satu bentuk peran dan tugas ibu saat hamil yang diukur melalui pernyataan ibu.

9) Sub Variabel penerimaan janin/kehamilan

Suatu bentuk interaksi ibu dengan bayi sebelum lahir yang dilakukan melalui merawat kehamilannya, memperhatikan janinnya yang menjadi salah satu bentuk peran dan tugas ibu saat hamil yang diukur melalui pernyataan ibu.

10) Sub Variabel pemberian nama anak

Suatu kebiasaan keluarga yang dilakukan dalam menerima kehadiran calon bayi melalui pemberian nama terhadap bayi yang belum dilahirkan dengan memperhatikan arti nama bayi dan keikutsertaan orangtua serta suami dalam memberikan nama bayi serta menjadi salah satu sumber dalam menjaga kondisi emosional ibu yang diukur melalui pernyataan ibu.

11) Sub Variabel jenis kelamin janin

Identitas bayi yang merupakan harapan keluarga dalam meneruskan keturunan keluarga dengan memperhatikan jenis kelamin yang menjadi prioritas dalam keluarga serta menjadi salah satu sumber dalam menjaga kondisi emosional ibu yang diukur melalui pernyataan ibu.

12) Sub Variabel upacara tradisi

Suatu kegiatan yang biasa dilakukan oleh keluarga dalam memohon keselamatan dan kesehatan ibu dan bayi sebelum lahir dengan memperhatikan keikutsertaan keluarga dalam melaksanakan acara tersebut serta menjadi salah satu sumber dalam menjaga kondisi emosional ibu yang diukur melalui pernyataan ibu.

13) Sub Variabel Dukungan emosional

Suatu bentuk pertolongan yang diterima oleh ibu disaat hamil dari orang seperti memberi perhatian, berempati dan menolong memenuhi kebutuhannya yang diukur melalui pernyataan ibu.

14) Sub Variabel Dukungan Instrumental

Suatu bentuk bantuan yang diberikan langsung dan nyata seperti memberi atau meminjamkan uang maupun membantu meringankan tugas yang diukur melalui pernyataan ibu.

15) Sub Variabel Dukungan informasional

Suatu bentuk dukungan yang membuat ibu merasa bahwa dirinya adalah bagian dari anggota keluarga dimana orang disekitarnya berbagi pengalaman atau pengetahuan dan mengajari ibu tentang kondisi yang dialami saat ini yang diukur melalui pernyataan ibu.

16) Sub Variabel Dukungan Appraisal

Suatu dukungan yang membuat ibu merasa dihargai oleh orang sekitarnya seperti menghargai dirinya menjadi seorang ibu, sehingga ibu menjadi percaya diri dan merasa bernilai yang diukur melalui pernyataan ibu.

Variabel dan sub variabel yang telah diuraikan dalam definisi operasional yang membangun skala *maternal blues* periode *antepartum* cara ukur dan hasil ukur untuk setiap variabel dan sub variabel dilakukan yang sama sampai terbentuknya skala *maternal blues antepartum* model Suryani. Berikut ini diuraikan pengukuran variabel dan sub variabel yang membangun skala MBS periode *antepartum*.

Tabel 3.1 Cara Ukur, Hasil Ukur Variabel dan Sub Variabel Skala MBS Antepartum

No	Variabel	Cara Ukur	Alat Ukur	Validitas kuesioner	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Skala <i>Maternal blues</i> Suryani periode <i>antepartum</i>	Wawancara a tidak langsung dengan penyebaran kuesioner Draft skala MBS antepartum dengan pernyataan sangat sering, sering, biasa, jarang, tidak pernah	Draft skala MBS antepartum	- Exploratory faktor analysis (EFA). - Confirmatory faktor analysis - Uji paralel - ROC	- <i>CR</i> - <i>VE</i> - <i>Good Fit</i> - Sensitifitas - <i>Korelasi</i> - <i>Cut of Point</i> - Perbedaan Mean	Numerik
2	Peran dan tugas Ibu	Wawancara secara tidak langsung		- Exploratory faktor analysis (EFA).	a.Content validity 1.Draft Item pernyataan diterima tanpa perbaikan	Numerik
3	Budaya ekonomi	dengan pernyataan sangat sering,		- Confirmatory faktor analysis-	2.Draft Item pernyataan diterimadengan perbaikan	
4	Dukungan sosial	sering,				
5	<i>Indirect touch mother to baby</i>	sering,				
6						

No	Variabel	Cara Ukur	Alat Ukur	Validitas kuesioner	Hasil Ukur	Skala Ukur
7	pemantauan kesejahteraan janin	biasa, jarang atau tidak pernah	Draft skala MBS		3.Draft Item pernyataan dikeluarkan	
8	komunikasi ke janin		antepartum		b. Standard Loading $\geq$.5	
9	penerimaan janin/kehamilan				c. T value $>$ 1.96	
10	pemberian nama anak				d.Construct Reliability (CR) $\geq$.7 dan	
11	jenis kelamin janin				e. Variance Extracted (VE) $\geq$.5	
12	upacara tradisi					
13	Dukungan emosional					
14	Dukungan informasi					
15	Dukungan instrumental					
16	Dukungan appraisal					

3.3.2. Defenisi Operasional Periode Postpartum

1). Skala MBS periode *postpartum*

Kuesioner yang mengeksplorasi gejala *maternal blues* yakni perubahan emosional dan mood ibu disaat berinteraksi dengan bayi dan faktor yang mempengaruhi perubahan emosional ibu dalam berinteraksi dengan bayi berdasarkan variabel peran dan tugas ibu, budaya dan ekonomi, dukungan sosial melalui sub variabel *skin to skin contact*, menyusui, komunikasi bayi, *responsiveness*, *rooming in*, upacara tradisi, pendapatan keluarga, dukungan fisik atau jasa dari hari pertama dan hari ke5/7 melalui pernyataan dalam bentuk skala likert.

3). Variabel Peran dan Tugas Ibu

Tanggung jawab seorang ibu setelah melahirkan sebagai pengasuh dan pelindung bayi yang diimplementasikan ketika berinteraksi dengan bayi dalam bentuk pernyataan disaat melakukan *skin to skin contact*, menyusui, komunikasi bayi, *responsiveness*, *rooming in*

4). Variabel Budaya

Sebuah kebiasaan yang berlaku dimasyarakat dalam menyambut kelahiran bayi berupa upacara tradisi yang diukur melalui pernyataan ibu dan menjadi sumber dukungan dalam menjalankan tanggung jawab menjadi ibu dan mempertahankan kondisi emosional.

5) Variabel Ekonomi

Daya penghasilan keluarga yang diterima oleh ibu perbulan untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan penambahan anggota baru yang diukur melalui pernyataan ibu dan menjadi sumber dukungan dalam menjalankan tanggung jawab serta mempertahankan kondisi emosional setelah melahirkan.

6) Variabel Dukungan Sosial

Bentuk kualitas dukungan yang diterima oleh ibu setelah melahirkan dari orang-orang terdekat yang berada disekitarnya dalam bentuk fisik atau jasa yang diukur melalui pernyataan ibu dan menjadi sumber dukungan untuk menjalankan tanggung jawabnya serta mempertahankan kondisi emosional setelah melahirkan.

7) Sub Variabel *Skin to Skin Contact*

Interaksi yang dilakukan oleh ibu dalam bentuk usapan secara tidak langsung melalui perut untuk merangsang bayi sebelum lahir dengan memperhatikan tehnik mengusap janin melalui perut ibu, waktu kontak, intensitas mengusap yang menjadi salah satu bentuk peran dan tugas ibu setelah melahirkan yang diukur melalui pernyataan ibu.

8) Sub Variabel Menyusui

Interaksi yang dilakukan oleh ibu dalam bentuk pemberian ASI ke bayi setiap hari dengan memperhatikan waktu menyusui, frekuensi menyusui, dan durasi menyusui yang merupakan salah satu bentuk peran dan tugas ibu setelah melahirkan dan diukur melalui pernyataan ibu.

9) Sub Variabel komunikasi ke bayi

Suatu bentuk interaksi ibu dengan bayi yang dilakukan melalui bicara, dengan bahasa non verbal (dalam hati) dan verbal (bersuara) dengan memperhatikan kata-kata yang dikeluarkan, intensitas suara (intonasi suara), durasi bersuara, dan pemilihan kata-kata merupakan salah satu bentuk peran dan tugas ibu setelah melahirkan yang diukur berdasarkan pernyataan ibu.

10) Sub Variabel daya tanggap (*responsiveness*)

Suatu bentuk interaksi ibu dalam melakukan tanggung jawab merawat bayi meliputi : siap siaga, tanggap dengan bayi, merawat bayi dengan ikhlas dan kasih sayang merupakan salah satu bentuk peran dan tugas ibu setelah melahirkan yang diukur berdasarkan pernyataan ibu.

11) Sub Variabel *Roving in*

Suatu bentuk interaksi ibu dengan bayi yang dilakukan melalui penempatan bayi bersama dengan ibu sejak dari fasilitas kesehatan serta berlangsung sampai di rumah dalam durasi yang lama yang diukur berdasarkan pernyataan ibu.

12) Sub Variabel upacara tradisi

Suatu tradisi yang dilakukan oleh keluarga dalam memohon keselamatan dan kesehatan ibu dan bayi sebelum lahir dengan memperhatikan keikutsertaan keluarga dalam melaksanakan acara tersebut serta menjadi salah satu sumber dalam menjaga kondisi emosional ibu.

13) Sub Variabel Dukungan emosional

Suatu bentuk pertolongan yang diterima oleh ibu setelah melahirkan dari orang disekitarnya seperti memberi perhatian, berempati dan menolong memenuhi kebutuhannya yang diukur melalui pernyataan ibu.

14) Sub Variabel Dukungan Instrumental

Suatu bentuk bantuan yang diberikan langsung dan nyata seperti memberi atau meminjamkan uang maupun membantu meringankan tugas yang diukur melalui pernyataan ibu.

15) Sub Variabel Dukungan informasional

Suatu bentuk dukungan yang membuat ibu merasa bahwa dirinya adalah bagian dari anggota keluarga dimana orang disekitarnya berbagi pengalaman atau pengetahuan dan mengajari ibu tentang kondisi yang dialami saat ini yang diukur melalui pernyataan ibu.

16) Sub Variabel Dukungan Appraisal

Suatu dukungan yang membuat ibu merasa dihargai oleh orang sekitarnya seperti menghargai dirinya menjadi seorang ibu, sehingga ibu menjadi percaya diri dan merasa bernilai yang diukur melalui pernyataan ibu.

Variabel dan sub variabel yang telah diuraikan dalam definisi operasional yang membangun skala MBS periode *postpartum* menggunakan cara ukur dan hasil ukur yang sama. Berikut ini diuraikan pengukuran variabel dan sub variabel yang membangun skala maternal blues *postpartum*.

Tabel 3.2 Cara Ukur, Hasil Ukur Variabel dan Sub Variabel Skala MBS Postpartum

No	Variabel	Cara Ukur	Alat Ukur	Validitas kuesioner	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Skala <i>Maternal blues</i> Suryani periode <i>postpartum</i>	Wawancara tidak langsung dengan penyebaran kuesioner Draft skala MBS dengan pernyataan sangat sering, sering, biasa, jarang, tidak pernah	Draft skala MBS antepartum	- Exploratory faktor analysis (EFA). - Confirmatory faktor analysis - Uji paralel - ROC	- <i>CR</i> - <i>VE</i> - <i>Good Fit</i> - Sensitifitas - <i>Korelasi</i> - <i>Cut of Point</i> - Perbedaan Mean	Numerik
2	Peran dan tugas Ibu	Wawancara secara tidak langsung dengan pernyataan sangat sering, sering, biasa, jarang atau tidak pernah	Draft skala MBS antepartum	- Exploratory faktor analysis (EFA). - Confirmatory faktor analysis	b.Content validity 1.Draft Item pernyataan diterima tanpa perbaikan 2.Draft Item pernyataan diterimadengan perbaikan 3.Draft Item pernyataan dikeluarkan b. Standard Loading $\geq .5$ c. T value >1.96 d.Construct Reliability (CR) $\geq .7$ dan e. Variance Extracted (VE) $\geq .5$	Numerik
3	Budaya ekonomi					
4	Dukungan sosial					
6	<i>Skin to skin contact</i>					
7	menyusui, ,					
8	komunikasi ke bayi					
9	<i>responsiveness</i>					
10	<i>roming in</i>					
12	upacara tradisi					
13	Dukungan emosional					
14	Dukungan in- formasional					
15	Dukungan instrumental					
16	Dukungan <i>appraisal</i>					

3.3.3. Defenisi Operasional Implementasi Skala MBS

1) Variabel *Postpartum blues*

Sekumpulan gejala perubahan emosional dan mood ibu yang negatif seperti perasaan marah, cemas, takut dan hubungan sosial yang buruk yang diamati disaat berinteraksi dengan bayi melalui respon saat melakukan *skin to skin contact*, menyusui, komunikasi bayi, *responsiveness*, *rooming in* yang disampaikan melalui pernyataan ibu setelah melahirkan.

2) Variabel Usia Ibu

Satuan waktu yang mengukur keberadaan ibu dari sejak lahir hingga saat ini dikelompokkan berdasarkan usia remaja dan dewasa.

3). Variabel Paritas

Jumlah anak yang pernah dilahirkan

Tabel 3.3 Cara Ukur, Hasil Ukur Variabel Skala MBS Tahap Implementasi

No	Variabel	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Postpartum Blues	Wawancara	Skala MBS antepartum dan Postpartum	0 = tidak blues 1 = blues	Nominal
2	Usia	Wawancara	Kuesioner	0 = Remaja 1 = Dewasa	Nominal
3	Paritas	Wawancara	Kuesioner	0 = primipara 1 = multipara	Nominal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan tiga tahap dengan metode penelitian yang berbeda. Berikut ini pemaparan metode penelitian dari setiap tahap penelitian.

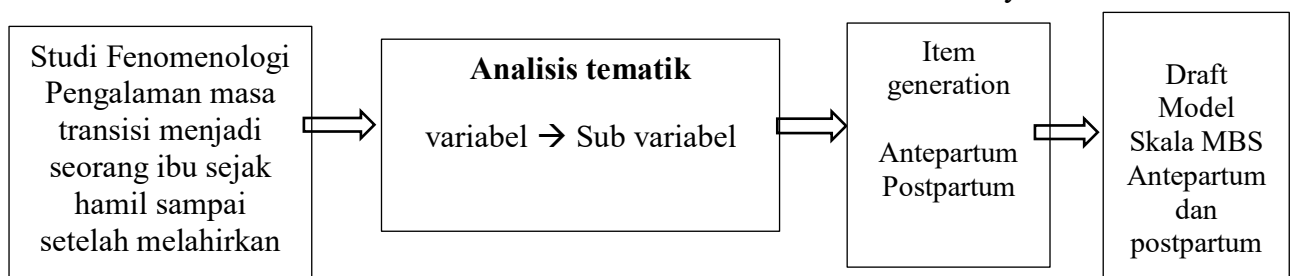
4.1 Desain Penelitian.

4.1.1. Penelitian tahap satu

Penelitian tahap satu mengidentifikasi variabel, sub variabel laten dan membangun item pernyataan/variabel indikator. Prosedur ini dinyatakan sebagai item generation dalam rangka membangun skala *maternal blues* model Suryani (MBS) *antepartum* dan *postpartum*.

Desain penelitian yang dipilih adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi (Mauthner, 1999; Streubert & Carpenter, 2011). Berikut ini skema desain penelitian tahap satu:

Skema 4.1 Desain Kualitatif Item Generation Skala Maternal Blues Suryani

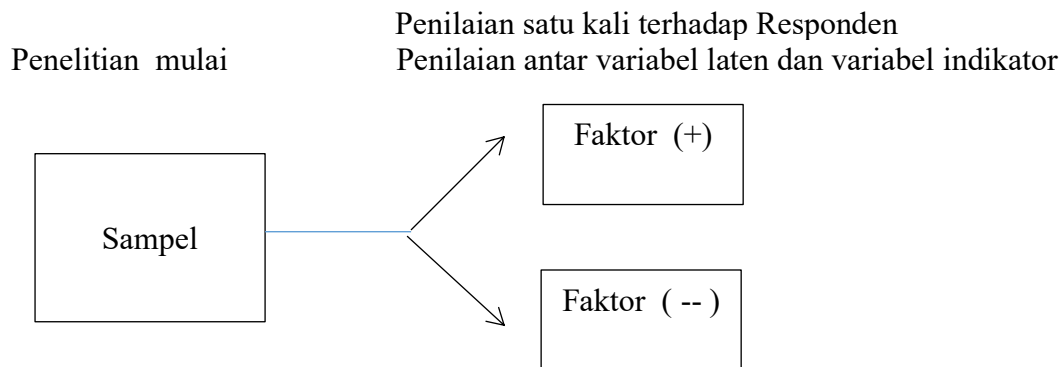


1.1.2. Penelitian tahap dua

Penelitian tahap dua membangun skala MBS *antepartum* dan *postpartum* sebagai *psychological test* yang mengukur konstruk *postpartum blues* melalui *bonding attachment*.

Upaya menghasilkan *psychological test* tersebut maka desain penelitian yang ditetapkan adalah *cross sectional* (Dahlan, 2009). Berikut ini skema desain penelitian tahap dua:

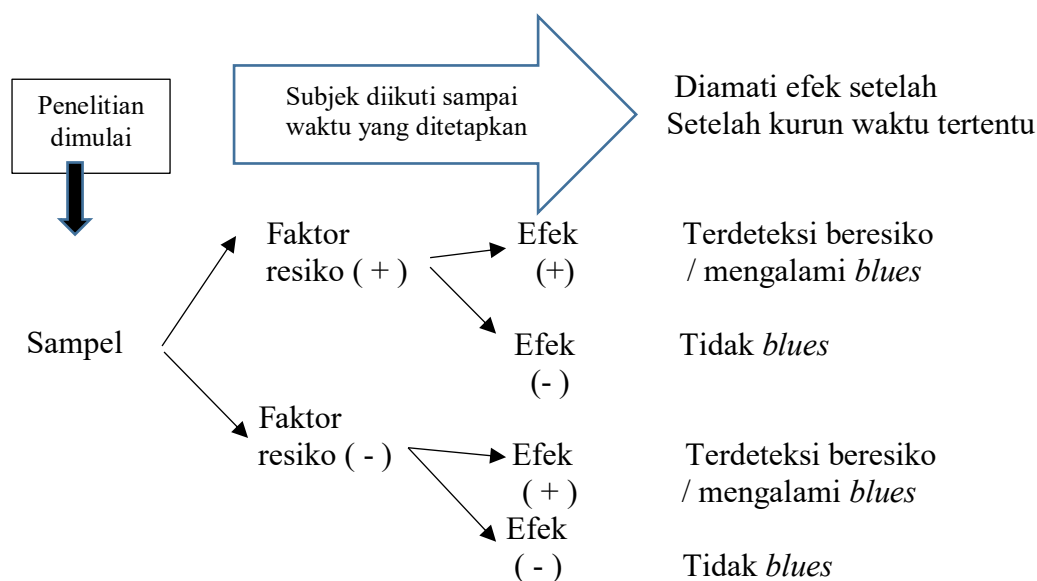
Skema 4.2 Desain Cross Sectional



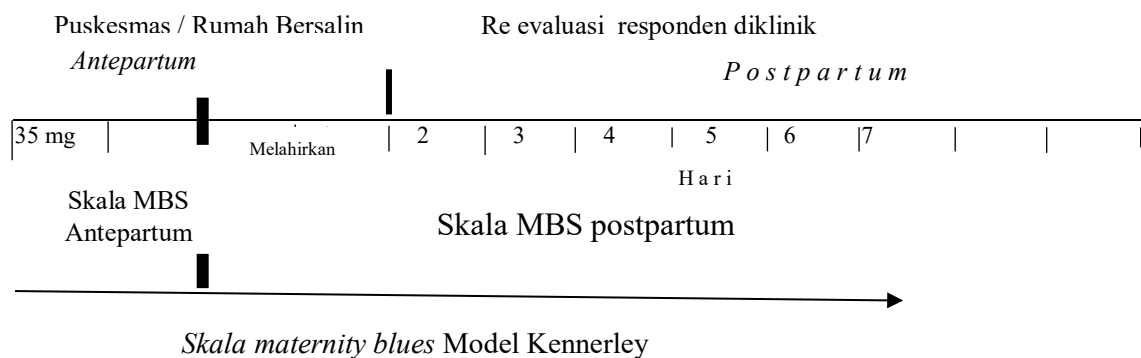
1.1.3. Penelitian tahap tiga

Penelitian tahap tiga adalah implementasi skala MBS *antepartum* dan *postpartum* dalam mengukur resiko dan kejadian *postpartum blues*. Desain penelitian yang ditetapkan adalah survey analitik pendekatan *prospektif (cohort prospektif)*. Kegiatan penelitian memprediksi resiko relatif (RR) *postpartum blues* sejak *antepartum* sampai *postpartum*. Serangkaian pengamatan dilakukan dalam waktu yang berbeda di trimester ketiga akhir yakni usia kehamilan 35, 36 dan 37 minggu dan *postpartum* hari pertama dan hari ke5-7. Berikut ini skema desain penelitian tahap tiga:

Skema 4.3 Desain Kohort Prospektif



Gambar 4.1 Alur Penelitian Implementasi Skala MBS



4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.

4.2.1 Tahap satu

Populasi penelitian tahap satu adalah ibu hamil dan *postpartum*. Karakteristik partisipan ibu yang sudah memiliki pengalaman menjadi ibu. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *snowball sampling* dimana besarnya sampel ditetapkan bila data telah mencapai saturasi (Streubert & Carpenter, 2011). Sehingga partisipan *antepartum* ditemukan sebanyak delapan dan *postpartum* sebanyak 10.

4.2.2 Tahap dua

Populasi penelitian tahap dua adalah ibu periode *antepartum* dan *postpartum*. Karakteristik sampel sesuai dengan kriteria inklusi. Kriteria inklusi sampel *antepartum* adalah usia kehamilan antara 35 sampai 37 minggu, janin tunggal hidup, tidak mengalami masalah fisik dan obstetric, mampu membaca. Kriteria inklusi sampel *postpartum* adalah persalinan normal, anak hidup, tidak ada komplikasi setelah melahirkan.

Penentuan besarnya sampel dalam Skala MBS, mengikuti kaidah pengembangan tes psikologi. Besar sampel yang diambil disesuaikan dengan jumlah item pernyataan yang dibangun yakni 5-10 : 1 (item) (Nunnally & Bernstein, 1994). Draft skala MBS *antepartum* jumlah item yang dibangun sebanyak 55 item pernyataan. Sehingga sampel yang diambil sesuai kaidah sebanyak 450 responden. Draft skala MBS periode *postpartum* jumlah item yang dibangun sebanyak 63 item pernyataan. Sehingga sampel yang diambil sesuai kaidah sebanyak 501 responden.

Penentuan besarnya sampel untuk penilaian diagnostik dari skala MBS sebagai alat skrining menyesuaikan dengan uji analisis yang digunakan, dalam hal ini yang dipilih adalah analisis kurva *receiver operating karakteristik* (ROC). Besar sampel dengan keluaran *area under curve* (AUC) maka diperlukan sampel yang memadai (minimal). Dalam mendapatkan besar sampel yang memadai diperlukan rumus:

$$n \left[\frac{Z\alpha\sqrt{2V1} + Z\beta\sqrt{V2}}{\theta1 - \theta2} \right]^2$$

Berdasarkan rumus tersebut diatas dapat ditentukan jumlah sampel yang diperlukan dengan melihat tabel (Dahlan, 2009). Nilai AUC dari diagnostic sebelumnya ($\theta2$), dalam hal ini belum ada alat ukur yang memprediksi *maternal blues* berdasarkan ketertarikan ibu terhadap janin/bayinya maka $\theta2$ ditentukan oleh peneliti = 0.5. Sehingga berdasarkan referensi nilai $\theta1 - \theta2$ yakni perbedaan minimal yang dianggap bermakna ditetapkan sebesar 0.1. Dengan demikian nilai AUC dari skala *maternal blues* Suryani (MBS) ($\theta1$) adalah sebesar 0.6. Menetapkan $Z\alpha$ jenis kesalahan tipe satu 5%, hipotesis dua arah dan kesalahan tipe dua 10%. Maka berdasarkan tabel jumlah responden yang diperoleh adalah 84 (Dahlan, 2009). Kemudian ditambah 10% (*dropout*), maka responden yang seharusnya adalah minimal 110. Pada penelitian

dengan analisis ROC pada setiap skala MBS responden yang digunakan adalah responden yang di tahap kedua.

Metode pengambilan sampel dilakukan dengan tehnik *sampling non probability*. Teknik pengambilan sampel ditentukan oleh peneliti dengan pertimbangan bahwa kehadiran responden yang mengacu kriteria inklusi tidak selalu ada setiap minggu. Sehingga pengambilan sampel diputuskan secara *purposive sampling (judgmental sampling)*, dengan mengacu kriteria inklusi.

4.2.3 Tahap tiga

Populasi penelitian tahap tiga adalah ibu periode *antepartum* dan *postpartum*. Populasi yang dijadikan sampel penelitian disesuaikan dengan kriteria inklusi. Kriteria inklusi sampel periode *antepartum* adalah usia kehamilan mulai 35 sampai 37 minggu, hamil tunggal, tidak mengalami masalah fisik dan obstetric, mampu membaca. Kriteria inklusi sampel periode *postpartum* adalah persalinan normal, anak hidup, tidak ada komplikasi setelah melahirkan. Besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian *cohort prospektif* untuk proporsi paparan data *continue* usia kehamilan mulai 35, 36, 37 minggu dan *postpartum* fase *taking in, postpartum* fase *letting go*) ditentukan dengan rumus:

$$n = \frac{2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \tau^2}{(U_1 - U_2)^2}$$

n = jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai pada distribusi normal standard yang sama dengan tingkat kemaknaan α ($\alpha = 0.05$ adalah 1,96).

$Z_{1-\beta}$ = nilai pada distribusi normal standard yang sama dengan kekuasaan (power) (90%) sebesar yang diinginkan (untuk $\beta=0.10$) adalah 1.28

T = Standars deviasi Outcome (9,2) hasil penelitian saat ini

U1= Mean outcome kelompok tidak terpapar

U2= Mean outcome kelompok terpapar

U1-U2 (hasil Kennerley nilai rata-rata ANC – PP) = 6.5

$$n = \frac{2 (1.96 + 1.28)^2 (9.2)^2}{(6.5)^2}$$

Sehingga sampel minimal yang diperlukan adalah 42.059 → 42. Ditambah dengan jumlah *lost to follow* 15% maka sampel yang diperlukan adalah 42 (1+0.15) = 48.3. Sedang sampel yang ada saat ini adalah 60 responden.

Metode pengambilan sampel dilakukan dengan tehnik *sampling non probability*. Teknik pengambilan sampel ditentukan oleh peneliti dengan pertimbangan bahwa kehadiran responden yang mengacu kriteria inklusi antara lain usia kehamilan 35 minggu tidak selalu ada setiap minggu. Sehingga pengambilan sampel diputuskan secara *purposive sampling (judgmental sampling)*, sesuai dengan kriteria inklusi yang ditetapkan.

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian.

4.3.1 Tahap satu

Pengumpulan data dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Depok dan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Tangerang Selatan pada tahun 2016.

4.2.3 Tahap dua dan tiga

Pengumpulan data tahap dua dilakukan mulai bulan Januari – Juni 2017. Pengumpulan data tahap tiga implementasi skala MBS dilakukan pada bulan Juni - Desember 2017. Tempat penelitian untuk tahap dua dan tiga dilakukan di Puskesmas Wilayah Jakarta Selatan.

Puskesmas yang terpilih menjadi tempat penelitian adalah Puskesmas Kecamatan Jagakarsa, Kecamatan Pasar Minggu, Tebet, Cilandak Barat, Kebayoran Lama. Puskesmas tersebut ditetapkan menjadi tempat penelitian karena memiliki kriteria: 1) angka persalinan yang cukup tinggi di wilayah Jakarta Selatan (± 50 persalinan/bulan), 2) penduduk di Wilayah Jakarta Selatan heterogen dengan berbagai latar belakang ekonomi, suku dan agama. Dengan kriteria tersebut diharapkan karakteristik data demografi responden bervariasi, besarnya sampel dapat terpenuhi sesuai dengan kriteria.

4.4 Etika Penelitian

Prinsip etika penelitian yang diterapkan selama penelitian dari tahap satu sampai tahap tiga adalah prinsip *beneficensi* yang menghormati martabat manusia dan keadilan (Streubert & Carpenter, 2011). Sebelum wawancara, diberikan *informed consent* yang merupakan penjelasan dari penelitian, dan semua peserta diminta untuk menandatangani perjanjian dan berhak untuk menolak dan memberikan persetujuan sebagai peserta. Penelitian ini adalah disetujui oleh komite etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (nomor Persetujuan: 0538 /UN2.F12.D / HKP.02.04 / 2016). Dengan pertimbangan sesuai aturan hak asasi manusia yang dikeluarkan oleh ANA (*American Nurses Association*). Lima kode etik penelitian untuk profesi keperawatan yang menjadi pertimbangan dalam penelitian ini yaitu:

1). *Self determination*

Prinsip *Self determination* didasarkan pada penghormatan terhadap individu. Ibu *postpartum* yang menjadi partisipan/responden penelitian diperlakukan sebagai agen yang memiliki otonomi, sehingga memiliki kebebasan untuk memilih tanpa adanya kontrol dari luar dirinya baik keluarga, petugas kesehatan. Dalam penelitian ini partisipan/responden diberikan keleluasaan untuk mengikuti atau menolak menjadi partisipan/responden setelah

mendapatkan informasi. Pasien juga dapat sewaktu-waktu mengundurkan diri dalam penelitian ini tanpa mempengaruhi prosedur penatalaksanaan yang akan dan telah diberikan.

2). *Privacy and dignity*

Prinsip didasarkan pada penghormatan, *privacy* adalah sebuah kebebasan setiap individu untuk memberikan waktu, jarak dan perputaran informasi khusus untuk digunakan atau dipegang oleh orang lain yang ditunjuknya atau diberikan kewenangan untuk mendapatkan informasi darinya. Dalam penelitian ibu hamil dan *postpartum* diberikan tempat dan waktu khusus untuk dilakukan pengambilan data dengan wawancara, FGD, Kuesioner. Dengan mempertimbangkan tanpa gangguan dari orang lain.

3). *Anonymity and confidentiality*

Anonymity, penyimpanan data baik hasil verbatim maupun kuesioner hanya disimpan oleh peneliti. Data responden tidak dapat digunakan oleh siapapun dan hanya untuk kepentingan penelitian. *Confidentiality* dilakukan dengan menjaga informasi maupun identitas ibu hamil dan *postpartum* tidak dipublikasikan. Kuesioner dalam penelitian ini menggunakan kode responden, sehingga prinsip anonim dapat ditegakkan. Informasi yang didapatkan dalam penelitian hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan analisis data.

4). *Fair treatment*

Prinsip didasarkan pada keadilan, individu yang merupakan subyek penelitian harus mendapatkan penatalaksanaan secara *fair*. Ibu hamil dan *postpartum* harus menerima apa yang seharusnya diterima mereka dan apa yang harus menjadi milik mereka. Pada penelitian ini tidak ada perlakuan.

5). *Protection from discomfort and harm*

Prinsip etika penelitian ini dilaksanakan oleh peneliti dengan mengambil peran aktif dalam pencegahan faktor-faktor resiko yang kemungkinan dialami responden saat pengumpulan

data. Selain itu, responden diberikan kebebasan untuk menyampaikan ketidaknyamanan yang dirasakan selama mengisi kuesioner. Beberapa upaya yang akan dilakukan oleh peneliti untuk mencegah resiko yang mungkin terjadi pada responden yakni:

- a) mendeteksi responden terhadap keluhan fisik dan psikologis yang sedang dialami sebelum responden mulai mengisi kuesioner misalnya terhadap keluhan pusing, sakit perut, stress dengan cara menanyakan keluhan saat ini dan mengukur tekanan darah dan nadi. Jika ditemukan responden mengalami keluhan fisik dan psikologis, kemungkinan perlu membuat kontrak waktu lagi kapan responden bersedia untuk memberikan informasi dengan mengisi kuesioner yang telah disediakan.
- b) membuat lingkungan agar lebih nyaman saat mengisi kuesioner misalnya menempatkan responden di tempat dengan sirkulasi udara yang baik, mengurangi kebisingan.
- c) membuat kontrak waktu untuk pengisian kuesioner tidak bentrok dengan waktu responden melakukan aktivitas lain, sehingga responden bisa lebih tenang dan santai saat mengisi kuesioner.

4.5 Metoda dan Alat Pengumpulan Data

4.5.1 Tahap satu

Pengumpulan data untuk mengeksplorasi variabel dan sub variabel laten dilakukan dengan wawancara mendalam, *focus group discuss* (FGD). Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah panduan wawancara, perekam suara dan catatan observasi. Metoda dalam proses seleksi item pernyataan yang telah disusun dilakukan dengan konsultasi pakar dan penyebaran kuesioner kepada calon responden. Instrumen yang digunakan adalah *draft* item pernyataan yang telah disusun oleh peneliti.

4.5.2 Tahap dua

Pengumpulan data untuk proses validasi, reliabilitas *draft* skala MBS dilakukan dengan penyebaran kuesioner kepada responden *antepartum* dan *postpartum*. Alat pengumpulan data yang digunakan adalah draft skala MBS *antepartum* dan *postpartum*.

4.5.3 Tahap tiga

Pengumpulan data untuk proses implementasi dilakukan dengan penyebaran skala MBS *antepartum* dan *postpartum* kepada responden. Pengumpulan data dilakukan sebanyak lima kali mulai dari usia kehamilan 35, 36, 37 minggu dan *postpartum* hari pertama dan hari ke5/7. Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah skala MBS *antepartum* dan *postpartum* yang sudah teruji validitas dan reliabilitas.

4.6. Analisis Data

4.6.1 Tahap satu

Analisis data penelitian kualitatif adalah analisis konten tematik. Penggunaan metode ini untuk mengkategorikan tema yang muncul dalam data, dan mengidentifikasi subkelompok untuk menentukan pola di dalam teks (Streubert & Carpenter, 2011). Tahapan analisis data dimulai dari mendeskripsikan fenomena yang diteliti, mengutip pernyataan yang berarti yang dinyatakan sebagai kata kunci, mencari arti kata kunci untuk dikelompokkan dalam kategori, dan kemudian merumuskan kedalam tingkat tema berdasarkan kumpulan makna dari kategori yang sama. Berdasarkan hasil analisis maka tema dinyatakan sebagai variabel laten dan katagori sebagai sub variabel laten

Analisis penulisan item-item pernyataan

Berdasarkan variabel, sub variabel laten maka item-item pernyataan disusun. Proses analisis untuk seleksi item-item pernyataan dilakukan berdasarkan makna item yang dibangun, panjang kalimat, struktur bahasa dan uji keterbacaan. Proses ini dinyatakan sebagai *content adequasi* yakni melihat kesesuaian isi dengan yang ingin diukur. Uji adekuasi konten terhadap item-item pernyataan dilakukan tanggal 15 Desember 2016 oleh pakar kemudian dilanjutkan uji keterbacaan bulan Maret 2017 di puskesmas wilayah Jakarta Selatan.

4.6.2 Tahap dua

Analisa data untuk mendapatkan skala MBS yang valid dan handal dalam mengukur konstruk *blues* antara lain, 1) analisis *structural equation modelling* (SEM), 2) analisis uji paralel, 3) analisis uji diagnostic dengan ROC.

4.6.2.1. Analisis *structural equation modelling* (SEM),

Analisis SEM terbagi menjadi dua bagian, yaitu validitas dan reliabilitas data. Validitas data menggambarkan kecocokan tiap indikator terhadap variabel, sedangkan reliabilitas data menunjukkan kehandalan data penelitian (Cohen & Swerdlik, 2010). Uji statistik yang dilakukan yakni *exploratory factor analysis* (EFA) dan *confirmatory factor analysis* (CFA) (Cohen & Swerdlik, 2010; Kaplan & Saccozzo, 2005). Tujuan dari uji statistik tersebut adalah untuk mengidentifikasi item (variabel indikator) berdasarkan kemiripannya. Kemiripan tersebut ditunjukkan dengan nilai korelasi yang tinggi. Item-item yang memiliki korelasi yang tinggi akan membentuk satu kerumunan faktor (Osterlind, 1998). Prinsip dasar dalam analisis faktor adalah menyederhanakan deskripsi tentang data dengan mengurangi jumlah variabel/dimensi.

EFA memeriksa data dan memberikan informasi jumlah faktor yang dapat menggambarkan data (Suhr, 2006). Semua variabel yang terukur dihubungkan dengan setiap faktor dan diukur berdasarkan estimasi *loading* faktor (korelasi antara faktor dan variabel laten). Hasil analisis memperoleh jumlah faktor yang dapat dibangun oleh seperangkat item yang telah ditetapkan didalam *draft* skala MBS. Proses pembentukan faktor dilakukan dengan mempertimbangkan nilai *eigenvalues* (δ) (*total variance* yang dapat dijelaskan masing-masing faktor). Pembentukan beberapa faktor dapat diterima jika nilai *eigenvalues* (δ) minimal 1. Adapun tahapan dalam analisis EFA antara lain:

1) Memilih variabel

Dalam memilih variabel, ukuran sampel tidak bisa kurang dari 50 dan lebih baik jika lebih dari 100.

2) Menghitung korelasi antar variabel

Estimasi korelasi antara variabel dapat dilihat dari nilai *r*. Nilai korelasi yang tinggi atau signifikan menunjukkan bahwa kedua variabel tersebut berhubungan erat (minimal 0.3, pada *level of significant* 95%).

3) Ekstraksi faktor

Ekstraksi faktor adalah mengeluarkan faktor dan mengidentifikasi jumlah faktor. Ekstraksi faktor dapat dilakukan dengan melihat *eigenvalue* lebih besar atau sama dengan dari 1.0 dan diagram *scarter*. Berdasarkan diagram *scarter* dapat dilihat berapa faktor yang dapat dibentuk oleh variable-variabel pengamatan dengan ketentuan nilai *eigenvalue* minimal satu.

4) Rotasi faktor (*rotating factors*)

Rotasi faktor adalah proses yang digunakan guna meminimalkan jumlah variabel. Prosedur yang umum digunakan adalah *varimax rotation*, yang mana meminimalkan jumlah variabel dengan *loading* faktor yang besar.

5) Interpretasi

Interpretasi data dilihat dari *loading* faktornya ($\pm .5$ or greater) dan ($\pm .4$ or less). Jika tujuannya mereduksi data, maka beri nama faktor hasil reduksi dan hitung faktor skornya (*a linear combination of the original variables*). Namun karena *exploratory* faktor analisis tidak mampu mengukur bahwa struktur faktor yang dihasilkan telah fit mengukur variabel maka dilakukan *confirmatory factor analysis*.

CFA digunakan untuk menilai variabel indikator dalam menggambarkan konstruk dengan uji kecocokan model (*goodness of fit*) (Hair, 2005). Analisis CFA dengan beberapa pengujian yakni:

- 1) Validitas konstruk yaitu menggambarkan keakuratan dari kumpulan item-item (variabel indikator) yang menggambarkan konstruk laten secara teoritis. Indikator dari validitas model ditunjukkan dengan:
 - a). nilai *t value* pada *understandardized loading significant* ($t\text{-value} > t_{\alpha/2}(df)$). Untuk sampel ukuran $n > 30$, $t_{\alpha/2}(df) \approx Z_{\alpha/2}$. Jika $\alpha = 0.05$, maka $Z_{\alpha/2} = 1.96$.
 - b). nilai *standardized loading* yang seharusnya ≥ 0.5 dan idealnya lebih besar dari 0.7.
 - c). nilai *average variance extracted* (AVE) merupakan rata-rata dari *variance extracted* yang merupakan kuadrat dari *standardized loading* dari setiap indikator yang menjelaskan konstruk laten. Nilai AVE seharusnya ≥ 0.5 sebagai standar validitas.
 - d). Menguji reliabilitas data digunakan indikator berdasarkan rumus *construct reliability* (CR).

4.6.2.2. Analisis uji paralel

Analisis tes paralel dilakukan dua kali yakni 1) pengukuran korelasi antara skala MBS dengan instrumen yang sudah baku (skala *maternity blues* Kennerley) yang telah diadaptasikan kedalam Bahasa Indonesia. 2) pengukuran korelasi antara faktor internal dan eksternal dalam skala MBS (Pratiknya, 1993). Analisis yang digunakan adalah analisis Spearman's. Hasil analisis uji paralel untuk menggambarkan bahwa kedua alat mengukur data yang sama.

4.6.2.3. Analisis uji diagnostic dengan ROC

Analisis uji diagnostik untuk menggambarkan bahwa skala MBS dapat sebagai alat skrining *postpartum blues* serta mendapatkan nilai skor. Uji statistik dilakukan dengan ROC, dengan memperoleh nilai *area under curve* (AUC). Hasil analisis dengan nilai diatas 50% sampai dengan 100% artinya bila skala ini dipergunakan pada 100 responden ibu *antepartum* dan *postpartum* untuk memprediksi *postpartum blues*, maka pemeriksaan akan menyimpulkan yang benar dalam memprediksi *postpartum blues* lebih dari 50 - 100 responden (Dahlan, 2009). Sehingga skala MBS *antepartum* dan *postpartum* dapat dinyatakan baik dalam memprediksi *postpartum blues*. Analisis selanjutnya adalah memperoleh nilai skor dengan menetapkan sensitifitas skala MBS sebagai alat skrining *postpartum blues*.

4.6.3 Tahap tiga

Analisis data dalam mengimplementasikan skala MBS *antepartum* dan *postpartum* untuk memprediksi *postpartum blues* :

1) Analisis *univariate*

Analisis ini dilakukan guna menganalisis tiap variabel dari penelitian tahap tiga. Data diolah dalam bentuk distribusi frekuensi dan prosentase (%) dari masing-masing variabel penelitian.

2) Analisis *Bivariat*

Analisis yang dilakukan untuk mengetahui keterkaitan dua variabel. Analisis dilakukan dengan menggabungkan dua variabel katagorik dan tidak berpasangan. Uji statistik yang dipilih adalah *Chi Square* untuk tabel 2x2, dengan syarat sel mempunyai nilai *expected* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Jika syarat tidak memadai maka dilakukan uji Fisher. Hasil analisis dari tabel 2x2 maka diperoleh nilai *relative risk* (RR) kejadian *postpartum blues*.

3) Analisis *Multivariate*

Analisis multivariate adalah analisis multi variabel dalam satu atau lebih hubungan. Analisis yang dipilih adalah *regresi logistic* dan *general linear model* (GLM) dengan tehnik *repeated measure* (Dahlan, 2009). Pemilihan *regresi logistic* adalah untuk menganalisis beberapa variabel yang memenuhi kriteria analisis p 0.25. Pemilihan beberapa faktor yang memenuhi kriteria untuk melihat pemodelan terhadap penyebab *postpartum blues*. Analisis GLM dengan tehnik *repeated measure* adalah untuk melihat perbedaan rerata skor *postpartum blues* disetiap pengukuran. Dengan demikian diketahui pola perbedaan skor mean yang mencetuskan ibu mengalami *postpartum blues*.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian disajikan dalam tiga tahap. Tahap pertama pengembangan variabel laten dan item pernyataan skala *maternal blues* Suryani (MBS) melalui studi kualitatif dan analisis konten adequasi. Hasil yang disajikan adalah pengalaman menjadi seorang ibu dalam menghadapi kehamilan sampai setelah melahirkan yang berkaitan dengan kestabilan emosional ibu terhadap interaksi ibu dengan bayi sejak hamil sampai setelah melahirkan. Tahap kedua validasi dan pengukuran sensitifitas skala MBS *antepartum, postpartum*. Hasil yang disajikan adalah analisis validasi, nilai korelasi dan nilai sensitifitas skala MBS. Tahap ketiga implementasi skala MBS periode *antepartum, postpartum*. Hasil analisis yang disajikan adalah univariat, bivariat dan multivariat

5.1 Hasil Penelitian Tahap I

Hasil penelitian tahap satu yakni pengembangan variabel laten dan item pernyataan skala MBS melalui studi kualitatif dan analisis konten adequasi. Penelitian tahap satu telah dilakukan di RSUD Depok dan Puskesmas UIN di Ciputat Tangerang tahun 2016. Berikut ini hasil penelitian tahap satu diuraikan berdasarkan penelitian kualitatif, konsultasi pakar dan uji keterbacaan.

1.1.1 Hasil penelitian kualitatif

1.1.1.1 Karakteristik partisipan

Partisipan penelitian berjumlah 18 orang, partisipan ibu postpartum berjumlah delapan orang dari RSUD Depok dan partisipan ibu yang sudah pernah hamil dan memiliki anak berjumlah

10 orang dari puskesmas UIN Ciputat Tangerang Selatan. Berdasarkan karakteristik, usia partisipan bervariasi antara 17-35 tahun, tingkat pendidikan mulai dari SLTP sampai SLTA, beragama Islam 17 orang dan satu orang beragama Kristen dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga.

1.1.1.2 Hasil analisis konten tematik

Analisis naratif dengan metode analisis konten tematik menghasilkan empat tema utama. Setiap tema dihasilkan dari kumpulan makna dari kategori-kategori yang sama antara lain:

Tema satu: peran dan tugas ibu memenuhi kebutuhan bayinya secara menyeluruh

Tema satu didukung oleh delapan kategori. Kategori satu *indirect touch to baby/ skin to skin contact*. Hasil analisis konten oleh 7 dari 18 partisipan saat diwawancarai menyatakan bahwa peran dan tugas ibu selama periode *childbearing* melakukan perilaku *indirect touch to baby / skin to skin contact*. Partisipan 1,3,6 menyatakan usapan dilakukan dengan senang, bahagia, dan sering. Perilaku ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

..senang, bahagia mencium anak yang baru lahir (P 1)

Saya mah...kalau usapan .. lebih sering (P 3).

“Ingin cepat menggendong bayi (P6)

Partisipan 4, 5,10 menyatakan usapan dilakukan karena ada rasa khawatir , melakukan usapan kasar serta tidak ingin menyentuh bayinya. Perilaku ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

...sambil mengusap menyatakan “ yaelah.. coba lu ga ada, udah ga diharapin masih aja nongol..” (partisipan 2).

“....usapannya sedikit...kasar dengan rasa kesal”(P 5).

...ngak usah menggendong melihat..anaknya pun nggak.. (P10)

...usapan lebih sering bu..kita melihat sesuatu yang aneh, kita langsung usap perut ..sambil ngucap amit-amit (P 4).

Kategori dua: penerimaan janin/bayi

Hasil analisis konten oleh 3 dari 18 partisipan menyatakan bahwa peran dan tugas seorang ibu adalah menerima janin / bayinya. Partisipan 4 menyatakan kehadiran bayi membuatnya bahagia. Perilaku ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

...‘anak kedua ini alhamdulillah dibilang senang , senangnya pake banget bu. Karna yang dinanti nanti ini udah lumayan lama’ (P 4).

Partisipan lainnya 1,dan 2 menyatakan perasaannya dengan ungkapan rasa takut dan tidak menyukai kehadiran bayi, yang disampaikan secara khusus:

...karena baru pertama jadi awalnya... agak takut takut terus lama lama menikmati (P2).

...Tidak menjaga dan memeriksakan kehamilan bu...(P1).

Kategori tiga: melakukan komunikasi dengan janin/bayi

Hasil analisis konten oleh 7 dari 18 partisipan menyatakan peran dan tugas seorang ibu melakukan komunikasi dengan janin /bayinya. Enam partisipan menyatakan mengajak berbicara melalui membaca ayat-ayat suci, bernyanyi. Perilaku ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

...mengelus-elus perut, mengajak bicara, terus sering ngaji sambil di elus-elus (P1,P2, P5).

...Sering saya ajak ngobrol.... (P 4).

...ya... diajak komunikasi ngobrol seperti itu (P 3).

...mendengar bayi saya menangis..saya mendiarkannya dengan nyanyi, diomongin (P 5)

Partisipan 6 menyatakan mengalami perubahan emosi saat berkomunikasi dengan bayi, seperti pernyataan dibawah ini:

...merasa sangat capek dan lelah karena umur saya sudah 38 ya bu. Lelah.. beda dengan yang dua kemaren...jadi sedikit berkurang (P6).

Kategori empat: memantau kondisi janinnya di dalam rahim.

Hasil analisis konten oleh 2 dari 18 partisipan melakukan peran dan tugasnya selama hamil memantau kondisi janinnya di dalam rahim. Kedua partisipan menyampaikan ada rasa takut dan stress. Sikap ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

...kan.. banyak gerak setiap hari gitu, tapi pernah sewaktu kok dia tidak bergerak, kan takut juga ya bu.. saya periksa ke bidan : oh.. gapapa ini (P 6).

...Saya sedikit stres itu karena ...kendala yang saya alami ini berbeda dengan kehamilan yang pertama (P 4).

Kategori lima: menyusui.

Partisipan 3 dan 5 menyatakan bahwa peran dan tugas ibu selama periode *childbearing* adalah menyusui. Kedua partisipan menyatakan belum siap memberikan ASI pada bayinya karena rasa takut, kelelahan. Perilaku ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

...saya takut mengangkat bayi.... rasa takut menyusui.... takut anakku jatuh.. karna nahan sakit saat menyusui ...(P5)

... kurang tidur..... sudah merasain seharian bersama bayinya... kurang tidur kayak ngimana.. karna dia.. bayinya nangis hauskan mau menyusui terus (P3).

Kategori enam: *roming in*

Hasil analisis konten partisipan satu menyatakan bahwa seorang ibu melakukan peran dan tugas adalah siap mendampingi bayi dan selalu bersama dengan bayinya sepanjang hari sejak bayi baru lahir (*roming in*). Perilaku ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

...maunya saya selalu dekat dengan bayi.. bayi Bersama saya terus (P 1).

Dua partisipan belum siap bersama dengan bayi setiap saat. Seperti pernyataan ini:

...maunya sih bayi dekat dengan kita..tapi saya juga butuh waktu untuk istirahat (P 6).

...saya maunya.. diruangan ...ruang bayi saja (P 4).

Kategori tujuh: tanggung jawab

Hasil analisis konten oleh 3 dari 18 partisipan menyatakan bahwa peran dan tugas ibu selama periode *childbearing* memiliki responsiveness. Partisipan 4,5,6 belum siap, ada rasa khawatir dan takut. Sikap ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

...perasaan saya apa yah.. (keluar air mata)... ..yang pertama saya senang.... tapi saya tidak tahu perasaan saya saat ini.. kalau bayi menangis.. sepertinya saya juga ikut menangis (P5).
 ..tapi dicampur deg-degan...tapi sebenarnya senang banget..Iya itu.... benar itu... khawatir bu... khawatir iya .. soalnya usia sudah 35 yahun..(P4).
 ..kalau dia udah nangis (bayinya) saya kesal ngitu..maksudnya..kan.. udah lahirnya susah dianya nangis melulu..(P6).

Kategori delapan: menerima perubahan fisik dan emosional sejak hamil sampai setelah melahirkan.

Hasil analisis konten oleh 3 dari 18 partisipan menyatakan bahwa peran dan tugas seorang ibu beradaptasi dan menerima perubahan fisik dan emosional yang dirasakan sejak hamil sampai setelah melahirkan. Perubahan ini mempengaruhi sikap dan perilaku ibu karena merasakan perubahan fisik seperti jelek, dekil, gendut, merasa perlu menjaga penampilan, merasa takut suami selingkuh. Perilaku ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

...oh.. beda bu.. sekarang rasanya saya jelek.. gitu bu..., saat belum punya anak mah saya masih bisa ngurus diri sendiri.., yah semenjak saya hamil.. perut saya jelek bu..., pakaian juga saya tetap kelihatan dekil.. jelek bu..., sebelum hamil bu.. saya masih kelihatan kayak anak remaja bu..., dandan terus.. sekarang saya udah nggak pernah.., apalagi sekarang bu.. saya kayak...mak-mak...bu (P7).
 ...habis melahirkan..gitu..gendut..jelek. berusaha mengubah penampilan.... biar menarik (P3).
 ...takut dia punya cewek lagi.. karena sayakan nggak npernah.. itu-itu.. sekarang (P7).
 ...harus hati-hati lagi jaga penampilan..(P2).

Tema dua: budaya mempengaruhi ibu dan janin.

Tema ini didukung oleh empat kategori. Kategori satu: pemberian nama calon bayi.

Hasil analisis konten oleh 3 dari 18 partisipan menyatakan bahwa pemberian nama calon bayi adalah budaya yang mempengaruhi ibu dan janin. Sebagaimana yang dinyatakan oleh partisipan pertama, budaya memberikan nama bagi bayi memberikan kebahagiaan. Perilaku ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

...saya dan suami sudah menyiapkan nama bayi... bahagia (P1).

Partisipan 2 dan 5 menyatakan budaya dalam memberikan nama bayi tidak perlu dilakukan oleh orang lain. Seperti pernyataan ini:

...cukup saya berdua.. mertua tidak ikut campur dalam nama-nama itu. Enggak..(P 2, P5).

Kategori dua: penerimaan keluarga terhadap janin/ bayi

Hasil analisis konten oleh 3 dari 18 partisipan menyatakan budaya yang mempengaruhi ibu dan janin/bayi adalah penerimaan keluarga terhadap janin/ bayi. Partisipan enam merasakan keluarga tidak menerima kehadiran bayi dan merasa takut. Perilaku ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

...maaf mertua belum tahu hamil saya..... maaf tidak ingin membicarakannya (P 3)

Empat partisipan menyatakan penerimaan keluarga terhadap bayinya membuat senang. Perilaku ini disampaikan dengan pernyataan seperti:

...senang...kedua keluarga nunggu (P1)

...senang... cucunya bertambah banyak..(P2)

...keluarga senang..., (p4).

Kategori tiga: jenis kelamin calon bayi yang dilahirkan

Hasil analisis konten oleh 5 dari 18 partisipan saat diwawancarai menyatakan jenis kelamin bayi dapat mempengaruhi psikologis ibu. Partisipan 1,2,4 menyatakan jenis kelamin bayi tidak bermasalah dan keluarga bahagia menerima bayi. Pernyataan ini seperti dibawah:

...keluarga senang cucunya bertambah... P 2)

...tidak ngaruh melengkapi.... (P1)

...menerima baik laki atau perempuan (P 4)

Partisipan 5,6 menyatakan jenis kelamin anak mempunyai makna buat keluarga. Seperti pernyataan dibawah ini:.

..Kalau saya ..bapaknya orang Sumatera dapat laki..bukan main senangnya..garis keturunan tidak putus (P 5)

...tahu anak perempuan senangnya...gitu sesuai dengan harapan (P 6).

Kategori empat: tradisi keluarga dalam penyambutan bayi

Hasil analisis konten oleh 6 dari 18 partisipan saat diwawancarai menyatakan tradisi budaya dalam penyambutan bayi mempengaruhi psikologis ibu. Sebagaimana yang dinyatakan oleh partisipan bahwa ritual budaya tidak perlu dilakukan, perlu tetapi tidak ada yang mendukung dan menjadi beban. Seperti pernyataan dibawah ini:

...kalau belum dilaksanakan saya pribadi seperti merasa punya hutang (P4)

... saya sih tidak terlalu mementingkan itu (P1)

...merasa terbebani ...memang harus dilakuka (P2)

...yah kita ikutin aja...tidak ada pengaruhnya (P3).

...tidak ada...itu mah tidak wajib (P5)

...sedih.... tidak ada orangtua, yang melakukan inang uda (adek ibu partisipan)(P8).

Tema tiga: kondisi ekonomi yang menyebabkan kesulitan memenuhi kebutuhan keluarga.

Tema ini didukung oleh dua kategori. Kategori satu: beban ekonomi keluarga.

Hasil analisis konten oleh 10 dari 18 partisipan bahwa kondisi ekonomi keluarga mempengaruhi psikologis ibu. Sebagaimana yang dinyatakan oleh partisipan 1,2,3, 4, 5, 6,7, 8 bahwa ibu merasakan beban dan ada juga merasakan tidak ada masalah. Seperti pernyataan partisipan dibawah ini:

- ...bebannya sih sedikit... dibawa santai saja.... Tidak terlalu dipikirkan (P1)
- ...memikirkan biaya yang harus dipenuhi...Awal saya drop...(P3)
- ...dukungan dari semuanya... saya bangkit lagi... (P3)
- ...banyak yang bantuin.. jadi udah tenang...(P3)
- ...saya jalani saja.. yah memang hidup saya seperti ini (P4)
- ...terkadang ada masalah.... Pusing (P4, P7)
- ...insyaallah tidak ada.. keuangan keluarga mencukupi untuk semua (P2)
- ...dapat dicukupi dari penghasilan suami... (P5)
- ...nggak ada sih..alhamdulillah ... lebih dari cukupi.. (P6,P8))

Kategori dua: kesulitan membagi kebutuhan keluarga.

Partisipan 11, 18 menyatakan ada kesulitan dalam membagi uang untuk kebutuhan keluarga. Seperti pernyataan partisipan dibawah ini.

- ...wah.. banyak bu...saya keteteran membagi uang buat kebutuhan keluarga... kebutuhan kami (P11, 18).

Tema empat: dukungan sosial yang diperlukan oleh ibu.

Tema ini didukung oleh empat kategori. Kategori satu: kebutuhan dukungan keluarga (suami dan orangtua). Hasil analisis konten oleh 3 dari 18 partisipan bahwa dukungan sosial yang dibutuhkan ibu selama hamil sampai melahirkan adalah dukungan keluarga (suami dan orangtua). Dukungan itu membuat ibu nyaman. Seperti yang dinyatakan dibawah ini:

- ...sayang nya tambah sayang, tambah perhatian, kata dia kerjaan gausah dikerjain yang.. (P12)

..mereka lebih menunjukkan rasa kasih sayang.. Perhatian, ya macam macam sih bu bentuknya (P15)

...kalau saya senang sekali ya bu karna ada yang bisa bantuin saya seperti masak, mencuci, gitu bu. Pokoknya saya itu senang sekali (P15).

Namun ada ibu yang merasa tidak nyaman dengan dukungan yang diperoleh dari ibu mertua.

Seperti yang dinyatakan dibawah ini:

...bantuan orangtua saya ke saya karna tidak merasa takut tau sungkan, jadi lebih enak gitu (P10).

...kalau sama mertua agak rasa takut gitu (P1).

Kategori dua: kebutuhan informasi kesehatan (mendorong adaptasi fisik dan psikologis)

Hasil analisis konten oleh 2 dari 18 partisipan menyatakan kebutuhan dukungan informasi kesehatan yang mendorong adaptasi fisik dan psikologi ibu adalah salah satu yang dibutuhkan, namun dapat membuat ibu mengalami stres seperti yang dinyatakan dibawah ini:

...ya kadang ada rasa kesalnya juga. Ya itu tadi terkait dengan aturan aturan jaman dulu dengan jaman sekarang berbeda ya bu, dari segi makanan pun sebenarnya banyak berbeda apalagi saya.. (P9).

...ibu saya itu orangnya saklek, jadi habis melahirkan itu harus pakai ini, itu.. ga..boleh makan ini, itu. Jadi emosi... juga sih..... karna banyak peraturannya (P13).

Kategori tiga: kebutuhan informasi kesehatan (menyusui)

Hasil analisis konten oleh 2 dari 18 partisipan bahwa kebutuhan dukungan informasi kesehatan (menyusui,) adalah salah satu yang dibutuhkan, namun dapat mempengaruhi emosi ibu seperti yang dinyatakan dibawah ini:

...ibu saya itu..selalu menyatakan makan ini...biar air susunya banyak..(P18)

...sayakan bu...Sukanya makan pedas... mertua itu selalu ingatin jangan dimakan.. (P16).

...saya kan.. bete...jika selalu diingatkan terus.. (P18, P16).

Kategori empat: kebutuhan penghargaan

Hasil analisis konten oleh 2 dari 18 partisipan: kebutuhan penghargaan (diakui dan dihargai sebagai seorang ibu). Kondisi ini dapat mempengaruhi emosional ibu. Sebagaimana pernyataan ini dibawah ini:

...saya juga rasa kesal bu.. saya rasanya terhina banget.. padahal sayakan istri dia..kan bu.,
(P7)

..sayakan tidak suka.. dibilang tidak mampu bu... sayakan pengen menjadi ibu yang baik
(P17).

Rangkuman hasil penelitian ini, yang disusun dalam tema-tema dan kategori untuk pengembangan item-item pernyataan skala *maternal blues* Suryani. Rangkuman ini dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Rangkuman Hasil Tema Dan Kategori Untuk Pengembangan Item Pernyataan Maternal Blues Suryani Studi Kualitatif.

Tema-Tema	Kategori-kategori dikembangkan menjadi item skala maternal blues
1. Peran dan tugas ibu memenuhi kebutuhan bayinya secara menyeluruh	Kategori 1: indirect touch to baby/ skin to skin contac Kategori 2: penerimaan janin/bayi Kategori 3: komunikasi dengan janin/bayi Kategori 4: pemantauan janin Kategori 5 : Menyusui Kategori 6: roming in Kategori 7: responsibility Kategori 8: menerima perubahan fisik
2. Budaya yang mempengaruhi ibu dan janin/bayi	Kategori 1: pemberian nama calon bayi Kategori 2: penerimaan keluarga Kategori3: jenis kelamin calon bayi yang dilahirkan. Kategori 4: Tradisi keluarga
3. Kondisi ekonomi keluarga yang menyebabkan kesulitan memenuhi kebutuhan keluarga	Kategori 1: Beban ekonomi keluarga Kategori2 : kesulitan membagi kebutuhan keluarga
4. Dukungan sosial yang dibutuhkan oleh ibu	Kategori 1: kebutuhan dukungan keluarga (suami dan orangtua). Kategori2: dukungan kesehatan (mendorong adaptasi fisik dan psikologis) Kategori 3: kebutuhan dukungan informasi kesehatan (menyusui,) Kategori 4: kebutuhan penghargaan (diakui dan dihargai sebagai seorang ibu

Hasil analisis ini maka tema ditetapkan sebagai variabel laten dan katagori sebagai sub variabel laten. Kemudian disusunlah item pernyataan skala MBS periode *antepartum* dan *postpartum* yang akan memprediksi *maternal blues*. Pada tabel berikut 5.2 dapat dilihat variasi penyebaran jumlah item *maternal blues antepartum* dan *postpartum* untuk setiap variabel laten.

Tabel 5.2 Domain Variabel dan Sub Variabel *Maternal Blues* Suryani Periode Antepartum

Peran dan Tugas ibu					Budaya dan Ekonomi				Dukungan Sosial			
Sikap		Perilaku										
Penerimaan janin	Pemantauan janin	<i>Indirect touch to baby</i>	Komunikasi Janin	Pemberian nama bayi	Penerimaan keluarga	Jenis kelamin bayi	Tradisi adat	Ekonomi	Dukungan informasional	Dukungan emosional	Dukungan instrumental	Dukungan apresiasi
7 item	9 item	8 item	7 item	4 item	4 item	1 item	3 item	3 item	5 item	7 item	2 item	5 item
Jumlah total 31 item					Jumlah total 15 item				Jumlah total : 19 item			

Pernyataan item – item dapat dilihat di dalam lampiran.

Periode Postpartum

Peran dan Tugas ibu					Budaya dan Ekonomi				Dukungan Sosial			
SIKAP		PERILAKU										
Tanggung jawab	Roming in	Adaptasi fisik	Skin to skin contact	Menyusui	Komunik asi ke bayi	Peneri Maan keluarga	Tradisi adat	Ekonomi	Dukungan informasional	Dukungan emosional	Dukungan instrumenta l	Dukungan apresiasi
6 item	7 item	3 item	10 item	7 item	9 item	5 item	4 item	3 item	5 item	6 item	5 item	5 item
Jumlah total 42 item					Jumlah total 12 item				Jumlah total : 21 item			

Pernyataan item – item tersebut dapat dilihat di dalam lampiran.

Draft item pernyataan yang disusun kemudian dilakukan analisis konten adekuasi oleh pakar untuk menguji kesesuaian konten pernyataan dalam menggambarkan kondisi emosional dan mood ibu periode *antepartum* dan *postpartum*.

1.1.2 *Content adequacy assessment* terhadap Item-Item Pernyataan Skala Inventory Maternity

Blues Suryani

Content adequacy assesment dilaksanakan oleh tim pakar dan uji keterbacaan oleh responden.

Berikut penyajian dari masing-masing hasil uji tersebut yakni hasil uji konten validitas oleh pakar dan hasil uji keterbacaan oleh calon responden:

1.1.2.1 Uji konten adekuensi oleh pakar

Uji konten adekuensi terhadap 65 item pernyataan *antepartum* dan 75 item pernyataan *postpartum* oleh pakar telah dilakukan pada tanggal 15 Desember 2016. Tim Pakar berasal dari keilmuaan keperawatan maternitas dan psikologi. Berikut hasil uji konten adekuensi :

Tabel 5.3 Hasil Analisis Konten Adekuensi oleh Pakar

Pertanyaan	Periode antepartum		Periode postpartum	
	Hasil validasi content	keterangan	Hasil validasi content	Keterangan
Apakah item-item pernyataan telah mengukur perubahan perasaan (mood) <i>pre baby blues</i> / <i>postpartum blues</i> melalui <i>bonding attachment</i>	Belum mengukur : - 35 (53.8%) item pernyataan kurang jelas mengukur perasaan (mood) <i>antepartum</i> .	- Diperbaiki mengacu pada definisi konseptual <i>pre baby blues antepartum</i>	Belum mengukur : - 38 (50.6%) item pernyataan kurang jelas mengukur perasaan (mood) <i>postpartum blues</i>	Diperbaiki mengacu pada definisi konseptual <i>postpartum blues</i>
Apakah dari item pernyataan telah menggambarkan perasaan <i>pre baby blues antepartum/postpartum blues</i> melalui <i>bonding attachment</i> dapat digunakan langsung sebagai alat ukur	- 4 (6.2%) item pernyataan telah mengukur perasaan (mood) <i>pre baby blues antepartum</i> .	item pernyataan dapat digunakan langsung.	- 15 (20 %) item pernyataan mengukur perasaan (mood) <i>postpartum blues</i>	item pernyataan dapat digunakan langsung.
Apakah dari item pernyataan yang tidak dapat digunakan sebagai alat ukur perilaku <i>maternity blues</i> periode <i>antepartum</i> , sebagai rekomendasi	Dropout : 14 (21.5%) item pernyataan) dikeluarkan. Modifikasi: 12 (18.5%) item pernyataan di modifikasi.	Memiliki makna yang sama/setara dengan kalimat sebelumnya. Perbaikan kata, kalimat yang panjang.	Dropout: 10 (13.3%) item pernyataan) dikeluarkan Modifikasi: 12 (16%) item pernyataan di modifikasi.	Memiliki makna yang sama/setara dengan kalimat sebelumnya. Perbaikan kalimat yang panjang
Apakah ada masukan sebagai item baru untuk mengukur <i>postpartum blues</i>	Rekomendasi Ada kalimat, yang dianjurkan oleh pakar	Setelah uji pakar Jumlah item pernyataan sebanyak 59 item.	Rekomendasi: Ada kalimat, yang dianjurkan oleh pakar	Setelah uji pakar Jumlah item pernyataan sebanyak 65 item.

UNIVERSITAS INDONESIA

Draft item pernyataan setelah melalui uji pakar direvisi sesuai masukan. Kemudian item pernyataan disusun menjadi suatu instrumen yang selanjutnya dilakukan uji keterbacaan kepada calon responden. Jumlah item pernyataan periode *antepartum* berjumlah 59 dan item pernyataan *postpartum* berjumlah 65.

5.1.2.2. Uji Keterbacaan

Uji keterbacaan dilakukan setelah mendapatkan izin penelitian dari SUDINKES Jakarta Selatan bulan Maret 2017. Tempat uji keterbacaan dilakukan di puskesmas wilayah Jakarta Selatan. Sampel untuk uji konten keterbacaan sebanyak 32 responden dengan karakteristik semua ibu yang sudah pernah mengalami hamil dan melahirkan. Hasil analisa dari content *adequacy assessment* berdasarkan uji keterbacaan pada 32 responden pada item pernyataan sebagai berikut:

Dari 59 item pernyataan *antepartum* yang disebarkan diperoleh, 4 (6.78%) item pernyataan dikeluarkan karena mengandung makna yang mirip atau sama dengan item pernyataan sebelumnya. Sebanyak 47 (79.7%) item pernyataan diperbaiki dengan berbagai alasan yakni : 35 (74.5%) memperjelas makna sesuai variabel laten, 12 (25.5%) penulisan tata bahasa dan panjang kalimat. Sebanyak 8 (13.6%) item pernyataan tidak mengalami revisi. Sehingga total item pernyataan hasil akhir berjumlah 55 item pernyataan.

Dari 65 item pernyataan *postpartum* yang disebarkan diperoleh, 65 item pernyataan memerlukan perbaikan atau modifikasi. Alasan pernyataan dari 32 responden bervariasi yakni kalimat panjang, istilah tidak dipahami, makna ganda. Sehingga dengan alasan tersebut maka 100 % item-item pernyataan mengalami perbaikan penulisan. dipahami dan istilah tidak

UNIVERSITAS INDONESIA

dipaham. Sehingga total item pernyataan yang dipertahankan untuk uji validasi sebanyak 65 item.

5.2 Hasil Penelitian Tahap II Validasi dan Pengukuran Sensitifitas Skala MBS

Penelitian tahap dua melakukan uji validasi dan pengukuran sensitifitas Skala MBS *antepartum* dan *postpartum* dengan analisis faktor, analisis korelasi dan analisis ROC. Berikut hasil analisis skala MBS untuk setiap periode *antepartum* dan *postpartum*:

5.2.1. Validasi dan Pengukuran Sensitifitas Skala MBS *antepartum*

5.2.1.1 Initial Model

Hasil pemodelan awal dengan pengukuran EFA pada *draft* skala MBS *antepartum* dengan 55 item pernyataan diperoleh 11 variabel laten dengan 38 item. Proses pemodelan awal dilakukan tahap uji kelayakan pada 450 responden. Hasil uji kelayakan diperoleh nilai *Barlett Test of Sphericity* dengan *Chi-Square* 8550.751 (df 703) dengan *p.value* <0,001 artinya ada korelasi yang signifikan di antara variabel pengamatan. Nilai KMO yang dihasilkan adalah sebesar .84 dengan *p-value* sebesar 0,000 (<0,05), nilai korelasi tersebut dalam kategori lebih dari cukup serta menunjukkan kecukupan sampel adalah tinggi. Nilai komunalitas $\geq .50$ dan koefisien korelasi *anti image* menunjukkan di atas 0,5(.60-.95) setelah item pernyataan 1,6,7,8,13,16,17,18,20,21,22,23,25,34,40,41,38 (17 item) dikeluarkan sesuai dengan kriteria diatas. Kemudian hasil pemodelan awal menunjukkan item-item tersebut memiliki nilai *t value* yang signifikan dengan kriteria faktor *loading* ≥ 0.4 (.50-.886) serta internal konsistensi (Alpha Cronbha) .498 – .877. Langkah selanjutnya dari pemodelan awal variabel laten yang terpilih dilakukan *measurement models* dengan analisis CFA.

5.2.1.2 Measurement Models

Measurement Models terhadap 11 variabel laten dengan 38 item dilakukan analisis *structural equation modeling* (SEM). Tujuan untuk menguji model hubungan antar variabel laten dan mengukur validitas dan reliabilitas. Hasil *measurement models* diperoleh variabel laten yang terpilih adalah F1, F2, F3, F4, F5, F7 (24 item pernyataan yakni 11,10,12,31,25, 9,14,15, 52,35,32,53,47,36,33,45,48,49,46,42,43,44,55,39). Kemudian variabel laten yang terpilih dikelompokkan menjadi dua berdasarkan gejala *postpartum blues* (internal) dan pendukung *blues* (eksternal). Faktor internal F4, F5 dan faktor eksternal F1, F2, F3, F7. Berikut hasil *measurement model* pada kedua kelompok dapat dilihat pada Tabel.5.4 dan 5.5.

Tabel.5.4 Measurement Model Variabel Laten (Faktor Internal) MBS Antepartum (n=450).

Variabel Laten	Variabel Indikator (item pernyataan) dan nomor item pernyataan	Standartdized Loading Factor (SLF) $\geq 0,50$	T value	CR $\geq 0,70$	VE $\geq 0,50$
F4 (peran dan Tugas ibu)	Malu pergerakan bayi dalam kandungan terlihat dari pakaian saya (11).	.75	12.59	.89	.67
	Pergerakan bayi didalam rahim menyakitkan (10).	.64	13.08		
	Gerakan bayi dalam kandungan mengganggu (12).	.84	13.28		
	Tidak siap menerima tanggung jawab menjadi ibu (31).	.58	10.37		
	Menyapa calon bayi dengan mengucapkan kata-kata yang baik (25).	.63	13.91		
F5 (Peran dan Tugas Ibu)	Bahagia setiap merasakan gerakan bayi didalam kandungan (9).	.58	13.49	.89	.74
	Senang setiap merangsang bayi yang di dalam rahim melalui perut saya (14).	.75	11.34		
	Bahagia bayi dalam kandungan merespon usapan saya pada perut (15).	.87	11.69		

Tabel 5.4 menginformasikan bahwa hasil *measurement model* pada variabel laten (internal) dengan delapan variabel indikator (item pernyataan) memiliki validitas dan reliabilitas yang baik. Dimana nilai *t* muatan faktor (*loading factors*) lebih besar dari nilai kritis ($\geq 1,96$) dan muatan faktor standard (*standardized loading factor*) $\geq 0,50$, nilai *construct reliability* (CR) $\geq .70$ dan *varian ekstraksi* (VE) $\geq .50$ untuk setiap konstruk dari model. Berdasarkan pengukuran

ini maka dapat dinyatakan bahwa variabel indikator (item pernyataan) konsisten dan valid dalam mengukur variabel laten peran dan tugas ibu saat berinteraksi dengan bayinya.

Tabel.5.5 Measurement Model Variabel Laten (Faktor Eksternal) MBS Antepartum (n=450).

Variabel Laten	Variabel Indikator (item pernyataan) dan nomor item pernyataan	Standartdized Loading Factor (SLF) $\geq 0,50$	T value	CR $\geq 0,70$	VE $\geq 0,50$
F1 (dukungan sosial dan budaya)	Merasa tenang di dampingi orangtua selama hamil (52)	.67	12.3		
	Senang dengan nama pilihan orangtua buat calon bayi saya (35)	.79	13.35		
	Bahagia orangtua memberi nama buat calon bayi saya (32)	.68	12.19		
	Bahagia mendapat bantuan dari orang tua selama hamil (53)	.55	10.30		
	Kepercayaan Orangtua menjadikan saya lebih percaya diri menjadi seorang ibu.(47).	.69	12.33		
	Bahagia keluarga menerima calon bayi saya. (36)	.70	12.51		
	Senang suami memilih nama buat calon bayi saya (33).	.67	12.10		
	Senang mendapat Perhatian dari orangtua disaat hamil ini (45).	.70	12.52	.93	.60
F2 (dukungan sosial)	Bahagia suami membantu saya selama hamil (48).	.63	14.48		
	Senang suami merawat saya selama hamil (49).	.90	14.45		
F3 (dukungan sosial)	Kasih sayang orangtua menguatkan saya menghadapi persalinan (46).	.88	13.83	.94	.85
	Kasih sayang orangtua menguatkan saya menghadapi persalinan (46).	.75	11.96		
F7 (dukungan sosial dan budaya)	Merasa tertekan terhadap nasehat orangtua dalam merawat kehamilan. (43).	.95	17.78	.92	.78
	Stres aktifitas dibatasi selama hamil. (44).	.73	15.68		
	Saya marah suami mengatakan saya belum mampu menjadi seorang ibu (55).	.63	5.87	0.50	.30
	Sedih tidak dapat melaksanakan upacara penyambutan bayi saat hamil (39).	.50	11.96		

Tabel 5.5 menginformasikan bahwa hasil *measurement model* pada variabel laten (eksternal) dengan 16 variabel indikator (item pernyataan) memiliki validitas dan reliabilitas yang baik kecuali F7. Nilai *t* muatan faktor (*loading factors*) lebih besar dari nilai kritis ($\geq 1,96$) dan muatan faktor standard (*standardized loading factor*) $\geq 0,50$, nilai CR $\geq .70$ dan VE $\geq .50$ untuk variabel laten F1-F3 dari model. Berdasarkan pengukuran ini maka dapat dinyatakan bahwa variabel indikator (item pernyataan) konsisten dan valid dalam mengukur variabel laten dukungan sosial dan budaya ibu dalam berinteraksi dengan bayinya kecuali F7.

Selanjutnya dilakukan uji kecocokan model dengan mengikutsertakan semua faktor FI, F2, F3, F4, F5, F7 (faktor internal dan eksternal). Dimana faktor internal dan eksternal ditempatkan sebagai variabel indikator untuk mengukur konstruk *postpartum blues* periode *antepartum* (dapat dilihat pada tabel.5.6).

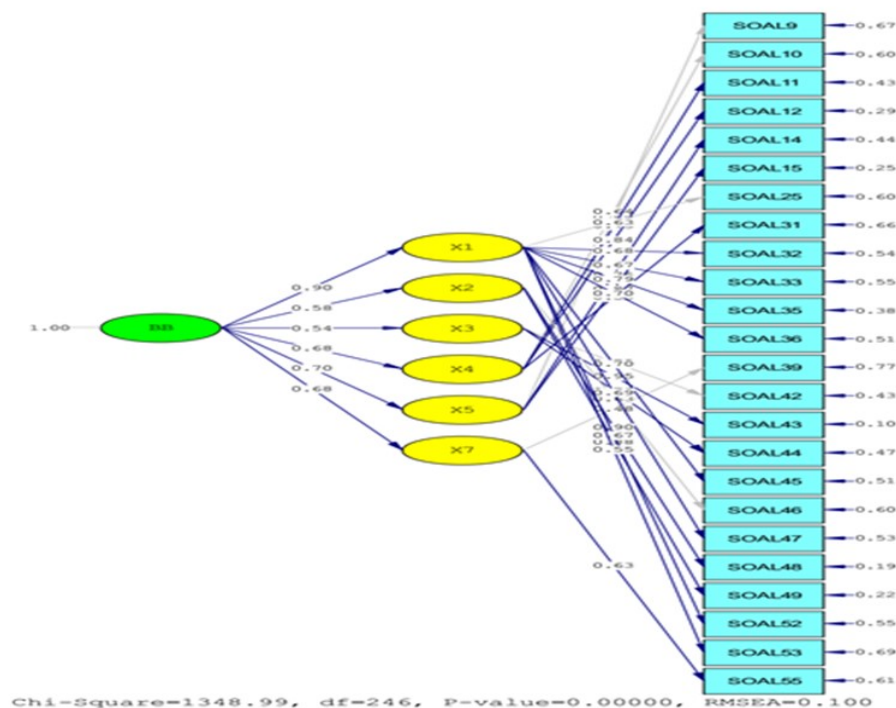
Uji Kecocokan Model

Tabel.5.6 Uji Kecocokan Model Variabel Indikator (Faktor Internal dan Eksternal) dalam Mengukur Variabel Laten Blues Periode Antepartum (n=450).

Variabel Laten	Variabel Indikator (Faktor internal dan Eksternal)	Standartdized Loading Factor (SLF) $\geq .50$	T value	CR $\geq .70$	VE $\geq .50$
Antepartum Blues	F1 (dukungan sosial dan budaya) / Faktor eksternal	.90	12.89		
	F2 (dukungan sosial) / Faktor eksternal	.58	9.45		
	F3 (dukungan sosial) / Faktor eksternal	.54	9.60		
	F4 (peran dan Tugas ibu) /Faktor internal	.68	10.36	.83	.50
	F5 (Peran dan Tugas Ibu) /Faktor internal	.70	9.74		
	F7 (dukungan sosial dan budaya) / Faktor eksternal	.68	6.41		

Berdasarkan tabel 5.6 hasil uji kecocokan model diperoleh nilai *standartdized loading* $\geq .50$, *t value* ≥ 1.96 , *CR* $\geq .70$ dan *VE* $\geq .50$ untuk setiap variabel indikator dalam menggambarkan model konstruk *blues*. Analisis ini menginformasikan bahwa variabel indikator yang terpilih (F1-F5 dan F7) konsistensi dalam mengukur konstruk laten yakni *postpartum blues* periode *antepartum*.

Gambar 5.1 Uji Kecocokan Model Skala MBS Antepartum



Ukuran Derajat Kecocokan Model

Ukuran derajat kecocokan yang digunakan untuk menggambarkan kecocokan model variabel indikator F1, F2, F3, F4, F5, F7 dengan variabel laten *postpartum blues* adalah kriteria *absolute measure*, *incremental fit measure*. Hasil analisis menunjukkan semua variabel memenuhi kriteria yakni nilai *absolute measure* ($RMSEA \leq 0.10$, $GFI \geq .80$: marginal fit artinya sudah cukup cocok). Nilai *incremental fit measure* ($NFI \geq 0.90$; $NNFI \geq 0.90$, $CFI \geq 0.90$: *good fit* artinya variabel tersebut cocok dalam menggambarkan data empiris *postpartum blues*. Sehingga semua variabel indikator F1-F5 dan F7 (faktor internal, eksternal) periode *antepartum* cocok sebagai item pernyataan dalam mengukur *postpartum blues*.

5.2.1.3 Hasil Analisis Korelasi

Uji paralel skor MBS *antepartum* dengan skala *maternity blues* Kennerley dilakukan untuk melihat korelasi antara hasil pengukuran *postpartum blues* dari kedua instrumen. Hasil yang

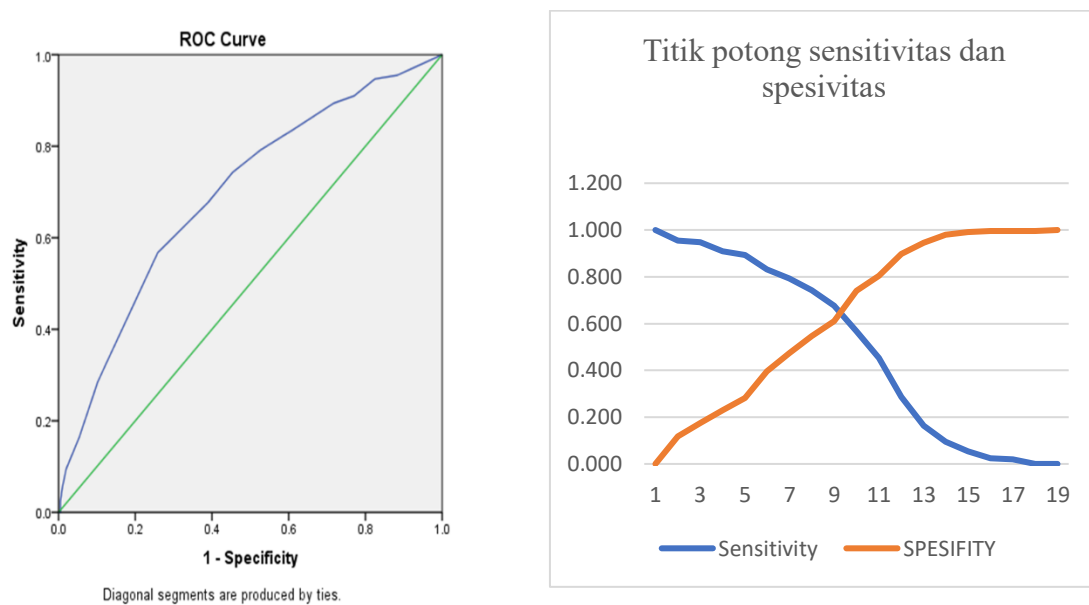
diperoleh menginformasikan bahwa skor skala MBS memiliki hubungan yang bermakna ($P < .01$) dengan skor skala *maternity blues* Kennerley. Besarnya nilai korelasi skor MBS *antepartum* dengan skala *maternity blues* Kennerley yakni .40 (korelasi sedang).

Hasil analisis korelasi skor MBS *antepartum* antar faktor internal dan faktor eksternal memiliki hubungan yang bermakna ($P < .01$). Besarnya nilai korelasi MBS *antepartum* variabel laten faktor internal dengan faktor eksternal adalah .70 (korelasi kuat).

5.2.1.4 Hasil Uji Diagnostik

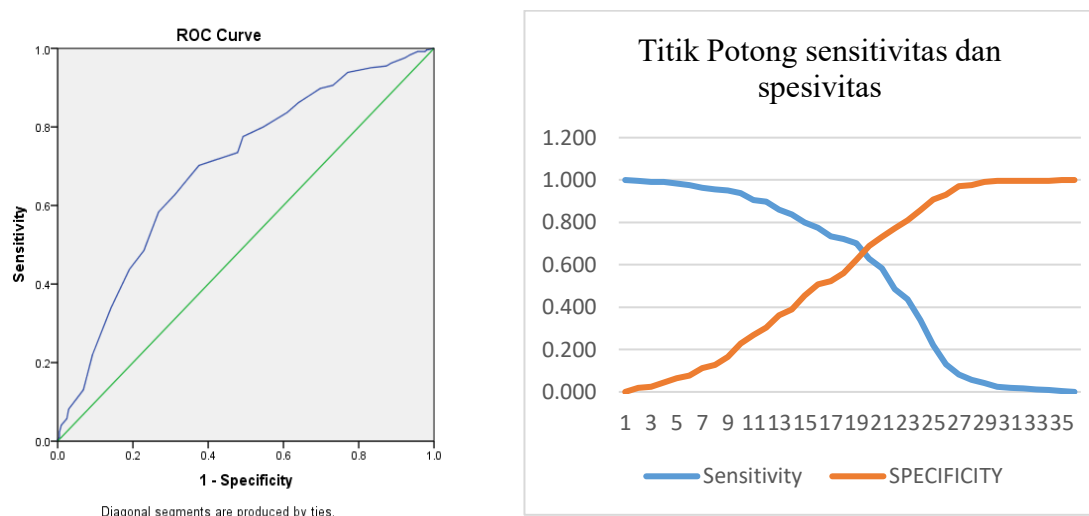
Pengukuran ini untuk mendapatkan nilai sensitifitas Skala MBS *antepartum* sebagai alat *skrining* dilakukan dengan metode *receiver operating characteristic* (ROC). Pengukuran dilakukan terhadap faktor internal dan eksternal skala MBS *antepartum*. Analisis ROC memperoleh nilai *area under curve* (AUC) dan menetapkan *cut of point* sebagai patokan skor ibu yang beresiko mengalami *postpartum blues*. Berikut ini hasil analisis ROC disajikan dalam gambar 5.2 dan 5.3

Gambar.5.2 Kurva ROC dan Titik Potong Faktor Internal Skala MBS Antepartum



Gambar 5.2 menginformasikan nilai AUC untuk faktor internal sebesar 70.0% (95% CI 64.6%-74.3%) $p < .05$, artinya skala MBS mampu menskrining pada 100 ibu *antepartum* sebanyak 70%. Berdasarkan interval kepercayaan, skor yang mengalami resiko *postpartum blues* pada populasi ibu *antepartum* berkisar 64.6% -74,3%. Skor tersebut berbeda bermakna dengan skor AUC 50%. Titik potong untuk tujuan skrining dengan nilai sensitivitas 74.3% adalah nilai 14.5 (pembulatan 15). Sehingga skor MBS *antepartum* faktor internal yang beresiko mengalami *postpartum blues* adalah ≥ 15 .

Gambar.5.3 Kurva ROC dan Titik Potong Faktor Eksternal Skala MBS Antepartum



Gambar 5.3 menginformasikan nilai AUC untuk faktor eksternal sebesar 69.3% (95% CI .64.4%- 74,20%) $p < .05$, artinya skala MBS mampu menskrining pada 100 ibu *antepartum* sebanyak 69.3%. Berdasarkan interval kepercayaan, skor yang mengalami resiko *maternal blues* pada populasi *antepartum* berkisar 64.4% -74,2%. Skor tersebut berbeda bermakna dengan skor AUC 50%. Titik potong dengan nilai sensitivitas 72.2% adalah nilai 32.5 (pembulatan 33). Sehingga skor MBS *antepartum* faktor eksternal yang beresiko mengalami *postpartum blues* adalah ≥ 33 .

5.2.2 Validasi dan Pengukuran Sensitifitas Skala MBS Postpartum

5.2.2.1 Initial Model

Hasil pemodelan awal dengan pengukuran EFA pada *draft* skala MBS *postpartum* dengan 65 item pernyataan diperoleh sembilan variabel laten dengan 54 item pernyataan. Proses pemodelan awal dilakukan tahap uji kelayakan dengan 501 responden. Hasil uji kelayakan diperoleh nilai *Barlett Test of Sphericity* dengan *Chi-Square* 16886.500 (df 1891) dengan $p.value < 0,001$ yang berarti ada korelasi yang signifikan di antara variabel pengamatan, Nilai

UNIVERSITAS INDONESIA

KMO yang dihasilkan adalah sebesar .908 dengan p-value sebesar 0,000 ($<0,05$), nilai korelasi kategori lebih dari cukup serta menunjukkan kecukupan sampel adalah tinggi. Nilai komunalitas $\geq .50$ dan koefisien korelasi *anti image* menunjukkan $\geq 0,5$ setelah 11 item pernyataan dikeluarkan sesuai dengan kriteria diatas. Hasil pemodelan awal menunjukkan item-item tersebut memiliki nilai *t value* yang signifikan dengan kriteria faktor *loading* $\geq .4$ (.40-.78) serta internal konsistensi (Alpha Cronbha) .45 – .91. Langkah selanjutnya dari pemodelan awal variabel laten yang terpilih dilakukan *measurement model* dengan analisis CFA.

5.2.2.2 Measurement Model

Hasil *measurement model* diperoleh variabel laten yang terpilih adalah faktor F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8 (32 item pernyataan), Kemudian variabel laten dikelompokkan menjadi dua berdasarkan faktor internal (gejala *postpartum blues*) dan eksternal (pendukung gejala *postpartum blues*). Faktor internal (gejala *postpartum blues*) yakni faktor F1, F2, F3, F4 = 24 item pernyataan. Faktor eksternal (pendukung gejala *postpartum blues*) yakni faktor F5, F7, F8 = 8 item pernyataan. Berikut hasil *measurement model* pada kedua kelompok dapat dilihat pada Tabel.5.7 dan 5.8.

Tabel.5.7 Measurement Model Variabel Laten Faktor Internal Skala MBS Postpartum (n=501).

Variabel Laten	Variabel Indikator (item pernyataan) dan nomor item	Standartdized Loading Factor (SLF) $\geq 0,50$	T value	CR $\geq 0,70$	VE $\geq 0,50$
F1 (peran dan Tugas ibu)	Bahagia disaat bersentuhan dengan kulit bayi (4).	.74	15.3	.95	.61
	Senang melihat bayi nyaman saat dipeluk (3).	.70	9.9		
	Bahagia bayi dapat ditenangkan dengan mendengar suara saya (6)	.74	10.29		
	Senang disaat bayi berada dalam pelukan saya (9)	.75	10.23		
	Memanjatkan doa untuk kesehatan bayi (7).	.69	9.94		
	Bahagia bayi bersama saya sepanjang hari (20).	.71	10.00		
	Lelah melahirkan hilang disaat memeluk bayi (1)	.48	15.38		
	Keluarga memberi kepercayaan dalam merawat bayi (56).	.63	9.44		
	Kapan saja memberikan ASI saya lakukan dengan senang (15).	.63	9.51		
	Berbicara dengan bayi saya rasakan menyenangkan (44)	.62	9.37		
F2 (Peran dan Tugas Ibu)	Saya merasakan merawat bayi seharian adalah beban (23).	.64	9.55	.87	.50
	Lelah memberikan ASI (14)	.71	11.06		
	Kesal waktu tersita untuk menyusui (17).	.72	11.13		
	Kesal bayi tidak mau berhenti menyusu (19).	.66	10.66		
	Lelah merawat bayi sepanjang hari (21)	.73	11.24		
F3 (Peran dan Tugas Ibu)	Menyusui bayi dalam waktu lama saya rasa menyenangkan (18)	.67	10.13	.81	.59
	Kehadiran bayi ada rasa kwatir terhadap kebutuhan keluarga (50)	.66	10.59		
	Berharap bayi tidak mengganggu disaat istirahat (10)	.53	15.04		
	Kwatir suami tidak menerima perubahan tubuh saya (34)	.75	15.49		
	Kesal tidak punya waktu untuk mengurus diri (32)	.74	12.16		
F4 (Peran dan Tugas Ibu)	Stres menjalankan saran keluarga dalam merawat bayi (35).	.76	13.04	.64	.69
	Kwatir tidak dapat merawat bayi. (27)	.50	7.86		
	Saya menangis setiap kali bayi menangis (26)	.58	12.41		
	Cemas menghadapi tugas seorang ibu (30)	.67	9.02		

Tabel 5.7 menginformasikan bahwa hasil *measurement model* pada variabel laten internal (24 variabel indikator (item pernyataan) memiliki validitas dan reliabilitas yang baik. Dimana nilai t muatan faktor (*loading factors*) lebih besar dari nilai kritis ($\geq 1,96$) dan faktor standard loading (*standardized loading factor*) $\geq 0,50$, nilai CR $\geq .95-.64$ dan VE $\geq .50$ untuk setiap konstruk dari model. Berdasarkan pengukuran ini maka dapat dinyatakan bahwa variabel indikator (item pernyataan) konsisten dan valid dalam mengukur variabel laten peran dan tugas ibu dalam berinteraksi dengan bayi.

Tabel.5.8 Measurement Model Variabel Laten Faktor Eksternal Skala MBS Postpartum (n=501).

Variabel Laten	Variabel Indikator (item pernyataan) dan nomor item pernyataan	Standartdized Loading Factor (SLF) $\geq 0,50$	T value	CR $\geq 0,70$	VE $\geq 0,50$
F5 (budaya)	Kwatir perawatan bayi, yang saya lakukan tidak sesuai harapan keluarga (37)	.73	10.75	.74	.50
	Sedih keluarga meragukan kemampuan saya merawat bayi (36)	.71	10.68		
	Cemas, bayi tidak sesuai dengan harapan keluarga (11)	.58	13.33		
	Merasakan Beban berat melaksanakan anjuran orangtua dalam merawat bayi (53)	.74	13.04		
F7 (dukungan sosial dan ekonomi)	Stres saat orangtua menasehati dalam merawat bayi (52)	.84	14.09	.83	.63
	Merasa Stress dengan kondisi ekonomi saat ini(51).	.62	14.26		
	Kekurangan saya dalam merawat bayi disampaikan mertua ke orang lain (58)	.57	6.54		
F8 (dukungan sosial)	Percaya diri merawat bayi (57)	.50	7.73	.50	.30

Tabel 5.8 menginformasikan bahwa hasil *measurement model* pada variabel laten eksternal dengan enam variabel indikator (item pernyataan) memiliki validitas dan reliabilitas yang baik kecuali F8. Nilai t muatan faktor (*loading factors*) lebih besar dari nilai kritis ($\geq 1,96$) dan muatan faktor standard (*standardized loading factor*) $\geq 0,50$, nilai CR $\geq .74$ - .83 dan VE $\geq .50$ - .63. Sedang variabel indikator item pernyataan 58 dan 57 dari variabel laten F8 belum lolos uji validitas dan reliabilitas. Analisis selanjutnya adalah uji kecocokan model. Semua faktor FI, F2, F3, F4, F5, F7, F8 (faktor internal dan eksternal) diikut sertakan dalam uji kecocokan model. Dimana faktor internal dan eksternal ditempatkan sebagai variabel indikator untuk mengukur konstruk *postpartum blues* (dapat dilihat pada tabel.5.9).

Tabel.5.9 Uji Kecocokan Model Variabel Indikator Faktor Internal dan Eksternal dalam Mengukur Variabel Laten Postpartum Blues (n=501).

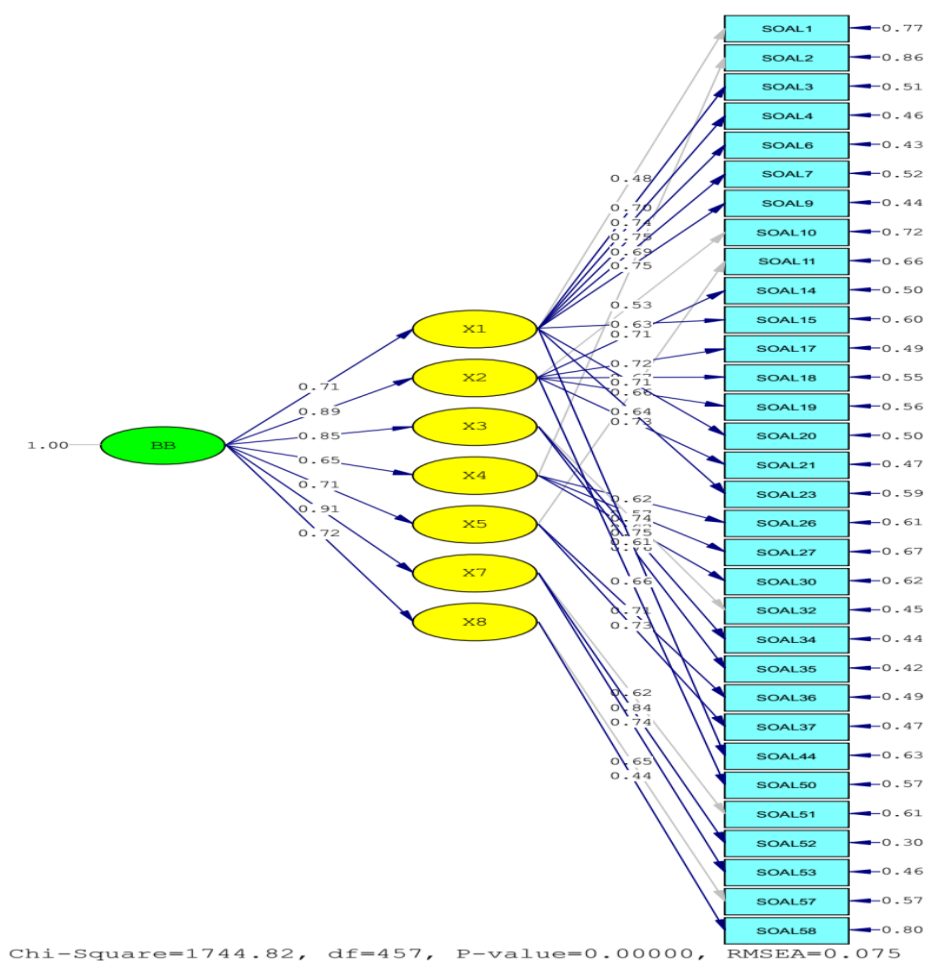
Variabel Laten	Variabel Indikator (Faktor internal dan Eksternal)	Standardized Loading Factor (SLF) $\geq 0,50$	T value	CR $\geq 0,70$	VE $\geq 0,50$
Postpartum blues	F1 (peran dan tugas ibu) / Faktor internal	.72	9.46	.92	.62
	F2 (peran dan tugas ibu) / Faktor internal	.89	11.44		
	F3 (peran dan tugas ibu) / Faktor internal	.85	15.53		
	F4 (peran dan Tugas ibu) /Faktor internal	.70	9.03		
	F5 (Budaya) /Faktor Faktor eksternal	.70	10.16		
	F7 (dukungan sosial dan ekonomi) / Faktor eksternal	.91	13.44		
	F8 (dukungan sosial) / Faktor eksternal	.72	10.56		

Berdasarkan tabel 5.9 hasil uji kecocokan model diperoleh nilai *standardized loading* $\geq .50$, *t value* ≥ 1.96 , *CR* $\geq .70$ dan *VE* $\geq .50$ untuk setiap variabel indikator dalam menggambarkan model konstruk *postpartum blues*. Analisis ini menginformasikan bahwa variabel indikator yang terpilih (F1-F5 dan F7-F8) konsistensi dalam mengukur konstruk laten yakni *postpartum blues*.

Ukuran Derajat Kecocokan Model

Ukuran derajat kecocokan yang digunakan untuk menggambarkan kecocokan model pada semua variabel indikator F1, F2, F3, F4, F5, F7, F8 dengan variabel laten *maternal blues postpartum* adalah kriteria *absolute measure*, *incremental fit measure*. Hasil analisis menunjukkan semua variabel memenuhi kriteria yakni nilai *absolute measure* (RMSEA = 0.074 (*good fit*), GFI $\geq .80$ (*marginal fit*) kriteria ini artinya sudah cukup cocok. Nilai *incremental fit measure* (NFI = 0.93 (*good fit*); NNFI = 0.94 (*good fit*), CFI = 0.89 (*marginal fit*) kriteria ini artinya model dikatakan cocok dalam menggambarkan data empiris *postpartum blues*. Sehingga semua variabel indikator F1-F5 dan F7-F8 cocok sebagai item pernyataan dalam mengukur *postpartum blues*.

Gambar 5.2 Uji Kecocokan Model Skala MBS Postpartum



5.2.2.3 Hasil Analisis Korelasi

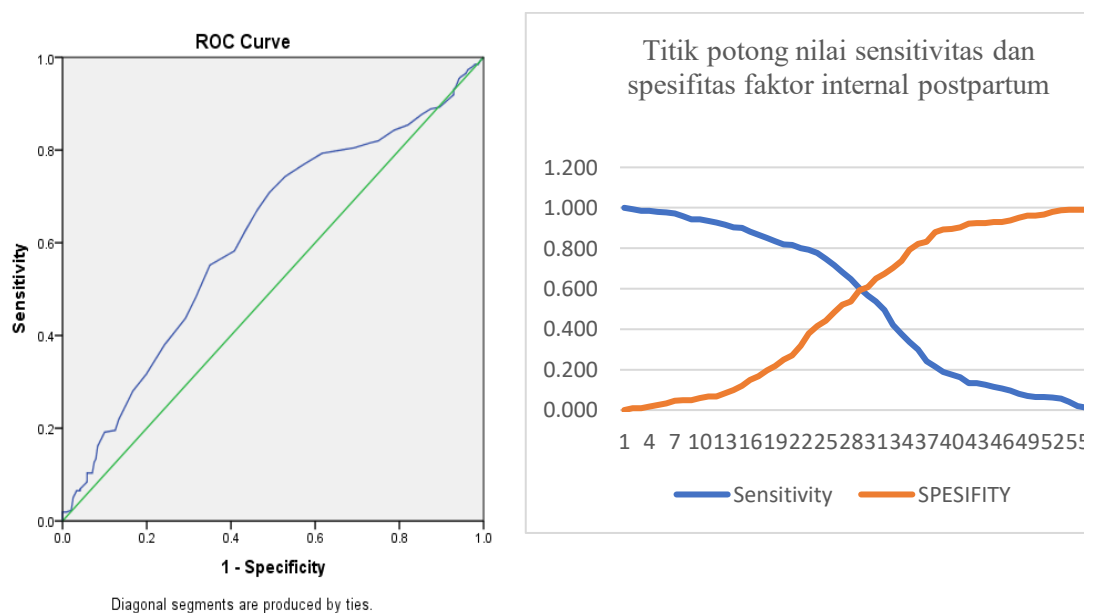
Uji paralel skor MBS *postpartum* dengan skala *maternity blues* Kennerley untuk melihat korelasi antara hasil pengukuran *blues* dari kedua instrumen. Hasil yang diperoleh menginformasikan bahwa skor skala MBS *postpartum* memiliki hubungan yang bermakna ($P < .01$) dengan skor *maternity blues* Kennerley. Besarnya nilai korelasi skor Skala MBS *postpartum* dengan skala *maternity blues* Kennerley .3 (kekuatan korelasinya lemah).

Analisis korelasi skor MBS *postpartum* antara faktor internal dan faktor eksternal memiliki hubungan yang bermakna ($P < 0.001$). Besarnya nilai korelasi MBS *postpartum* faktor internal dengan faktor eksternal adalah .63 (kekuatan korelasinya kuat).

5.2.2.4. Hasil Uji Diagnostik

Pengukuran ini untuk mendapatkan nilai sensitifitas Skala MBS *postpartum* sebagai alat *skrining* dilakukan dengan metode *receiver operating characteristic* (ROC). Pengukuran dilakukan terhadap faktor internal dan eksternal skala MBS *postpartum*. Analisis ROC memperoleh nilai *area under curve* (AUC) dan menetapkan *cut of point* sebagai patokan skor ibu yang beresiko mengalami *postpartum blues*. Berikut ini hasil analisis ROC disajikan dalam gambar 5.4 dan 5.5:

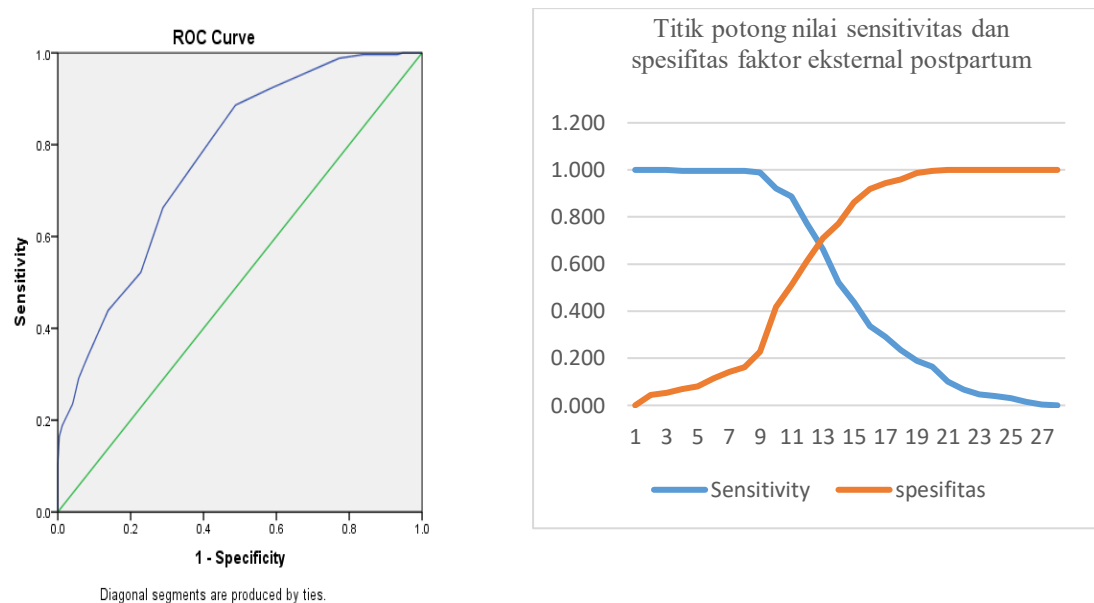
Gambar.5.4 Kurva ROC dan Titik Potong Faktor Internal Skala MBS Postpartum



Gambar 5.4 menginformasikan nilai AUC untuk faktor internal sebesar 61.0% (95% CI 55.7%-65.6%) $p < .05$, artinya skala MBS mampu menskrining pada 100 ibu *postpartum* sebanyak 61%. Berdasarkan interval kepercayaan, skor yang mengalami resiko *postpartum*

blues pada populasi *postpartum* berkisar 55.7% -65.6%. Skor tersebut berbeda bermakna dengan skor AUC 50%. Titik potong untuk tujuan skrining dengan nilai sensitivitas 60.2% adalah nilai 52.5 (pembulatan 53). Sehingga skor MBS *postpartum* faktor internal yang beresiko mengalami *postpartum blues* adalah ≥ 53 .

Gambar.5.5 Kurva ROC dan Titik Potong Skala MBS Postpartum Faktor Eksternal



Gambar 5.5 menginformasikan nilai AUC untuk faktor internal 76.9% (95% CI 72.9-80.9%) $p < .05$, artinya skala MBS mampu menskrining pada 100 ibu *postpartum* sebanyak 76.9%. Berdasarkan interval kepercayaan, skor yang mengalami resiko *postpartum blues* pada populasi *postpartum* berkisar 72.9% -80.9%. Skor tersebut berbeda bermakna dengan skor AUC 50%. Titik potong untuk tujuan skrining dengan nilai sensitivitas 77.3% adalah nilai 18.5 (pembulatan 19). Sehingga skor MBS *postpartum* faktor eksternal yang beresiko mengalami *postpartum blues* adalah ≥ 19 .

5.3 Hasil Penelitian Tahap III Implementasi Skala MBS Antepartum dan Postpartum

Setelah melewati tahap pemilihan variabel laten (item-item pernyataan) yang mengukur perubahan mood dan emosional seorang ibu terhadap perilaku ibu ke janin atau bayinya sejak hamil sampai setelah melahirkan maka selanjutnya variabel laten yang terpilih diuji cobakan. Uji coba dilakukan pada ibu hamil 35 minggu, 36 minggu, 37 minggu dan *postpartum* hari pertama serta hari ke5-7 pada 60 responden sesuai karakteristik yang ditetapkan. Proses analisis dilakukan mulai analisis univariat, bivariat dan multivariat. Berikut penyajian hasil analisis:

5.3.1 Analisis Univariat

Analisis dilakukan terhadap frekuensi usia, paritas, gejala *postpartum blues* (faktor internal) dan faktor pendukung *postpartum blues* (faktor eksternal). Berikut disajikan pada ibu *antepartum* 35-37 minggu yang diikuti sampai *postpartum* hari pertama dan ke5 atau ke7.

Variabel	Kategori	Frekuensi	%
Usia	Remaja	35	58.3
	Dewasa	25	41.7
Paritas	Primipara	36	60.0
	Multipara	24	40.0

Tabel 5.10 menunjukkan kelompok ibu berdasarkan usia yang terbanyak adalah remaja 35 (58.3%) dan berdasarkan paritas adalah primipara 36 (60%).

Tabel 5.11. Distribusi Frekuensi Gejala Postpartum Blues (Faktor Internal) dan Faktor Pendukung Postpartum Blues (Faktor Eksternal) Berdasarkan Skala MBS Antepartum dan Postpartum (n= 60)

Gejala Blues (Faktor Internal)			Faktor Pendukung (Faktor Eksternal)		
Variabel	Frekuensi	%	Variabel	Frekuensi	%
Antepartum 35 Minggu			Antepartum35 Minggu		
<i>Blues</i>	55	91.7	Tidak adekuat	60	100
Normal	5	8.3	Adekuat	0	0
Antepartum 36 minggu			Antepartum36 minggu		
<i>Blues</i>	60	100	Tidak adekuat	59	98.3
Normal	0	0	Adekuat	1	1.7
Antepartum 37 minggu			Antepartum 37 minggu		
<i>Blues</i>	48	80	Tidak adekuat	48	80
Normal	12	20	Adekuat	12	20
<i>Postpartum taking in</i>			<i>Postpartum taking in</i>		
<i>Blues</i>	53	88.3	Tidak adekuat	49	81.7
Normal	7	11.7	Adekuat	11	18.3
<i>Postpartum letting go</i>			<i>Postpartum letting go</i>		
<i>Blues</i>	44	73.3	Tidak adekuat	49	81.7
Normal	16	26.7	Adekuat	11	18.3

Tabel 5.11 menunjukkan responden telah mengalami *postpartum blues* sejak *antepartum* sampai *postpartum* dengan frekuensi diatas 73%. *Postpartum blues* mendominasi sejak *antepartum* 35 minggu sampai *postpartum*. Faktor eksternal (pendukung *postpartum blues*) yang dirasakan tidak adekuat frekuensi diatas 80%.

5.3.2 Hasil Analisis Bivariat

Pada analisis bivariat melakukan analisis hubungan terhadap dua variabel yakni variabel independent dengan variabel dependent periode *antepartum* dan *postpartum*. Berikut variabel dari masing-masing yang dianalisis :

Tabel 5.12 . Daftar Variabel independent dan Variabel Dependent

Tabel	Variabel independent	Variabel dependent
1	Usia dan Gravida	<i>Blues antepartum 35 minggu dan 37 minggu.</i>
2	Usia dan Paritas	<i>Blues postpartum taking in dan postpartum letting go.</i>
3	<i>Blues Antepartum 35 dan 37 minggu</i>	<i>Blues Postpartum taking in dan postpartum letting go.</i>
4	Faktor Eksternal (Faktor Pendukung) dalam Skala MBS periode <i>antepartum</i> . Faktor eksternal terdiri dari budaya, ekonomi dan dukungan sosial	Faktor Internal (Gejala Blues) dalam skala MBS periode <i>antepartum</i> . Faktor internal internal mood dan emosional dalam <i>bonding attachment</i> ibu terhadap fetal.
5	<i>Blues postpartum taking in</i> dengan Skala MBS <i>postpartum</i>	<i>Blues periode postpartum letting go</i> dengan Skala MBS <i>postpartum</i>
6	Faktor eksternal (faktor pendukung) dalam skala MBS periode <i>postpartum</i> . Faktor eksternal terdiri dari budaya, ekonomi dan dukungan sosial.	Faktor internal (gejala blues) dalam Skala MBS periode <i>postpartum</i> . Faktor internal mood dan emosional dalam <i>bonding attachment</i> ibu terhadap bayi.

Tabel 5.13. Hubungan Usia, Paritas Terhadap Kejadian Antepartum Blues n= 60

Variabel	Antepartum 35 minggu					Antepartum 37 Minggu				
	Blues	Normal	P	RR	95%CI	Blues	Normal	P	RR	95%CI
					Min Max					Min Max
Usia										
Remaja	34 (61.8%)	1 (20%)				28 (58.3%)	7 (58.3%)			
Dewasa	21 (38.2%)	4 (80%)	.15	.18	.02 1.50	20 (41.7%)	5 (41.7%)	1.000	1.000	.36 2.79
Gravida										
Primigravid	35 (63.6%)	1 (20.%)				30 (62.5%)	6 (50%)	.645		
Multigravid	20 (36.4%)	4 (80%)	.15	.17	.02 1.41	18 (37.5%)	6 (50%)	.67	.24	1.825

Tabel 5.13 menginformasikan semua responden pada periode *antepartum* 35 minggu yang beresiko *postpartum blues* sebanyak 34 (61.8%) adalah remaja, sedang yang normal sebanyak 4 (80%) usia dewasa. Semua responden hamil 37 minggu yang beresiko mengalami *postpartum blues* sebanyak 28 (58.3%) adalah remaja, dan yang normal pada sebanyak 58.3% usia remaja. Berdasarkan uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna ($p>0.05$) antara usia dan *antepartum blues* pada kehamilan 35 minggu dan 37 minggu. Perbandingan usia remaja dibandingkan dengan usia dewasa beresiko mengalami *antepartum blues* pada 35 minggu sebesar .18. Serta beresiko mengalami *postpartum blues* pada kehamilan 37 minggu sebesar 1.00.

Semua responden periode *antepartum* 35 minggu yang beresiko mengalami *postpartum blues* sebanyak 63.6% adalah *primigravida*, sedang yang normal adalah 80% *multigravida*. Semua responden pada periode *antepartum* 37 minggu yang beresiko mengalami *postpartum blues* sebanyak 62.5% adalah *primigravida*, dan yang normal sebanyak 50% adalah *primigravida*. Berdasarkan uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna ($p>.05$) antara *gravida* dengan kejadian *postpartum blues* periode *antepartum* 35 minggu dan 37 minggu. Perbandingan paritas *primigravida* dibandingkan dengan *multigravida* beresiko mengalami *postpartum blues* pada *antepartum* 35 minggu sebesar .17. Serta beresiko mengalami *postpartum blues* pada *antepartum* 37 minggu sebesar .67.

Tabel 5.14 Hubungan Usia, Paritas Terhadap Kejadian Postpartum Blues n=60

Variabel	<i>Postpartum taking in</i>					<i>Postpartum letting go</i>				
	Blues	Normal	P	RR	95%CI	Blues	Normal	P	RR	95%CI
					Min Max					Min Max
Usia										
Remaja	29 (54.7%)	6 (85.7%)	.22	4.29	.55 33.42	25 (56.8%)	10 (62.5%)	.69	1.19	.50 2.85
Dewasa	24 (45.3%)	1 (14.3%)				19 (43.2%)	6 (37.5%)			
Paritas										
Primipara	30 (56.6%)	6 (85.7%)	.23	4.0	.51 31.17	23 (52.3%)	13 (81.3%)	.07	2.89	.92 9.071
Multipara	23 (43.4%)	4 (14.3%)				21 (47.7%)	3 (18.8%)			

Tabel 5.14 menginformasikan semua responden yang berusia remaja pada periode *taking in* mengalami *postpartum blues* sebanyak 54.7% dan yang normal sebanyak 85.7%. Semua responden periode *postpartum letting go* yang mengalami *postpartum blues* sebanyak 56.8% berusia remaja, dan yang normal sebanyak 62.5% adalah berusia remaja. Berdasarkan uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna ($p > .05$) antara usia dengan *postpartum blues* periode *taking in* dan *letting go*. Perbandingan kemungkinan usia remaja dibandingkan dengan dewasa untuk mengalami *postpartum blues* periode *taking in* adalah sebesar 4,29 dan *postpartum blues* periode *letting go* adalah sebesar 1.19.

Semua responden yang mengalami *postpartum blues* periode *taking in* sebanyak 56.6% adalah *primipara* dan yang normal sebanyak 85.7% adalah *primipara*. Berdasarkan uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna ($p > .05$) antara *paritas* dengan *postpartum blues* periode *taking in* dan *letting go*. Perbandingan kemungkinan *primipara* dibandingkan dengan *multipara* untuk mengalami *postpartum blues* periode *taking in* adalah sebesar 4.0 dan periode *letting go* adalah sebesar 2.89.

Tabel 5.15. Hubungan Antepartum Blues Terhadap Kejadian *Postpartum Blues* n=60.

<i>Postpartum taking in</i>												<i>Postpartum letting go</i>				
Variabel	Blues	Normal	P	RR	95%CI		Blues	Normal	P	RR	95%CI					
					Min	Max					Min	Max				
<i>Antepartum</i>																
35 mg																
Blues	48	7					39	16								
	(90.6%)	(100%)	1.00	8.73	.79	.96	(88.6%)	(100%)	.311	.71	.60	.84				
	5	0					5	0								
	(9.4%)	(0%)					(11.4%)	(0%)								
Normal																
<i>Antepartum</i>																
37 mg																
Blues	41	7					32	16								
	(77.4%)	(100.%)					(72.7%)	(100%)								
			.33	.85	.76	.96				.67	.55	.81				
	12	0					12	0								
	(22.6%)	(0%)					(27.3%)	(0%)	.02							

Tabel 5.15 menunjukkan, semua responden yang mengalami *postpartum blues* periode *taking in*, sebanyak 48 (90.6%) mengalami resiko *postpartum blues* pada kehamilan 35 minggu dan yang normal sebanyak 7 (100 %) mengalami resiko *postpartum blues* periode *antepartum* 35 mg. Semua responden yang mengalami *maternal blues* periode *postpartum letting go*, sebanyak 39 (88.6%) mengalami resiko *postpartum blues* pada *antepartum* 35 minggu dan yang normal periode *postpartum letting go*, sebanyak 35 (100 %) mengalami resiko *postpartum blues* periode *antepartum* 35 minggu. Berdasarkan uji statistik tidak ada hubungan yang bermakna ($p>0.05$) antara resiko *postpartum blues* periode *antepartum* 35 minggu dengan *postpartum blues* periode *postpartum taking in* dan dengan *postpartum blues* periode *postpartum letting go*. Resiko relatif kemungkinan yang *postpartum blues* dan yang normal pada periode *antepartum* 35 minggu dibandingkan dengan yang *postpartum blues* periode *taking in* sebesar 8.73 dan dengan *postpartum blues* periode *letting go* sebesar .71.

Semua responden yang mengalami *postpartum blues* periode *taking in*, sebanyak 41 (77.4%) resiko mengalami *postpartum blues* pada *antepartum* 37 minggu dan responden yang

normal periode *taking in*, sebanyak 7 (100 %) beresiko mengalami *postpartum blues* periode *anteartum* 37 mg. Semua responden periode *letting go* yang mengalami *postpartum blues*, sebanyak 32 (72.7%) beresiko mengalami *postpartum blues* pada *anteartum* 37 minggu dan responden yang normal sebanyak 16 (100 %) beresiko mengalami *postpartum blues* periode *anteartum* 37 minggu. Berdasarkan uji statistik tidak ada hubungan yang bermakna ($p>0.05$) beresiko *postpartum blues* periode *anteartum* 37 minggu dengan *postpartum blues* periode *taking in*. Namun ada hubungan yang bermakna ($p<0.05$) beresiko *postpartum blues* periode *anteartum* 37 minggu dengan *postpartum blues* periode *letting go*. Resiko relatif kemungkinan yang beresiko *postpartum blues* dan yang normal pada periode *anteartum* 37 minggu dibandingkan dengan *postpartum blues* periode *taking in* sebesar .85. dan dengan *postpartum blues* periode *letting go* sebesar.67.

Tabel 5.16. Hubungan Faktor Eksternal (Faktor Pendukung Postpartum Blues) Terhadap Faktor Internal (Postpartum Blues yang Dialami Responden) Dengan Skala MBS Periode Anteartum n=60.

Variabel	Gejala Internal Periode Anteartum 35 mg						Gejala Internal Periode Anteartum 37 mg					
	Blues	Normal	P	RR	95%CI		Blues	Normal	P	RR	95%CI	
					Min	Max					Min	Max
Faktor Eksternal (Pendukung)												
<i>Anteartum</i> 35 mg												
Tidak Adekuat	55 (100 %)	5 (100%)	-	-	-	-	48 (100%)	12 (100%)	-	-	-	-
Adekuat	0 (0%)	0 (0%)					0 (0%)	0 (0%)				
<i>Anteartum</i> 37 mg												
Tidak Adekuat							42 (87.5%)	6 (50%)	.04	.25	.19	.64
Adekuat							6 (12.5%)	6 (50%)				

Tabel 5.16 menunjukkan bahwa, semua responden pada periode *anteartum* 35 minggu yang beresiko mengalami *postpartum blues*, sebanyak 55 (100%) dengan faktor pendukung

(faktor eksternal) yang tidak adekuat. Responden yang normal pada periode *antepartum* 35 minggu, sebanyak 5 (100%) mengalami faktor pendukung yang tidak adekuat. Semua responden yang mengalami *postpartum blues* pada periode *antepartum* 37 minggu, sebanyak 48 (100%) faktor pendukung (faktor eksternal) tidak adekuat di periode *antepartum* 35 minggu. Responden yang normal pada periode *antepartum* 37 minggu, sebanyak 12 (100%) faktor pendukung yang tidak adekuat pada *antepartum* 35 minggu.

Responden yang beresiko mengalami *postpartum blues* pada periode *antepartum* 37 minggu, sebanyak 42 (87.5%) faktor pendukung (faktor eksternal) tidak adekuat. Responden yang normal pada periode *antepartum* 37 minggu, sebanyak 12 (100%) faktor pendukung (faktor eksternal) tidak adekuat. Berdasarkan uji statistik terdapat hubungan bermakna faktor eksternal (pendukung) dengan resiko *postpartum blues* pada *antepartum* 37 minggu ($P < .05$). Resiko relatif faktor pendukung yang tidak adekuat dengan faktor pendukung yang adekuat pada *antepartum* 37 minggu terhadap *postpartum blues* (faktor internal) sebesar .25.

Tabel 5.17 . Hubungan Kejadian Blues Postpartum Taking In Terhadap Kejadian Blues Postpartum Letting Berdasarkan Skala MBS Postpartum n=60.

Postpartum Letting Go Berdasarkan Skala MBS Postpartum R-66						
Variabel	Blues	Normal	P	RR	95%CI	
					Min	Max
<i>Postpartum taking in</i>						
Blues	40 (90.9%)	13 (81.3%)	.37	.57	.22	1.52
Normal	4 (9.1%)	3 (18.8%)				

Tabel 5.17 menunjukkan, periode *letting go* yang mengalami *postpartum blues* sebanyak 40 (90.9%) mengalami *postpartum blues* di periode *postpartum taking in* dan yang normal, sebanyak 81,3% beresiko mengalami *postpartum blues* periode *taking in*. Berdasarkan uji statistik tidak ada hubungan yang bermakna ($p > .05$) antara kejadian *postpartum blues* pada

taking in terhadap kejadian *maternal blues* pada *letting go*. Perbandingan *postpartum blues* periode *taking in* dengan yang normal terhadap terjadinya *postpartum blues* pada periode *letting go* adalah sebesar .57.

Tabel 5.18. Hubungan Faktor Eksternal (Faktor Pendukung) Terhadap Faktor Internal (Gejala Postpartum Blues yang Dialami Responden) Dengan Skala MBS Periode Postpartum n=60.

Variabel	Gejala Internal Periode <i>Postpartum Taking In</i>						Gejala Internal Periode <i>Postpartum Letting Go</i>					
Faktor	Blues	Normal	P	RR	95%CI		Blues	Normal	P	RR	95%CI	
					Min	Max					Min	Max
<i>Postpartum Taking In</i>												
Tidak Adekuat	43 (81.1%)	6 (85.7%)	1.00	1.35	.18	10.09	40 (90.9%)	13 (81.3%)	.30	.57	.22	1.52
adekuat	10 (18.9%)	1 (14.3%)					4 (9.1%)	3 (18.8%)				
<i>Postpartum Letting Go</i>												
Tidak Adekuat							37 (84.1%)	12 (75%)				
Adekuat							7 (15.9%)	4 (25%)	.42	.67	.27	1.71

Tabel 5.18 menginformasikan bahwa responden yang *postpartum blues* periode *postpartum taking in*, sebanyak 43 (81.1%) mengalami faktor pendukung yang tidak adekuat dan yang normal sebanyak 85.7% faktor pendukung yang tidak adekuat. Responden yang mengalami *postpartum blues* periode *letting go*, sebanyak 40 (90.9%) faktor pendukung tidak adekuat pada periode *taking in* dan yang normal sebanyak 13 (81.3%) mengalami faktor pendukung yang tidak adekuat. Berdasarkan uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna ($p > .05$) antara faktor pendukung (faktor eksternal) dengan *postpartum blues* (faktor internal) periode *taking in* demikian juga tidak terdapat hubungan yang bermakna ($p > .05$) antara faktor pendukung (faktor eksternal) periode *taking in* dengan gejala *postpartum blues* (faktor internal) periode *letting go*. Resiko relatif faktor pendukung (faktor eksternal) yang

tidak adekuat dibandingkan dengan faktor pendukung yang adekuat untuk mengalami *postpartum blues* periode *taking in* sebesar 1.35 dan periode *letting go* sebesar .57.

Responden yang *postpartum blues* periode *letting go*, sebanyak 37 (84.1%) faktor pendukung tidak adekuat dan yang normal, sebanyak 12 (75%) mengalami faktor pendukung yang tidak adekuat. Berdasarkan uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna ($p > .05$) antara faktor pendukung (faktor eksternal) dengan faktor internal (gejala *postpartum blues*) periode *letting go*. Perbandingan faktor pendukung tidak adekuat dibandingkan dengan faktor pendukung adekuat untuk mengalami *postpartum blues* periode *letting go* sebesar .67.

5.3.3 Hasil Analisis Multivariat

Berdasarkan analisis bivariat terhadap skala MBS *antepartum* dan *postpartum* ditemukan ada hubungan resiko *postpartum blues* periode *antepartum* dengan *postpartum blues* periode *postpartum letting go*. Sehingga berdasarkan penemuan tersebut maka perlu dilakukan uji statistik multivariat untuk mengetahui skor rerata dari pengukuran kelima periode yakni *antepartum* usia 35 minggu, 36 minggu, 37 minggu serta dilanjutkan pada *postpartum* hari pertama dan *postpartum* hari ke5/7 dan pengaruh *postpartum blues* ditahap berikutnya. Dengan demikian dapat diketahui kecenderungan skor yang memicu terjadinya *postpartum blues* dari tahap sebelumnya ke tahap berikutnya. Analisis dilakukan terhadap hasil pengukuran faktor eksternal (faktor pendukung terjadinya *postpartum blues*) dan faktor internal (gejala *postpartum blues*). Adapun uji statistik yang digunakan dengan sampel 60 adalah uji *repeated anova* dengan *general linear model* (GLM), dengan pertimbangan bahwa $n > 30$, biasa dikatakan sebagai sampel besar dan dapat diasumsikan berdistribusi normal. Berikut penyajian hasil:

Tabel 5.19. Hasil Uji Repeated Anova Skor Blues (Faktor Internal) Periode Antepartum dan Periode Postpartum Dengan Pengukuran Skala MBS Antepartum dan Postpartum n=60.

Skor MBS Faktor Internal	Rerata $\pm$ SD	P Value
Skor antepartum 35 minggu	17.4 $\pm$ 2.2	<.01
Skor antepartum 36 minggu	18.1 $\pm$ 1.8	<.01
Skor antepartum 37 minggu	17.8 $\pm$ 3.9	<.01
Skor Postpartum Hr pertama	60.7 $\pm$ 8.7	<.01
Skor Postpartum Hr ke5/7	58.8 $\pm$ 10.4	<.01

Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace, Roy's Largest Root (<.01)

Tabel 5.19 menginformasikan bahwa hasil pengukuran skor *blues* (faktor internal) perbedaan nilai rerata skor dengan simpang baku yang besar. Berdasarkan uji statistic Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace, Roy's Largest Root ada perbedaan bermakna ($p < .01$) disetiap kelompok pengukuran.

Tabel 5.20. Hasil Uji Paired Wise Comparison Rerata Skor Blues (Faktor Internal) Periode Antepartum dan Postpartum Dengan Skala MBS Antepartum, Postpartum n=60.

Pengukuran Skor Blues (Faktor Internal)	Perbedaan Rerata (IK 95%)	P Value
Antepartum 35 minggu		
vs antepartum 36 minggu	-.73(-1.470 - .003)	.052
vs antepartum 37 minggu	-.40(-1.89 -1.09)	1.000
vs Postpartum Hari pertama	-43.27* (-46.38- -40.15)	.000
vs Postpartum Hari 5/7	-41.35* (-45.27--37.43)	.000
Antepartum 36 minggu		
vs antepartum 37 minggu	.33 (-1.271 -1.94)	1.000
vs Postpartum Hari pertama	-42.53* (-45.77 - -39.29)	.000
vs Postpartum Hari 5/7	-40.62* (-44.564 - -36.67)	.000
Antepartum 37 minggu		
vs Postpartum Hari pertama	-42.87* (-46.11 --39.63)	.000
vs Postpartum Hari 5/7	-40.95* (-45.77 --36.67)	.000
Postpartum Hari pertama		
vs antepartum 35 minggu	43.27* (40.15- 46.38)	.000
vs antepartum 36 minggu	42.53* (39.29 -45.77)	.000
vs antepartum 37 minggu	42.87* (39.63 - 46.11)	.000
vs Postpartum Hari 5/7	1.917 (-3.05 -6.88)	1.000
Postpartum Hari 5/7		
vs antepartum 35 minggu	41.35* (37.43 - 45.27)	.000
vs antepartum 36 minggu	40.62* (36.67- 44.56)	.000
vs antepartum 37 minggu	40.95* (36.67- 45.23)	.000
vs Postpartum Hari pertama	-1.92 (-6.88 - 3.05)	1.000

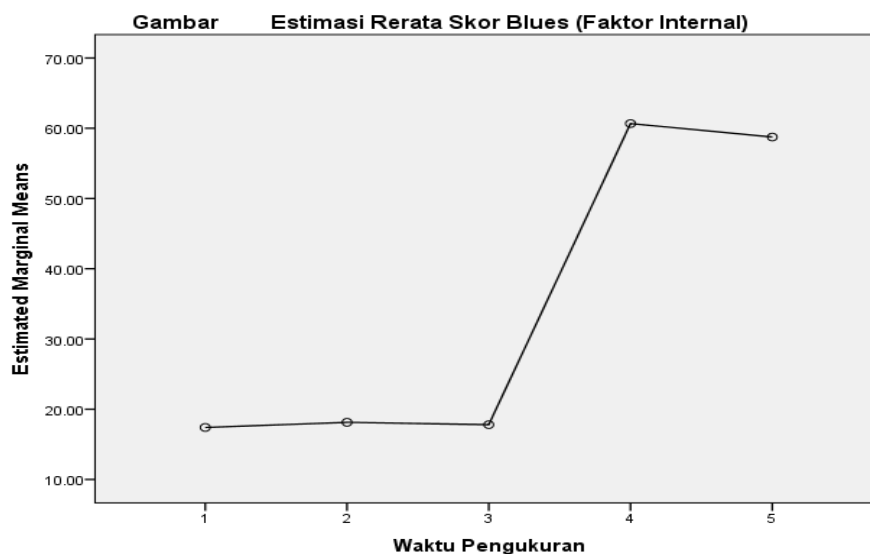
* (Perbedaan rerata yang bermakna)

Tabel 5.20 menginformasikan perbedaan rerata skor *postpartum blues* dari hasil pengukuran. Skor rerata *postpartum blues* (faktor internal) *antepartum* 35 minggu dengan *postpartum* hari pertama (*taking in*) ada perbedaan bermakna ($p < .01$), terjadi penurunan atau peningkatan rerata skor *postpartum blues* sebesar 43.27. Berdasarkan interval kepercayaan 95%, selisih skor rerata *postpartum blues* pada populasi *antepartum* 35 minggu ke *postpartum* hari pertama (*taking in*) menurun dari 46.38 - 40.15. atau sebaliknya meningkat dari 40.15- 46.38. Skor rerata faktor internal pada *antepartum* 35 minggu dengan *postpartum* hari ke5/7 (*letting go*) ada perbedaan bermakna ($p < .01$), terjadi penurunan atau peningkatan rerata skor *postpartum blues* sebesar 41.35. Berdasarkan interval kepercayaan 95%, selisih skor rerata *postpartum blues* pada populasi *antepartum* 35 minggu ke *postpartum* hari ke5/7 (*letting go*) menurun dari 45.27--37. atau sebaliknya meningkat dari 37.43 - 45.27.

Skor rerata *postpartum blues* faktor internal *antepartum* 36 minggu dengan *postpartum* hari pertama (*taking in*) ada perbedaan bermakna ($p < .01$), terjadi penurunan atau peningkatan rerata skor *postpartum blues* sebesar 42.53. Berdasarkan interval kepercayaan 95%, selisih skor rerata *postpartum blues* pada populasi *antepartum* 36 minggu ke *postpartum* hari pertama (*taking in*) menurun dari 45.77 --39.29. atau sebaliknya meningkat dari 39.29 -45.77. Skor rerata *postpartum blues* (faktor internal) pada *antepartum* 36 minggu dengan *postpartum* hari ke5/7 (*letting go*) ada perbedaan bermakna ($p < .01$), terjadi penurunan atau peningkatan rerata skor *maternal blues* sebesar 40.62. Berdasarkan interval kepercayaan 95%, selisih skor rerata *maternal blues* pada populasi *antepartum* 36 minggu ke *postpartum* hari ke5/7 (*letting go*) akan menurun dari 44.56 - 36.67 atau sebaliknya meningkat dari 37.43 - 45.27.

Skor rerata faktor internal pada *antepartum* 37 minggu dengan *postpartum* hari pertama (*taking in*) ada perbedaan bermakna skor rerata ($p < .01$) terjadi penurunan atau peningkatan rerata skor *postpartum blues* sebesar 42.87. Berdasarkan interval kepercayaan 95%, selisih skor rerata pada populasi *antepartum* 37 minggu ke *postpartum* hari pertama (*taking in*) akan menurun dari 46.11 --39.63 atau sebaliknya meningkat antara 39.63 - 46.11. Skor rerata faktor internal pada *antepartum* 37 minggu dengan *postpartum* hari ke5/7 (*letting go*) ada perbedaan bermakna ($p < .01$), terjadi penurunan atau peningkatan rerata skor *postpartum blues* sebesar 40.95. Berdasarkan interval kepercayaan 95%, selisih skor rerata *postpartum blues* pada populasi *antepartum* 37 minggu dengan *postpartum* hari ke5/7 (*letting go*) (*letting go*) akan menurun dari 44.564 - 36.67 atau sebaliknya meningkat antara 36.67- 44.56. Perbandingan hasil pengukuran rerata skor dapat dilihat pada gambar 5.6.

Gambar 5.6 Rerata Skor Blues



Tabel 5.21. Hasil Uji Repeated Anova Skor Faktor Pendukung Blues
(Faktor Eksternal) Periode Antepartum dan Postpartum Dengan Skala MBS
Antepartum, Postpartum n=60.

Skor MBS Faktor Eksternal	Rerata $\pm$ SD	P Value
Skor antepartum 35 minggu	38.25 $\pm$ 2.18	<.01
Skor antepartum 36 minggu	38.5 $\pm$ 2.18	<.01
Skor antepartum 37 minggu	37.8 $\pm$ 6.44	<.01
Skor Postpartum Hr pertama	21.27 $\pm$ 3.78	<.01
Skor Postpartum Hr ke5/7	21.41 $\pm$ 4.1	<.01

Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace, Roy's Largest Root (<.01)

Tabel 5.21 menginformasikan bahwa hasil pengukuran skor faktor pendukung *postpartum blues* (faktor eksternal) ada perbedaan nilai rerata skor dengan simpang baku yang besar. Berdasarkan uji statistic Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace, Roy's Largest Root ada perbedaan bermakna ($p < .01$) disetiap kelompok pengukuran.

Tabel 5.22. Hasil Uji Paired Wise Comparison Rerata Skor Faktor Pendukung Blues (Faktor Eksternal) Periode Antepartum dan Periode Postpartum Dengan Skala MBS Antepartum dan Postpartum n=60.

Pengukuran Skor Faktor Pendukung Blues (Faktor Eksternal)	Perbedaan Rerata (IK 95%)	P Value
Antepartum 35 minggu vs antepartum 36 minggu	-.250 (-1.20 - .70)	1.000
vs antepartum 37 minggu	.97 (-1.64 - 3.57)	1.000
vs Postpartum Hari pertama	16.98* (15.49 - 18.47)	.000
vs Postpartum Hari 5/7	16.83* (15.21 - 18.46)	.000
Antepartum 36 minggu vs antepartum 37 minggu	1.217 (-1.39 - 3.83)	1.000
vs Postpartum Hari pertama	17.23* (15.57 - 18.90)	.000
vs Postpartum Hari 5/7	17.08* (15.29 - 18.87)	.000
Antepartum 37 minggu vs Postpartum Hari pertama	16.02* (13.55 - 18.49)	.000
vs Postpartum Hari 5/7	15.87* (13.21 - 18.53)	.000
Postpartum Hari pertama vs antepartum 35 minggu	-16.98* (-18.47 - -15.49)	.000
vs antepartum 36 minggu	-17.23* (-18.90 - -15.57)	.000
vs antepartum 37 minggu	-16.02* (-18.49 - -13.55)	.000
vs Postpartum Hari 5/7	-.15 (-1.89 - 1.59)	1.000
Postpartum Hari 5/7 vs antepartum 35 minggu	-16.83* (-18.46 - -15.21)	.000
vs antepartum 36 minggu	-17.08* (-18.87 - -15.29)	.000
vs antepartum 37 minggu	-15.87* (-18.53 - -13.21)	.000
vs Postpartum Hari pertama	.15 (-1.59 - 1.89)	1.000

* Perbedaan rerata yang bermakna

Tabel 5.22 menginformasikan perbedaan rerata skor faktor eksternal (faktor pendukung terjadinya *postpartum blues*) dari hasil pengukuran. Skor rerata faktor eksternal pada *antepartum* 35 minggu dengan *postpartum* hari pertama (*taking in*) ada perbedaan bermakna ($p < .01$), terjadi peningkatan atau penurunan rerata skor sebesar 16.98. Berdasarkan interval kepercayaan 95% selisih skor rerata faktor eksternal penyebab *postpartum blues* periode *antepartum* 35 minggu ke *postpartum* hari pertama (*taking in*) meningkat dari 15.57 - 18.90 atau sebaliknya menurun antara 18.90- 15.57. Skor rerata faktor eksternal pada *antepartum* 36 minggu dengan *postpartum* hari ke5/7 (*letting go*) ada perbedaan bermakna ($p < .01$) sebesar 17.23. Berdasarkan interval kepercayaan 95%, selisih skor rerata faktor eksternal (faktor pendukung *postpartum blues*) periode *antepartum* 36 minggu ke *postpartum* hari ke5/7 (*postpartum letting go*) meningkat dari 15.21 - 18.46 atau sebaliknya menurun dari 18.46 - 15.21.

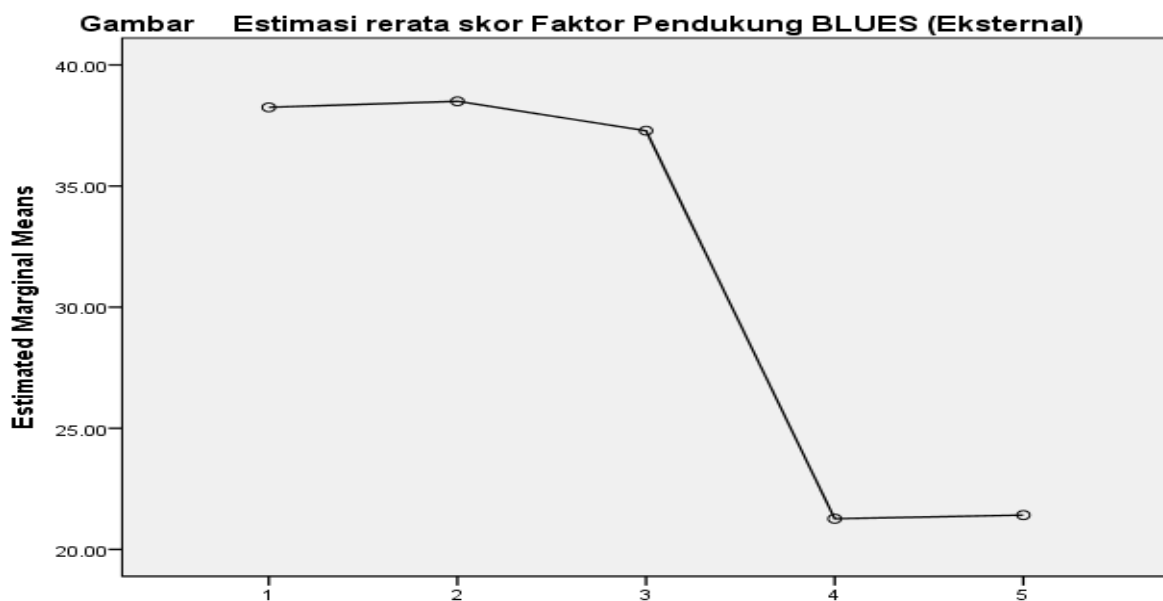
Skor rerata faktor eksternal *antepartum* 36 minggu dengan *postpartum* hari pertama (*taking in*) ada perbedaan bermakna ($p < .01$) sebesar 17.23. Berdasarkan interval kepercayaan 95% selisih skor rerata faktor eksternal pada populasi *antepartum* 36 minggu ke *postpartum* hari pertama (*taking in*) akan meningkat dari 15.57 - 18.90 atau sebaliknya menurun dari 18.90 - 15.57. Skor rerata eksternal pada *antepartum* 36 minggu dengan *postpartum* hari ke5/7 (*letting go*) ada perbedaan bermakna ($p < .01$) sebesar 17.08. Berdasarkan interval kepercayaan 95% selisih skor rerata akan meningkat dari 15.29-18.87 atau sebaliknya menurun 18.87-15.29.

Skor rerata faktor eksternal (faktor pendukung *postpartum blues*) pada *antepartum* 37 minggu dengan *postpartum* hari pertama (*taking in*) ada perbedaan bermakna ($p < .01$) sebesar 16.02.

UNIVERSITAS INDONESIA

Berdasarkan interval kepercayaan 95%, selisih skor rerata pengukuran pada populasi selisih *antepartum* 37 minggu ke *postpartum* hari pertama (*taking in*) akan meningkat dari 13.55 - 18.49. Skor rerata (faktor eksternal pendukung *postpartum blues*) pada *antepartum* 37 minggu dengan *postpartum* hari ke5/7 (*letting go*) ada perbedaan bermakna ($p < .01$) sebesar 15.87. Berdasarkan interval kepercayaan 95%, selisih skor rerata dengan faktor eksternal *antepartum* 37 minggu. dengan *postpartum* hari ke5/7 (*letting go*) dengan interval kepercayaan 95% selisih skor rerata pengukuran selisih skor *postpartum blues* periode *antepartum* 37 minggu ke *postpartum* hari pertama akan meningkat dari 13.21- 18.53 atau sebaliknya menurun dari 18.53 - -13.21.

Gambar 5.23 Rerata Skor Faktor pendukung Blues (eksternal)



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab pembahasan membahas hasil penelitian secara bertahap mulai pengembangan dan evaluasi skala MBS *antepartum* dan *postpartum*. Pembahasan dilakukan secara sistematis berdasarkan hasil penelitian dan *evident based* teori.

- a. Validitas dan reliabilitas skala MBS antepartum melalui *bonding attachment* dalam kemampuan memprediksi *postpartum blues*

Pengembangan skala MBS *antepartum* melalui *bonding attachment* telah menghasilkan sebuah skala yang dapat digunakan untuk memprediksi *postpartum blues*. Hal ini dibuktikan dari penemuan bahwa skala MBS *antepartum* memiliki validitas dan reliabilitas yang telah teruji sebagai alat ukur *postpartum blues*. Adapun hasil yang diperoleh yang mendukung pernyataan tersebut antara lain kriteria indikator validitas model yakni nilai *t value*, *standardized loading* dan kriteria indikator untuk menguji reliabilitas data yakni VE dan CR, keseluruhan kriteria tersebut telah memiliki nilai yang sesuai atau diatas nilai standard. Demikian juga ukuran derajat kecocokan model, nilai yang diperoleh dapat dinyatakan bahwa skala *maternal blues* baik dalam menggambarkan data empiris *blues*. Adapun variabel yang telah dinyatakan *valid* dan *reliable* dalam membangun skala tersebut disampaikan dalam spesifikasi skala.

Spesifikasi skala MBS *antepartum* yang dibangun berdasarkan emotional dan mood ibu dalam berinteraksi dengan bayi, adalah variabel peran dan tugas ibu, budaya ekonomi dan dukungan sosial yang menghasilkan 24 butir item pernyataan. Item pernyataan dikelompokkan kedalam dua faktor, faktor internal delapan butir item (peran dan tugas ibu dalam berinteraksi dengan bayi) dan faktor eksternal enam belas butir item (budaya, ekonomi, dan dukungan sosial yang mempengaruhi interaksi ibu). Spesifikasi yang sudah dibangun dalam skala *maternal*

UNIVERSITAS INDONESIA

blues periode *antepartum* ini, menginformasikan bahwa variabel peran dan tugas ibu akan sulit diterima dan dijalankan disaat ibu mengalami perubahan emosional dan mood (Emmanuel, Creedy, John, & Brown, 2011; Mercer & Ferketich, 1994). Kesulitan menjalankan peran dan tugas ibu selama periode *antepartum* dapat dimanifestasikan dengan perubahan emosional dan mood saat berinteraksi dengan janinya seperti berkurangnya kontak dan komunikasi (Ferber, 2004; Mercer & Ferketich, 1994). Selain itu, bila reaksi seorang ibu terhadap kehamilan itu negatif, maka mengalami *maternal blues* cenderung lebih kuat (KymSpring & Fox, 2010). Demikian juga yang dinyatakan oleh Ohashi *et al.*, (2014) menyatakan bahwa depresi selama kehamilan dapat diprediksi melalui sikap ibu terhadap kehamilannya. Dimana ibu yang mengalami respon negatif terhadap kehamilan menggambarkan kegagalan *bonding maternal infant*. Hal lain, ibu yang menyukai kehamilannya sejak dini tidak akan mengabaikan gerakan-gerakan janin di dalam rahim (Rincy & Nalini, 2014). Kitamura *et al.*, (2013), menyatakan bahwa ibu yang mengalami perubahan emosional dan mood dengan depresi serta kegagalan *bonding* berdampak negatif terhadap perilaku parentingnya pada bayi. Demikian juga perilaku komunikasi dengan janinnya, dihubungkan dengan kondisi psikologis yang mengalami masalah perilaku komunikasi dengan bayinya lebih banyak bersifat negatif dibanding dengan kategori psikosial yang baik. Hal ini mengindikasikan perkembangan hubungan ikatan ibu dan janin dan kondisi emosional mengarah kearah negatif (Nelson & Fazio, 1995). Secara normal *bonding* akan berkembang seiring bertumbuhnya kehamilan dan *quickening* (Armstrong, 2002; Muller, 1993); Winkler, 2000).

Variabel faktor eksternal (budaya, dukungan sosial) mempengaruhi internal diri ibu dalam menjalankan peran dan tugasnya salah satunya *bonding attachment fetal* (19,32–36). Peneliti sebelumnya juga menyatakan bahwa faktor ekologis berpengaruh terhadap kualitas kesehatan mental dan kualitas interaksi ibu dengan bayinya (KymSpring & Fox, 2010; Morikawa *et al.*,

2015; Rothbaum, Fred; Rosen, Karen ; Ujiie, Tatsuo ; Uchida, 2002). Faktor tersebut antara lain sistem pendukung sosial, pendapatan keluarga, tradisi budaya yang dijalankan oleh keluarga (KymSpring & Fox, 2010; Ohara, Okada, Aleksic, et al., 2017). Morikawa *et.al* (2015) menyatakan bahwa ibu hamil yang mendapat dukungan sosial yang besar membantu mengurangi resiko depresi setelah melahirkan dibandingkan ibu hamil yang tidak mendapatkan dukungan. Ohara, Okada *et al* (2017) menyatakan orang-orang disekitar ibu yang memberikan dukungan sosial berhubungan dengan tingkat kepuasan. Serta besarnya dukungan sosial yang diterima ibu selama kehamilan memiliki pengaruh besar pada kegagalan ikatan dan terjadinya depresi pada periode *postpartum*. Masalah ekonomi juga dapat mencetuskan perubahan emosional dan mood ibu dalam berinteraksi dengan fetus (Takegata, Ohashi, Lazarus, & Kitamura, 2017).

- b. Nilai validitas dan reliabilitas skala MBS *postpartum* melalui *bonding attachment* dalam kemampuan memprediksi *postpartum blues*

Pengembangan skala MBS *postpartum* melalui *bonding attachment* telah menghasilkan sebuah skala yang dapat digunakan untuk memprediksi *postpartum blues*. Hal ini dibuktikan dari penemuan bahwa skala MBS *postpartum* memiliki validitas dan reliabilitas yang telah teruji sebagai alat ukur *postpartum blues*. Adapun hasil yang diperoleh yang mendukung pernyataan tersebut antara lain kriteria indikator validitas model yakni nilai *t value*, *standardized loading* dan kriteria indikator untuk menguji reliabilitas model yakni VE dan CR, keseluruhan kriteria tersebut telah memiliki nilai yang sesuai atau diatas nilai *standard*. Demikian juga ukuran derajat kecocokan model, nilai yang diperoleh dapat dinyatakan bahwa skala *maternal blues* periode *postpartum* cocok dalam menggambarkan data empiris

postpartum blues. Variabel yang telah dinyatakan *valid* dan *reliable* dalam membangun skala tersebut disampaikan dalam spesifikasi skala.

Spesifikasi skala MBS *postpartum* yang dibangun berdasarkan emotional dan mood ibu dalam berinteraksi dengan bayi, adalah variabel peran dan tugas ibu, budaya ekonomi dan dukungan sosial yang menghasilkan 32 item pernyataan. Item pernyataan dikelompokkan kedalam faktor internal 24 item (peran dan tugas ibu dalam berinteraksi dengan bayi). Bentuk perilaku *bonding attachment* yang adaptif yakni kontak dengan bayi berupa *skin to skin contact*, *eye contact*, menyusui, *roming ini*, komunikasi verbal, usapan, menyediakan diri dan bertanggung jawab untuk merawat kehamilan dan bayinya. (Baber, 2015; Meighan, 2014). Faktor eksternal delapan item (budaya, ekonomi, dan dukungan sosial yang mempengaruhi interaksi ibu). Penemuan ini ada kesamaan dengan beberapa penelitian sebelumnya yang menginformasikan bahwa variabel peran dan tugas ibu akan sulit diterima dan dijalankan disaat ibu mengalami perubahan emosional dan mood [26,27]. Kesulitan menjalankan peran dan tugas ibu dimanifestasikan disaat ibu berinteraksi dengan bayinya seperti berkurangnya kontak dan komunikasi, proses menyusui yang terhambat, kesulitan dan menjalankan tanggung jawab merawat bayi [7,27–30]. Sebagaimana yang dinyatakan oleh O'hara & Swain, (1996) yang menyatakan menjadi seorang ibu beresiko untuk mengalami berbagai masalah kesehatan mental yakni *blues*, depresi, kecemasan, dan kemarahan atau frustrasi yang memicu rusaknya hubungan dan ketertarikan ibu pada bayinya. Termasuk yang dinyatakan oleh Kitamura *et al.*, (2015); Kitamura, Ohashi, Kita, Haruna, & Kubo, (2013) bahwa perubahan mood dan emosional pada ibu yang mengalami depresi dan kegagalan dalam membangun hubungan ikatan ibu dan bayi selama periode *postpartum* berdampak negatif terhadap perilaku ibu dalam merawat bayinya. Demikian juga yang dinyatakan oleh Edhborg *et al.*, (2011), ada korelasi yang kuat antara perkembangan depresi *postpartum* dan penurunan ikatan emosional ibu untuk

bayinya. Dimana ibu yang mulai mengalami depresi akan kurang respon, kurang spontan dan lebih membatasi diri dalam berinteraksi dengan bayinya. Hal yang sama juga dinyatakan oleh (Perrelli, Zambaldi, Cantilino, & Sougey, 2014) bahwa memprediksi perilaku kegagalan *bonding* adalah salah satu dengan pengamatan interaksi ibu dan bayi. Perilaku pemberian ASI eksklusif pada ibu yang mengalami depresi *postpartum* mengalami pemutusan secara dini pemberian ASI dibandingkan dengan ibu tanpa depresi (Silva *et al.*, 2017).

Demikian juga variabel budaya, ekonomi dan dukungan sosial dari penelitian ini mempengaruhi perubahan emosional dan mood ibu dalam menjalankan peran dan tugas telah *valid* dan *reliable* dalam mengukur *blues* dan pernyataan ini sesuai dengan informasi sebelumnya. Beberapa peneliti sebelumnya menyatakan bahwa faktor ekologis berpengaruh terhadap kualitas kesehatan mental dan kualitas interaksi ibu dengan bayinya [31–33]. Faktor tersebut antara lain sistem pendudukan sosial, pendapatan keluarga, tradisi budaya yang dijalankan oleh keluarga [14,33]. Kompleks masalah yang dialami oleh ibu suku Jawa yang menyebabkan perubahan emosional dan mood adalah karena faktor ekonomi [34]. Masalah ekonomi adalah masalah yang dapat menyebabkan *blues* dan perubahan interaksi ibu dengan bayi [35]. Babu *et al.*, (2018); Skalkidou *et al.*, (2012); Sylvén *et al.*, (2011) menyatakan ada beberapa yang berhubungan dengan kejadian depresi pada ibu setelah melahirkan antara lain kebiasaan menyusui. Sebagaimana yang dikaji pada sebelumnya dari Manurung, (2016), Ohara, Okada, Aleksic, *et al* (2017) menyatakan ibu yang mendapat bantuan dan perhatian dari orang-orang sekitar mendapat kepuasan selama hamil, menyenangkan kehamilannya dan bayi. Kondisi ini berpengaruh besar terhadap emosional dan mood ibu.

- c. Korelasi skala MBS *antepartum* dan *postpartum* dengan skala *maternity blues* model Kennerley dalam memprediksi *postpartum blues*

Berdasarkan teori pengembangan skala, untuk membuktikan bahwa skala yang baru dibangun memiliki kesamaan dalam mengukur *blues* maka dilakukan uji paralel dengan skala yang dinyatakan telah baku dalam mengukur *postpartum blues*. Skala MBS *antepartum*, *postpartum* adalah skala yang dapat memprediksi *postpartum blues* berdasarkan uji korelasi dengan skala *maternity blues* model Kennerley. Kedua instrumen ini memiliki hubungan yang signifikan dengan model Kennerley. Berdasarkan uji statistik kekuatan hubungan kedua skala dengan skala model Kennerley tidak begitu kuat, namun secara klinis ada pengaruh perubahan emosional dan mood yang mengalami *blues* dengan perilaku interaksi ibu sejak *antepartum* sampai *postpartum* (Barclay, Everitt, Rogan, Schmied, & Wyllie, 1997), (Barclay et al., 1997). Hal ini juga telah diuji oleh para peneliti sebelumnya yang menyatakan bahwa terjadinya perubahan hubungan emosional ikatan ibu-ke-anak pada ibu yang mengalami depresi pascalahir adalah dampak depresi yang terjadi selama kehamilan dan mengalami perubahan emosi dan suasana hati dan daya tarik dari ibu ke janinnya (McFarland et al., 2011). Selain itu informasi pada penelitian tahap satu bahwa ibu yang mengalami perubahan emosional dan mood memiliki karakteristik berkurangnya respon terhadap bayinya. Pola skor blues mengalami puncak pada minggu pertama *postpartum* dan gambaran ini sesuai dengan gambaran klinis ibu yang mengalami *postpartum blues* dan dinyatakan pada hasil penelitian selanjutnya (Faisal-Cury et al., 2008)(Gonidakis, 2012). Sehingga berdasarkan hasil informasi sebelumnya ada kesesuaian skala yang dibangun dengan skala sebelumnya. Sehingga skala ini dapat dinyatakan sebagai skala *maternal blues* model Suryani.

Kedua skala ini sama-sama menilai perubahan emosional dan mood pada ibu *antepartum* dan *postpartum*. Namun perbedaannya skala MBS menilai perubahan emosional dan mood ketika ibu berinteraksi dengan bayi pada periode pertumbuhan dan perkembangan menjadi ibu. Sedang skala *maternity blues* Kennerley menilai *postpartum blues* melihat perubahan

emosional dan mood. Skala MBS sudah sesuai dengan kajian literatur yang mengadopsi perubahan perilaku *bonding* dapat memprediksi perubahan emosional dan *mood* ibu (Ohara, Okada, Aleksic, *et al* 2017).

d. Nilai sensitifitas skala MBS dalam memprediksi *postpartum blues* periode *antepartum* dan *postpartum*

Berdasarkan kajian literatur bahwa untuk menentukan skala MBS *antepartum* dan *postpartum* sebagai alat skrining dalam memprediksi *antepartum dan postpartum blues* berdasarkan uji diagnostic dari alat tersebut. Sesuai dengan tujuan sebelumnya bahwa skala ini digunakan untuk tujuan skrining atau mendeteksi ibu beresiko atau mengalami *postpartum blues* maka dilakukan *test* sensitifitas yang kemudian ditetapkan nilai titik potong dari skala. Nilai titik potong dari skala yang dibangun untuk menetapkan skor prediksi *blues* berdasarkan faktor internal dan eksternal. Hasil yang diperoleh dari kedua faktor dalam kemampuan menskrining adalah berkisar diatas *Area Under Curve* (AUC). Berdasarkan nilai sensitifitas maka skala *maternal blues* periode *antepartum* dan *postpartum* dapat sebagai alat skrining (26). Artinya skala ini mampu menskrining pada 100 ibu *antepartum* sebanyak diatas 60% dan 70%. Berdasarkan penelitian sebelumnya menentukan sistem skoring blues dan tidak blues bukan berdasarkan penilaian AUC akan tetapi berdasarkan frekuensi dari jumlah item (Faisal-Cury *et al.*, 2008; Kennerley & Gath, 1989). Sehingga berdasarkan analisis skala yang dibangun saat ini, penetapan skor responden mengalami *postpartum blues* atau tidak berdasarkan *cut-off point* dan nilai AUC sudah dapat mendukung bahwa skala MBS *antepartum* dan *postpartum* melalui *bonding attachment* sebagai alat skrining *postpartum blues*. Nilai sensitifitas yang ditetapkan telah sesuai dengan standard, maka dapat dinyatakan

bahwa dalam memprediksi seorang ibu mengalami *postpartum blues* bukan karena peluang atau kebetulan saja (Dahlan, 2009).

- e. Mengidentifikasi skor *postpartum blues* dengan menggunakan skala *MBS antepartum* dan *postpartum*

Berdasarkan hasil penelitian bahwa ada korelasi yang signifikan ($p < 0.05$) antara perbedaan *mean* skor *postpartum blues* setiap pengukuran mulai dari *antepartum* 35 minggu sampai *postpartum* hari pertama dan ke5/7. Perbedaan *mean* skor yang dilihat dari besarnya skor *postpartum blues* periode *postpartum* ke *antepartum* cukup besar. Sehingga skor *postpartum blues antepartum* memiliki peluang yang besar terhadap peningkatan skor *postpartum blues*. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa depresi *antepartum* sebagai predictor yang kuat untuk menggambarkan bahwa ibu akan mengalami depresi *postpartum* (Leigh & Milgrom, 2008). Takahashi & Tamakoshi, (2014) menyatakan bahwa faktor yang signifikan berkaitan dengan depresi *postpartum* adalah depresi atau kecemasan selama kehamilan.

Pola skor *postpartum blues* mengalami puncak pada minggu pertama *postpartum* dan gambaran ini sesuai dengan gambaran klinis ibu yang mengalami *postpartum blues* dan dinyatakan pada hasil penelitian selanjutnya (Faisal-Cury et al., 2008)(Gonidakis, 2012). Sehingga berdasarkan hasil penelitian ini, ada kesesuaian skala yang dibangun dengan skala sebelumnya. Sehingga skala ini dapat dinyatakan sebagai skala MBS yang mengukur *postpartum blues*.

Hasil penelitian ini telah membuktikan kajian studi literatur sebelumnya yang menyatakan interaksi kepada bayi selama *antepartum* dan *postpartum* dapat memprediksi kejadian *postpartum blues* di Indonesia (Kitamura, Ohashi, Kita, Haruna & Kubo, 2013; Takahash &

Tamakoshi, 2014; Kitamura, Ohashi, Kita, Haruna, & Kubo, 2013; Muller, 1993; Papadopoulou, Mpazakidis, Ekselius, Poromaa, & Skalkidou, 2011; Meighan, 2014; Baber, 2015; Perrelli, Zambaldi, Cantilino, & Sougey, 2014; Silva, Lima, Leopoldina, , *et al.* 2017).

f. Faktor konfonding terhadap kejadian *postpartum blues* periode *antepartum* dan *postpartum*

Penelitian ini mencoba menganalisis faktor demografi lainnya dari responden yakni usia dan paritas. Menurut Leigh & Milgrom (2008) selain riwayat depresi *antepartum* faktor yang berkontribusi terhadap *blues* adalah usia dan paritas. Namun hasil analisis tidak ada hubungan yang signifikan kejadian *postpartum blues* dengan usia responden dan paritas.

Demikian juga peran dan tugas ibu, budaya dan ekonomi, dukungan sosial pada *postpartum* hari pertama (fase *taking in*) dan hari ke5/7 (fase *letting go*) memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian *postpartum blues*. Besarnya resiko relatif bervariasi untuk setiap *postpartum*. Persentase kejadian *antepartum blues* tinggi, demikian juga *postpartum blues*. Ibu yang *bpostpartum blues* di periode *postpartum* adalah besar. Sebagaimana yang dinyatakan oleh Leigh & Milgrom (2008) riwayat *antepartum depression* berkontribusi terhadap *postpartum blues*.

.

BAB 7

KESIMPULAN, IMPLIKASI, KETERBATASAN PENELITIAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

- 1) Skala MBS *antepartum* memiliki validitas dan reliabilitas yang telah teruji sebagai alat ukur dalam memprediksi *postpartum blues*.
- 2) Skala MBS *postpartum* memiliki validitas dan reliabilitas yang telah teruji sebagai alat ukur *postpartum blues*.
- 3) Skala MBS *antepartum*, *postpartum* berdasarkan uji korelasi dengan skala *maternity blues* model Kennerley, kedua instrumen ini memiliki hubungan yang signifikan dengan model Kennerley. Sehingga dapat dinyatakan memiliki kesamaan dengan skala sebelumnya dalam memprediksi *postpartum blues*.
- 4) Nilai sensitifitas skala MBS dalam memprediksi *postpartum blues* periode *antepartum* dan *postpartum* berada diatas standard AUC.
- 5) Skor resiko *postpartum blues* periode dan *postpartum* dengan menggunakan skala MBS *antepartum* dan *postpartum* ada perbedaan *mean* skor dimana skor *antepartum* memiliki hubungan yang signifikan dengan skor *postpartum blues*.
- 6) Faktor konfounding terhadap kejadian *postpartum blues* periode *antepartum* dan *postpartum* yakni peran dan tugas ibu, budaya dan ekonomi, dukungan sosial memiliki hubungan yang signifikan.

7.2 Implikasi Penelitian

Penelitian ini telah membuktikan bahwa skala MBS dapat memprediksi *postpartum blues* periode *antepartum* dan *postpartum* melalui *bonding attachment*. Dengan demikian hasil penelitian ini memberikan beberapa implikasi, antara lain: (1) implikasi terhadap pelayanan

UNIVERSITAS INDONESIA

asuhan keperawatan pada ibu periode perinatal, (2) implikasi terhadap penelitian keperawatan, (3) implikasi terhadap institusi pendidikan keperawatan.

7.2.1. Pelayanan asuhan keperawatan pada ibu periode perinatal

- 1) Fungsional perawat dan bidan dapat mendeteksi resiko *postpartum blues* sejak *antepartum* dan *postpartum*
- 2) Fungsional perawat dan bidan dapat memahami perubahan emosional dan mood ibu selama fase transisi menjadi ibu adalah perubahan saat berinteraksi pada janin/bayi setelah lahir. Perubahan tersebut merupakan bagian dari gejala *postpartum blues*. Selain itu juga memahami faktor-faktor yang menyebabkan ibu mengalami perubahan mood emosional ibu terhadap bayinya sejak hamil sampai dengan setelah melahirkan sesuai latar belakang budaya Indonesia.
- 3) Fungsional perawat dan bidan dapat mendeteksi dan mencegah perilaku ibu yang beresiko mengabaikan perawatan bayinya.
- 4) Informasi ini memperluas ketrampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan maternitas lingkup gangguan psikologis.

7.2.2. Penelitian Keperawatan

- 1) Para peneliti yang focus meneliti dalam lingkup keperawatan maternitas dapat menggunakan hasil penelitian ini, guna melakukan penelitian lanjutan yang berhubungan dengan perubahan psikologis ibu.
- 2) Penelitian ini menjadi suatu *tringger* meningkatkan keinginan dalam upaya melakukan penelitian lanjutan dalam upaya membuat suatu alat ukur lain versi Indonesia guna meningkatkan pelayanan ibu dan anak.

- 3) Penelitian ini meningkatkan keinginan perawat untuk meneliti kondisi psikologis ibu.

7.2.3. Implikasi terhadap institusi pendidikan keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi materi yang mengembangkan pembelajaran asuhan keperawatan psikologis pada ibu periode *antepartum* dan *postpartum*.

7.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian antara lain dilihat dari beberapa faktor *predictor* yang menyebabkan ibu mengalami *blues*. Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya *postpartum blues*, namun karena saat ini karakteristik faktor dibatasi maka beberapa faktor tidak dapat diteliti dengan skala yang baru dibangun. Sehingga skala MBS yang baru dikembangkan perlu diuji sejauhmana dapat memprediksi faktor seperti gangguan fisik, kondisi obstetric, ibu yang tinggal dipedesaan dan dikota adalah faktor resiko *postpartum blues*.

Demikian juga keterbatasan akan pemilihan sampel dan pengujian skala MBS. Pada dasarnya penelitian ini seminimal mungkin dihindari dari kesalahan dalam hal pemilihan sampel dan pengujian skala. Keterbatasan dalam pemilihan sampel adalah teknik pengambilan sampel, dimana sebaiknya dilakukan dengan teknik random sampling. Pemilihan sampel tidak dilakukan secara acak atau random sampling namun dilakukan secara *purposive sampling (judgmental sampling)*. Hal ini diputuskan mengingat keterbatasan waktu penelitian untuk mendapatkan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dalam jumlah yang besar. Sehingga keputusan teknik mengambil sampel dengan metoda *purposive sampling (judgmental sampling)* dalam waktu yang tersedia selama penelitian dapat memenuhi jumlah responden yang sesuai ukuran dalam konstruksi alat ukur serta mengacu pada kriteria inklusi penelitian.

Keterbatasan penelitian berdasarkan tehnik pengujian validasi alat ukur yang dibangun. Pengujian skala yang dibangun dilakukan hanya berdasarkan nilai statistik, tidak mengacu pada *gold standard* atau *reference standard* misalnya kadar *oksitosin* dalam mengukur *bonding attachment* dan kadar kortisol, *estriol*, serotonin yang menggambarkan perubahan emosional dan mood ibu. Hormon tersebut merupakan *gold standard* dalam uji diagnostic sehingga alat ukur menjadi lebih akurat. Namun mengingat keterbatasan peneliti dalam hal keilmuan, waktu dan dana. Sehingga keputusan uji diagnostik hanya berdasarkan nilai AUC dan *cut-of point* hasil dari uji statistik.

7.4. Saran

Beberapa saran yang perlu disampaikan oleh peneliti terhadap:

- 1) Institusi pelayanan kesehatan primer maupun sekunder
 - a. Skala MBS yang telah dibangun berdasarkan pola budaya Indonesia dan fase transisi seorang wanita menjadi ibu, telah diuji dapat memprediksi *postpartum blues* periode *antepartum* dan *postpartum* melalui *bonding attachment* ibu- janin/ bayi, sehingga dapat digunakan oleh perawat dan bidan sebagai alat skrining *blues* serta mengelola masalah psikologis ibu.
 - b. Perawat dan bidan fungsional memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang luas mengenai *postpartum blues* selama periode perinatal dan dapat memberikan pelayanan yang lebih komprehensif dalam lingkup asuhan keperawatan biopsikososial dan spiritual. Tidak terbatas pada tindakan rutinitas seperti perawatan fisik ibu hamil maupun setelah melahirkan akan tetapi berinovasi melalui observasi kondisi fisik dan psikologis yang terjadi saat melayani.

- c. Kepala bidang pelayanan keperawatan diharapkan dapat mengadvokasi dan mendukung inovasi-inovasi asuhan keperawatan yang dilakukan di ruangan oleh pelaksana fungsional pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan khususnya penerapan skala MBS menjadi salah satu alat pengkajian bagi perawat dan bidan dalam memprediksi *postpartum blues* pada ibu *antepartum* dan *postpartum*.

2). Institusi Pendidikan

Skala MBS yang telah dikembangkan dapat menjadi salah satu acuan *reference* untuk memberikan materi pengajaran tentang asuhan keperawatan gangguan psikologis pada ibu masa perinatal.

3). Para peneliti

Skala MBS dapat digunakan sebagai alat penelitian dalam memprediksi prevalence *postpartum blues* di Indonesia. Skala MBS dapat digunakan menjadi instrumen dalam membuat inovasi model asuhan keperawatan maternitas dalam lingkungan gangguan psikologis. Dengan demikian diharapkan asuhan keperawatan maternitas semakin meningkat dan kesejahteraan ibu dan anak juga semakin baik.

4). Pemerintah

Pemerintah khususnya Kementerian Kesehatan RI, dapat menerima dan memasukkan hasil-hasil inovasi para perawat dalam meningkatkan kesehatan ibu periode perinatal dalam program yang terkait atau sesuai dengan penelitian. Skala MBS diharapkan dapat menjadi *triggers* dalam mengatasi fenomena kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak yang ada di Indonesia saat ini

- 1) Mengidentifikasi nilai sensitifitas skala maternal blues model Suryani dalam memprediksi maternal blues periode antepartum dan postpartum.
- 2) Mengidentifikasi skor antepartum blues terhadap postpartum blues dengan menggunakan skala maternal blues model Suryani periode antepartum dan postpartum.
- 3) Mengidentifikasi hubungan faktor konfonding usia, paritas terhadap kejadian maternal blues periode antepartum dan postpartum.

Item-Item pernyataan skala inventory *maternal blues antepartum postpartum* memiliki hubungan yang kuat antar variabel

Faktor-faktor yang positif berhubungan dengan perubahan *mood* dan emosional pada ibu periode *antepartum dan postpartum* yang dapat digunakan mendeteksi ibu beresiko mengalami *blues maternal* adalah dukungan sosial, budaya, peran dan tugas ibu. Beberapa kajian terhadap hasil penelitian menyatakan bahwa secara prospektif dukungan sosial selama kehamilan mempengaruhi depresi pasca melahirkan (Morikawa *et al.*, 2015). Morikawa *et.al* (2015) juga menyatakan bahwa ibu selama hamil yang mendapat dukungan sosial yang besar membantu mengurangi resiko depresi setelah melahirkan dibandingkan ibu hamil yang tidak depresi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa salah satu variabel yang membangun skala inventory *maternal blues* Suryani periode *antepartum* adalah dukungan sosial. Bentuk dukungan sosial ditempatkan dalam elemen pernyataan yang tersebar di beberapa faktor. Dalam hal ini pernyataannya berupa pendampingan selama hamil, bantuan, mendapatkan kepercayaan, mendapat perhatian, mendapatkan kasih sayang, nasehat, pembatasan aktifitas, aturan dan peraturan. Pernyataan disusun menggambarkan karakteristik hubungan ikatan ibu dan bayinya dalam kandungan yang didukung oleh Ohara *et al.*, (2017). Ohara, Okada *et al* (2017) menyatakan orang-orang disekitar *maternal* yang memberikan dukungan sosial berhubungan dengan tingkat kepuasan. Besarnya dukungan sosial yang diterima *maternal* selama kehamilan memiliki pengaruh besar pada kegagalan ikatan dan terjadinya depresi pada periode *postpartum*. Studi kualitatif di dapatkan bahwa bantuan anggota keluarga dan *support system* sejak hamil sampai setelah melahirkan adalah kebutuhan ibu dalam menjalankan perannya dalam merawat bayi dan keluarga (Manurung, 2016a).

Hasil analisis EFA dimana penempatan item-item pernyataan dari variabel dukungan sosial difaktor pertama menunjukkan bahwa dukungan sosial adalah faktor yang terbesar variansnya menjelaskan skala *maternal blues* Suryani *antepartum*. Besarnya nilai faktor loading menggambarkan bahwa variabel dukungan sosial memiliki keakuratan yang menggambarkan *blues*. Hal ini dapat dilihat dari nilai *t value*, *standardized loading*, *CR* dan *VE* melebihi atau sama dengan nilai batas normal. Dengan demikian item pernyataan dukungan sosial dapat menjelaskan *blues antepartum dan postpartum*.

Hasil penelitian ini didukung oleh peneliti lainnya yang menyatakan dukungan suami dan lainnya memiliki hubungan terhadap kejadian *blues maternal* (Takahashi & Tamakoshi, 2014). KymSpring & Fox, (2010) menyatakan faktor ekologis berdampak terhadap depresi postpartum dan kualitas hubungan ikatan antara ibu dan bayinya. Faktor tersebut antara lain sistem pendukung sosial, pendapatan keluarga, pekerjaan, tingkat stress yang dialami ibu memiliki hubungan terhadap peningkatan depresi dan hubungan ikatan ibu dan bayi.

Demikian juga kajian terhadap variabel budaya dan ekonomi dalam membangun instrumen skala inventory *maternal blues* Suryani periode *antepartum* dan *postpartum*. Berdasarkan studi literatur telah banyak kajian tentang budaya dan ekonomi yang menyatakan bahwa variabel tersebut adalah sebagai *predictor* masalah emosional dan *mood* seorang ibu. Sebagaimana yang dinyatakan oleh Heh et al., (2004) melaksanakan tradisi adat bagi wanita Taiwan yang telah melahirkan dengan larangan tertentu yang membatasi aktifitas ibu seperti tinggal di dalam rumah dan mengikuti diet ketat, mengalami *blues* sebesar 21%. Demikian juga Sutjahjo, Manderson, & Astbury, (2007), menyatakan kompleksnya masalah yang dialami oleh ibu dari suku Jawa Indonesia yang menyebabkan perubahan *mood* dan emosional salah satunya adalah ekonomi. Masalah ekonomi adalah masalah yang biasa menyebabkan mengalami *blues* dan *bonding yang insecure* (Venkatesh et al., 2011). Adapun sub variabel yang terpilih dalam mengembangkan item-item pernyataannya dalam membangun skala inventory *maternal blues* periode *antepartum* adalah pemberian nama calon bayi, penerimaan keluarga, jenis kelamin dan tradisi budaya (seperti njuh bulanan). Hasil penelitian menunjukkan bahwa item-item pernyataan dari budaya dan ekonomi berada dalam faktor loading pertama dan sebagian kecil di faktor loading keenam. Besarnya nilai faktor loading menggambarkan bahwa variabel budaya memiliki keakuratan yang menggambarkan *blues*. Hal ini dapat dilihat dari nilai *t value*, *standardized loading*, *CR* dan *VE* melebihi atau sama dengan nilai batas normal. Dengan demikian item pernyataan budaya dan ekonomi dapat menjelaskan *blues antepartum* dan *postpartum*. Adapun sub variabel yang terpilih dari item-item pernyataan adalah pemberian nama bayi (keikut sertaan mertua/ibu dan suami memberi nama calon bayi) dan tradisi adat, ekonomi, penerimaan keluarga.

Variabel ketiga yang membangun skala *inventory maternal blues* Suryani adalah peran dan tugas ibu. Pengembangan variabel peran dan tugas ibu menjadi item-item pernyataan yang menggali perubahan emosional dan mood ibu untuk memprediksi *blues maternal* tidak terlepas dari kajian literatur. Sebagaimana yang dinyatakan oleh O'hara & Swain, (1996) yang menyatakan menjadi seorang ibu beresiko mengalami peningkatan untuk berbagai masalah kesehatan mental yakni *blues*, depresi, kecemasan, dan kemarahan atau frustrasi yang memicu rusaknya hubungan dan ketertarikan ibu pada calon/bayinya. Hal ini juga yang dinyatakan oleh Mercer, (2004; 2006) menjadi ibu adalah suatu transformasi yang mengalami proses pertumbuhan identitas maternal yang dipengaruhi oleh banyak faktor seperti lingkungan sosial, budaya, ekonomi dalam proses penyesuaian diri. Demikian juga yang dinyatakan oleh Edhborg et al.,(2011), ada korelasi yang kuat antara perkembangan depresi postpartum dan penurunan ikatan emosional ibu untuk bayinya. Dimana ibu yang mulai mengalami depresi akan kurang respon, kurang spontan dan lebih membatasi diri dalam berinteraksi dengan bayinya.

Dengan kajian tersebut maka disusunlah beberapa item pernyataan pada periode antepartum dan postpartum. Adapun sub variabel dari peran dan tugas ibu *antepartum* adalah *indirect touch to baby*, pemantauan janin, komunikasi janin dan penerimaan janin. Hasil analisis EFA terhadap item pernyataan yang sudah dibangun menunjukkan bahwa item-item pernyataan dari ke empat variabel tersebut terseleksi dan diterima dalam membangun skala *maternal blues* Suryani. Adapun item pernyataan yang lolos seleksi diakhir analisis berjumlah 7 item dari keempat variabel. Ketujuh item pernyataan tersebar dalam faktor satu sampai faktor empat. Hal ini menggambarkan bahwa keempat variabel saling berhubungan dengan variabel lainnya yang membangun skala *inventory maternal blues*. Besarnya nilai faktor loading menggambarkan bahwa variabel peran dan tugas ibu *antepartum* memiliki keakuratan yang menggambarkan *blues*. Hal ini dapat dilihat dari nilai *t value*, *standardized loading*, *CR* dan *VE* melebihi atau sama dengan nilai batas normal. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh (KymSpring & Fox, 2010), depresi berdampak terhadap interaksi ibu dan janinnya selama *antepartum*. Sikap seorang ibu terhadap kehamilan dan akan memiliki anak mempengaruhi suasana hati ibu. Kondisi ini dapat memprediksi mengalami depresi *postpartum*. Bila reaksi seorang ibu terhadap

UNIVERSITAS INDONESIA

kehamilan itu negatif, maka *maternal blues* cenderung lebih kuat (KymSpring & Fox, 2010). Demikian juga yang dinyatakan oleh Ohashi et al., (2014) menyatakan bahwa depresi selama kehamilan dapat diprediksi melalui sikap ibu terhadap kehamilannya. Dimana ibu yang mengalami respon negatif terhadap kehamilan menggambarkan kegagalan *bonding maternal infant* seperti kurangnya kasih sayang, penolakan, ketakutan maternal dan keterbatasan maternal. Hal lain, ibu yang menyukai kehamilannya sejak dini tidak akan mengabaikan gerakan-gerakan janin di dalam rahim (Rincy & Nalini, 2014). Demikian juga perilaku komunikasi dengan janinnya, dihubungkan dengan kondisi psikologis yang mengalami masalah perilaku komunikasi dengan bayinya lebih banyak bersifat negatif dibanding dengan kategori psikosial yang baik. Hal ini mengindikasikan perkembangan hubungan ikatan ibu dan janin dan kondisi emosional mengarah kearah negatif (Nelson & Fazio, 1995).

Demikian juga dalam membangun skala *maternal blues* Suryani periode *postpartum*. Hasil analisis tersebut menunjukkan bahwa item-item pernyataan dari variabel *skin to skin contact*, menyusui, *roming in*, *responviness*, adaptasi fisik dan komunikasi ke bayi tersebut terseleksi dan diterima dalam membangun skala *maternal blues* Suryani. Hal ini terlihat dari besarnya nilai faktor loading menggambarkan bahwa variabel peran dan tugas ibu *antepartum* memiliki keakuratan yang menggambarkan *blues*. Selain itu nilai *t value*, *standardized loading*, *CR* dan *VE* melebihi atau sama dengan nilai batas normal. Adapun item pernyataan yang lolos seleksi diakhir analisis berjumlah *skin to skin contact* 6 item, *roming in* 4 item, menyusui 5 item, *responviness* 4 item, adaptasi fisik 2 item dan komunikasi ke bayi ada 1 item pernyataan. Dengan demikian item pernyataan tersebut diatas memiliki keakuratan yang menggambarkan *blues maternal postpartum*. Sebagaimana yang dinyatakan oleh Kitamura et al., (2015); Kitamura, Ohashi, Kita, Haruna, & Kubo, (2013) bahwa perubahan mood dan emosional pada ibu yang mengalami depresi dan kegagalan dalam membangun hubungan ikatan ibu dan bayi selama periode *postpartum* berdampak negatif terhadap perilaku ibu dalam merawat bayinya. Hal ini ada hubungannya dengan kegagalan dalam membangun hubungan ikatan selama *antepartum* pada ibu yang mengalami *blues* saat *postpartum*. Sebagaimana yang dinyatakan oleh Takahashi & Tamakoshi, (2014) bahwa faktor signifikan yang berkaitan dengan depresi *postpartum* adalah depresi atau kecemasan selama kehamilan. Demikian juga yang

dinyatakan oleh Kitamura et al., (2013), bahwa ibu yang mengalami perubahan emosional dan mood ibu dengan depresi serta kegagalan *bonding* berdampak negatif terhadap perilaku parentingnya pada bayinya. Menurut Armstrong, (2002); Muller, (1993); Winkler, (2000) menyatakan bahwa usia kehamilan dan *quickening* berhubungan dengan perkembangan *bonding maternal*. Babu et al., (2018); Skalkidou et al., (2012); Sylvén et al., (2011) menyatakan ada beberapa yang berhubungan dengan kejadian depresi pada ibu setelah melahirkan antara lain kebiasaan menyusui, namun jenis kelamin bayi dimasyarakat Swedia tidak berhubungan dengan risiko depresi *postpartum*. Dimana ibu *postpartum* baik yang melahirkan bayi laki-laki atau perempuan akan mengalami *blues postpartum*.

Bentuk perilaku *bonding attachment* yang adaptif diawal kontak dengan bayi berupa *skin to skin contact*, *eye contact*, menyusui, *roming ini*, komunikasi verbal, usapan (Baber, 2015; Meighan, 2014). Hal yang sama juga dinyatakan oleh (Perrelli et al., 2014) bahwa memprediksi perilaku kegagalan *bonding* adalah salah satu dengan pengamatan interaksi ibu dan janinnya, menyediakan diri dan bertanggung jawab untuk merawat kehamilannya dan bayinya. Perilaku pemberian ASI eksklusif pada ibu yang mengalami depresi *postpartum* mengalami pemutusan secara dini pemberian ASI dibandingkan dengan ibu tanpa depresi (Silva et al., 2017).

6.2 Item-Item pernyataan skala inventory *maternal blues* Suryani *antepartum* dan *postartum* memiliki validitas yang *good fit*

Berdasarkan hasil analisis tahap EFA dan CFA pada skala inventory *maternal blues* Suryani *antepartum* dan *postpartum* bahwa masing-masing variabel, sub variabel dan item-item pernyataan sudah menggambarkan muatan faktor (λ) yang dapat diterima yakni .30 dengan p value > 1.96, maka tahap ini dinyatakan masing-masing variabel dan sub variabel *antepartum* dan *postpartum* saling berhubungan yakni dukungan sosial, budaya dan ekonomi, peran dan tugas ibu dalam membangun skala inventory *maternal blues antepartum*. Dengan beberapa indikator sehingga skala *maternal blues* Suryani dikatakan *good fit*. RMSEA, GFI, NFI, NNFI. Hasil yang diperoleh bahwa nilai RMSEA, GFI, NFI, NNFI telah memenuhi standard *cut of value*, sehingga dapat dinyatakan skala *maternal*

blues Suryani *antepartum* dan *postpartum* sudah *good fit* dalam memprediksi *maternal blues*.

Hasil penelitian ini telah membuktikan kajian studi literatur yang menyatakan interaksi kepada janin selama *antepartum* dan *postpartum* dapat memprediksi kejadian *blues* di Indonesia (Kitamura, Ohashi, Kita, Haruna & Kubo, 2013; Takahashi & Tamakoshi, 2014; Kitamura, Ohashi, Kita, Haruna, & Kubo, 2013; Muller, 1993; Papadopoulou, Mpazakidis, Ekselius, Poromaa, & Skalkidou, 2011; Meighan, 2014; Baber, 2015; Perrelli, Zambaldi, Cantilino, & Sougey (2014; Silva, Lima, Leopoldina, , *et al.* 2017).

Demikian juga hasil penelitian terhadap pemilihan variabel dukungan sosial dalam membangun skala *maternal blues* Suryani telah terbukti. Penelitian ini membuktikan kajian studi literatur bahwa dukungan sosial dapat memprediksi kejadian *blues maternal* melalui perilaku keterikatan hubungan ibu dan bayi sejak hamil maupun *postpartum*. Dukungan sosial juga memiliki hubungan dalam kegagalan *bonding*. Sebagaimana yang dikaji pada sebelumnya dari Manurung, (2016), Ohara, Okada, Aleksic, *et al* (2017) menyatakan ibu yang mendapat bantuan dan perhatian dari orang-orang sekitar mendapat kepuasan selama hamil, menyenangkan kehamilannya dan bayi. Kondisi ini berpengaruh besar terhadap emosional dan mood ibu.

Hasil penelitian ini telah membuktikan kajian literatur yang menempatkan budaya dan ekonomi dalam memprediksi *blues maternal*. Kondisi masyarakat Indonesia dan luar mengenai budaya dan ekonomi yang mempengaruhi emosional dan mood ibu dalam keterikatan hubungan ibu dan bayinya ada perbedaan seperti tradisi upacara menyambut bayi sebelum hamil maupun sesudah hamil, pemberian nama bayi. Pelaksanaan ini mempengaruhi emosional dan ketakutan ibu terhadap bayi. Tradisi ini memberikan rasa nyaman pada ibu (Manurung, 2016). Sedang faktor ekonomi ibu masyarakat Indonesia dan dari negara lain memiliki pengalaman yang sama terhadap pencetus perubahan emosional dan hubungan ibu dan bayinya. Hasil penelitian memperlihatkan ritual acara adat, pemberian nama bayi, penerimaan keluarga terhadap bayi dapat digunakan dalam memprediksi perubahan mood dan emosional ibu.

6.3. Skala *inventory maternal blues* Suryani periode *antepartum* dan *postpartum* memiliki hubungan dengan skala *maternity blues* Kennerley diadaptasikan ke Indonesia.

Pembahasan berikut adalah melihat hubungan skala *maternal blues* Suryani sudah diuji secara statistic dengan skala *maternity blues* Kennerley yang sudah diadaptasikan ke Bahasa Indonesia. Hasil penelitian skala *maternity blues* Suryani *antepartum* diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara skala *maternal blues antepartum* Suryani dengan Skala *maternity blues* Kennerley yang sudah diadaptasikan ($p < .00$). Besarnya hubungan kedua skala tersebut hubungan cukup. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa skala *inventory maternal blues antepartum* memiliki kesamaan dengan skala *maternity blues* Kennerley. Dengan demikian skala *maternal blues antepartum* Suryani dapat digunakan dalam memprediksi *blues* pada ibu hamil.

Hasil penelitian skala *maternity blues* Suryani *postpartum* diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara skala *maternal blues postpartum* Suryani dengan Skala *maternity blues* Kennerley yang sudah diadaptasikan ($p < .00$). Besarnya hubungan kedua skala tersebut hubungan cukup. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa skala *inventory maternal blues postpartum* memiliki kesamaan dengan skala *maternity blues* Kennerley. Dengan demikian skala *maternal blues postpartum* Suryani dapat digunakan dalam memprediksi *blues* pada ibu hamil.

Kedua skala ini sama-sama menilai perubahan emosional dan mood pada ibu *antepartum* dan *postpartum*. Namun perbedaannya skala *maternity blues* Suryani menilai perubahan emosional dan *mood* terhadap keterikatan hubungan dengan bayinya. Sedang skala *maternity blues* Kennerley. Hal ini sudah sesuai dengan kajian literature yang mengadopsi perubahan perilaku bonding dapat memprediksi perubahan emosional dan mood ibu (Ohara, Okada, Aleksic, *et al* 2017)

6.4. Skala *inventory maternal blues* Suryani periode *antepartum* dan *postpartum* memiliki sensitifitas dan spesifitas diatas 60% dalam memprediksi resiko *blues*.

Sebagaimana biasanya, bahwa instrumen baru perlu dilakukan uji diagnostic. Tujuannya untuk mengetahui seberapa besar kemampuan alat tersebut memprediksi seorang ibu mengalami *blues* dengan menetapkan nilai spesifitas dan sensitifitas skala tersebut (Dahlan,

UNIVERSITAS INDONESIA

2009). Ada beberapa cara untuk menganalisis diagnostic, namun pada penelitian ini, peneliti memilih dengan tehnik analisis tabel 2x2. Hasil penelitian diperoleh pada skala *maternal blues antepartum* Suryani diperoleh nilai sensitifitasnya dan spesifitas diatas 0.6. Skala *maternal blues antepartum* adalah untuk memprediksi maka ditetapkanlah nilai spesifitas yang lebih besar dari sensitifitas. Dengan demikian dapat diperoleh titik potong antara sensitifitas dan spesifitas sebagai *cut of point* penetapan ibu *blues* atau tidak (Dahlan, 2009).

Demikian juga hasil penelitian diperoleh pada skala *maternal blues postpartum* Suryani diperoleh nilai sensitifitasnya diatas .50 dan spesifitas diatas .60. Skala *maternal blues postpartum* adalah untuk memprediksi maka ditetapkanlah nilai spesifitas yang lebih besar dari sensitifitas. Dengan demikian dapat diperoleh titik potong antara sensitifitas dan spesifitas sebagai *cut of point* penetapan ibu *blues* atau tidak (Dahlan, 2009).

Nilai spesifitas yang ditetapkan telah sesuai dan nilainya diatas 60%, maka dapat dinyatakan bahwa dalam memprediksi seorang ibu mengalami *blues* bukan karena peluang atau kebetulan saja (Dahlan, 2009).

6.5 Ada korelasi hasil pengukuran skala inventory *maternal blues* Suryani periode *antepartum* dengan hasil pengukuran *postpartum*.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa ada korelasi yang signifikan ($p < 0.05$) antara perbedaan *mean* skor *blues* setiap pengukuran dari *antepartum* 35 minggu sampai *postpartum* hari pertama dan ke5/7. Perbedaan *mean* skor yang dilihat dari besarnya skor *blues* periode *postpartum* ke *antepartum* cukup besar. Sehingga skor *blues antepartum* memiliki peluang yang besar terhadap peningkatan skor *blues postpartum*. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa depresi antepartum sebagai predictor yang kuat untuk menggambarkan bahwa ibu akan mengalami depresi postpartum (Leigh & Milgrom, 2008).

6.6. Skala inventory *maternal blues* Suryani memiliki efektifitas yang sama dengan skala *maternity blues* Kennerley yang sudah diadaptasikan.

Skala inventory *maternal blues* Suryani dengan skala *maternity blues* Kennerley adalah dua skala yang sama-sama dapat mengukur *blues maternal*. Namun dari kedua skala ini saat diuji efektifitasnya dalam kemampuan alat tersebut mendiagnosis *blues* atau tidak *blues* memiliki perbedaan. Perbedaan dilihat dari nilai beda *mean* skornya. Skala inventory *maternal blues* Suryani perbedaan mean skor dari hamil 35 minggu sampai *postpartum* hari pertama, ke5/7 memiliki nilai beda mean skor yang cukup besar sekitar 21 sampai 25 sedang pada skala *maternity blues* Kennerley yang diadaptasikan ke Indonesia nilai beda mean skornya berkisar 1.703 --8.297 yakni cukup kecil. Sehingga saat dilihat pada gambar diagramnya skor *maternal blues* Suryani meningkat di periode *postpartum* sedang skor *blues maternity blues* Kennerley yang diadaptasikan menurun dari kehamilan 37 minggu. Hasil penelitian skala *maternity blues* Kennerley tidak menggambarkan fenomena kejadian *blues* yakni *blues* yang terjadi di *antepartum* akan menjadi predictor kuat *blues* periode *postpartum*. Kedua *blues postpartum* terjadi 2-5 hari (Takahash & Tamakoshi, 2014; Leigh & Milgrom 2008).

6.7. Faktor-faktor lain sebagai *predictor blues*

Penelitian ini mencoba menganalisis faktor demografi lainnya dari responden yakni usia dan paritas. Menurut Leigh & Milgrom (2008) selain riwayat depresi *antepartum* faktor yang berkontribusi terhadap *blues* adalah usia dan paritas. Namun hasil analisis tidak ada hubungan yang *significant* kejadian *blues postpartum* dengan usia responden dan paritas. Walaupun ditemukan usia remaja dibandingkan dewasa untuk mengalami *blues* sebesar .844. Demikian juga paritas primi dibandingkan multi untuk mengalami *blues* sebesar .857.

Faktor lainnya berdasarkan variabel yang membangun skala inventory *maternal blues* ingin dilihat seberapa besar variabel tersebut terhadap kejadian *blues*. Ketiga variabel yakni sikap dan perilaku (peran dan tugas ibu), budaya dan ekonomi serta dukungan sosial memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian *blues maternal* periode *antepartum*. Besarnya resiko *relative* bervariasi untuk setiap *antepartum*.

Demikian juga periode *postpartum* peran dan tugas ibu dalam hal ini sikap dan perilaku, budaya dan ekonomi, dukungan sosial pada *postpartum* hari pertama (fase *taking in*) dan

hari ke5/7 (fase *letting go*). memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian *blues maternal periode postpartum*. Besarnya resiko relative bervariasi untuk setiap *postpartum*.

Demikian juga predictor lainnya yakni *blues antepartum* usia kehamilan 37 minggu dengan *blues postpartum* hari pertama dan hari ke5/7. Sebagaimana yang dinyatakan oleh Leigh & Milgrom (2008) riwayat depresi *antepartum* berkontribusi terhadap *blues postpartum*. Namun hasil analisis tidak ada hubungan yang kuat kejadian *blues antepartum* dengan *blues postpartum* fase *taking in* dan *letting go*. Secara hitungan persentase kejadian *blues antepartum* tinggi maka *blues* di *postpartum* juga tinggi. Kemungkinan ibu yang beresiko *blues antepartum* dibandingkan *tidak blues* untuk mengalami *blues postpartum* sebesar.827. Hal ini cukup besar resiko kejadiannya.

BAB VII

KESIMPULAN, IMPLIKASI, KETERBATASAN PENELITIAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

7.1.1 Pengembangan dan Evaluasi Skala Inventory Maternal blues Suryani dalam Memprediksi Blues Antepartum dan Postpartum

Berdasarkan hasil penelitian dari setiap tahap penelitian maka dapat disimpulkan bahwa hipotesis mayor dan minor dapat diterima antara lain:

1. Skala inventory *maternal blues* Suryani dapat memprediksi *blues maternal* periode *antepartum* dan *postpartum*.

Hipotesis mayor ini dibuktikan dari beberapa hasil penelitian antara lain:

- a. Item-Item pernyataan skala inventory *maternal blues antepartum postpartum* memiliki hubungan yang kuat antar variabel. Hal ini dibuktikan dari nilai statistic yang menyatakan muatan faktor (λ antar variabel berkisar sedang sampai – besar dan nilai p value signifikan, nilai CR dan VE sesuai standard. Item-item yang dibangun ada kesamaan dengan kajian literatur yang sama-sama mengukur perubahan emosional dan mood dengan menghubungkannya dengan perilaku *bonding*.
- b. Item-Item pernyataan skala inventory *maternal blues* Suryani *antepartum* dan *postartum* memiliki validitas yang *good fit*.

Hal ini dibuktikan dari nilai indikator yang diperoleh dalam menilai kecocokan model. Semua indikator yakni *cut of point* sudah dicapai. Sehingga dapat dinyatakan skala inventory *maternal blues* Suryani sudah dapat dinyatakan skala yang tervalidasi dan skala yang *good fit*.

- c. Skala inventory *maternal blues* Suryani periode *antepartum* dan *postpartum* memiliki hubungan dengan skala *maternity blues* Kennerley diadaptasikan ke Indonesia.

Hal ini dibuktikan dari hasil analisis hubungan skala *maternal blues* Suryani sudah diuji secara statistic dengan skala *maternity blues* Kennerley yang sudah diadaptasikan ke Bahasa Indonesia. Hasil penelitian skala *maternity blues* Suryani *antepartum* diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang

signifikan antara skala *maternal blues antepartum* Suryani dengan Skala *maternity blues* Kennerley yang sudah diadaptasikan.

- d. Skala inventory *maternal blues* Suryani periode *antepartum* dan *postpartum* memiliki sensitifitas dan spesifitas diatas 60% dalam memprediksi resiko *blues*.

Hal ini membuktikan bahwa skala inventory *maternal blues* dalam memprediksi ibu mengalami *blues* tidak karena kebetulan. Hasil penelitian telah menyatakan nilai spesifitasnya skala *maternal blues antepartum* dan *postpartum* diatas .

- e. Ada korelasi hasil pengukuran skala inventory *maternal blues* Suryani periode *antepartum* dengan hasil pengukuran *postpartum*.

Hal ini dibuktikan bahwa terdapat perbedaan nilai rerata skor *blues antepartum* dan *postpartum* kearah peningkatan. Sehingga skor *blues postpartum* meningkat adalah kontribusi dari skor *blues antepartum*.

2. Skala *maternal blues* Suryani memiliki efektifitas yang sama dengan skala *maternity blues* Kennerley.

Hipotesis ini telah dibuktikan bahwa *blues* Kennerley dan *blues* Suryani sama dalam mengukur *blues maternal*. Hal ini dibuktikan bahwa hasil penelitian skala *maternity blues* menggambarkan fenomena kejadian *blues* sebagaimana dalam teori yakni *blues* yang terjadi di *antepartum* akan menjadi predictor kuat *blues* periode *postpartum*.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa skala inventory *maternal blues* Suryani yang baru dibangun dapat dan efektif dalam memprediksi *maternal blues* periode *antepartum* dan *postpartum*.

7.1.2. Adaptasi lintas budaya skala maternity blues Kennerley

1. Skala *maternity blues* Kennerley modifikasi Bahasa Indonesia mampu mengukur perilaku *blues* pada ibu masa *antepartum-postpartum*.
 - a. Hipotesis ini diterima, hal ini dibuktikan bahwa skala *maternity blues* Kennerley telah lolos uji validitas dengan standard uji kecocokan model telah terpenuhi.

UNIVERSITAS INDONESIA

- b. Besarnya kejadian *blues* yang diperoleh sejak bulan juli sampai dengan Desember 2017 dengan skala *maternity blues* Kennerley yakni *antepartum* 35 mg sampai postpartum hari pertama dan postpartum hari ke5/7 masing-masing lebih dari 50%.

7.3 Implikasi Penelitian

Penelitian ini telah membuktikan bahwa skala MBS dapat memprediksi *maternal blues* periode *antepartum* dan *postpartum* melalui *bonding attachment*. Dengan demikian hasil penelitian ini memberikan beberapa implikasi, antara lain: (1) implikasi terhadap pelayanan asuhan keperawatan pada ibu periode perinatal, (2) implikasi terhadap penelitian keperawatan, (3) implikasi terhadap institusi pendidikan keperawatan.

7.2.1. Pelayanan asuhan keperawatan pada ibu periode perinatal

- 5) Fungsional perawat dan bidan dapat mendeteksi resiko *maternal blues* sejak *antepartum* dan *postpartum*
- 6) Fungsional perawat dan bidan dapat memahami perubahan emosional dan mood ibu selama fase transisi menjadi ibu adalah perubahan saat berinteraksi pada janin/bayi setelah lahir. Perubahan tersebut merupakan bagian dari gejala *maternal blues*. Selain itu juga memahami faktor-faktor yang menyebabkan ibu mengalami perubahan mood emosional ibu terhadap bayinya sejak hamil sampai dengan setelah melahirkan sesuai latar belakang budaya Indonesia.
- 7) Fungsional perawat dan bidan dapat mendeteksi dan mencegah perilaku ibu yang beresiko mengabaikan perawatan bayinya.
- 8) Informasi ini memperluas ketrampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan maternitas lingkup gangguan psikologis.

7.2.2. Penelitian Keperawatan

- 4) Para peneliti yang focus meneliti dalam lingkup keperawatan maternitas dapat menggunakan hasil penelitian ini, guna melakukan penelitian lanjutan yang berhubungan dengan perubahan psikologis ibu.
- 5) Penelitian ini menjadi suatu *tringger* meningkatkan keinginan dalam upaya melakukan penelitian lanjutan dalam upaya membuat suatu alat ukur lain versi Indonesia guna meningkatkan pelayanan ibu dan anak.
- 6) Penelitian ini meningkatkan keinginan perawat untuk meneliti kondisi psikologis ibu.

7.2.3. Implikasi terhadap institusi pendidikan keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi materi yang mengembangkan pembelajaran asuhan keperawatan psikologis pada ibu periode *antepartum* dan *postpartum*.

7.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian antara lain dilihat dari beberapa faktor *predictor* yang menyebabkan ibu mengalami *blues*. Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya *blues*, namun karena saat ini karakteristik faktor dibatasi maka beberapa faktor tidak dapat diteliti dengan skala yang baru dibangun. Sehingga skala MBS yang baru dikembangkan perlu diuji sejauhmana dapat memprediksi faktor seperti gangguan fisik, kondisi obstetric, ibu yang tinggal dipedesaan dan dikota adalah faktor resiko *blues*.

Demikian juga keterbatasan akan pemilihan sampel dan pengujian skala MBS. Pada dasarnya penelitian ini seminimal mungkin dihindari dari kesalahan dalam hal pemilihan sampel dan pengujian skala. Keterbatasan dalam pemilihan sampel adalah teknik pengambilan sampel, dimana sebaiknya dilakukan dengan tehnik random sampling. Pemilihan sampel tidak dilakukan secara acak atau random sampling namun dilakukan secara *purposive sampling*

(*judgmental sampling*). Hal ini diputuskan mengingat keterbatasan waktu penelitian untuk mendapatkan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dalam jumlah yang besar. Sehingga keputusan teknik mengambil sampel dengan metoda *purposive sampling (judgmental sampling)* dalam waktu yang tersedia selama penelitian dapat memenuhi jumlah responden yang sesuai ukuran dalam konstruksi alat ukur serta mengacu pada kriteria inklusi penelitian.

Keterbatasan penelitian berdasarkan teknik pengujian validasi alat ukur yang dibangun. Pengujian skala yang dibangun dilakukan hanya berdasarkan nilai statistik, tidak mengacu pada *gold standard* atau *reference standard* misalnya kadar *oksitosin* dalam mengukur *bonding attachment* dan kadar kortisol, *estriol*, serotonin yang menggambarkan perubahan emosional dan mood ibu. Hormon tersebut merupakan *gold standard* dalam uji diagnostic sehingga alat ukur menjadi lebih akurat. Namun mengingat keterbatasan peneliti dalam hal keilmuan, waktu dan dana. Sehingga keputusan uji diagnostik hanya berdasarkan nilai AUC dan *cut-of point* hasil dari uji statistik.

7.4. Saran

Beberapa saran yang perlu disampaikan oleh peneliti terhadap:

2) Institusi pelayanan kesehatan primer maupun sekunder

- d. Skala MBS yang dibangun berdasarkan pola budaya Indonesia dan fase transisi seorang wanita menjadi ibu, telah diuji dapat memprediksi *maternal blues* periode *antepartum* dan *postpartum* melalui *bonding attachment* ibu- janin/ bayi, sehingga dapat digunakan oleh perawat dan bidan sebagai alat skrining *blues* serta mengelola masalah psikologis ibu.
- e. Perawat dan bidan fungsional memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang luas mengenai *maternal blues* selama periode perinatal dan dapat memberikan pelayanan

yang lebih komprehensif dalam lingkup asuhan keperawatan biopsikososial dan spiritual. Tidak terbatas pada tindakan rutinitas seperti perawatan fisik ibu hamil maupun setelah melahirkan akan tetapi berinovasi melalui observasi kondisi fisik dan psikologis yang terjadi saat melayani.

- f. Kepala bidang pelayanan keperawatan diharapkan dapat mengadvokasi dan mendukung inovasi-inovasi asuhan keperawatan yang dilakukan di ruangan oleh pelaksana fungsional pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan khususnya penerapan skala MBS menjadi salah satu alat pengkajian bagi perawat dan bidan dalam memprediksi *maternal blues* pada ibu *antepartum* dan *postpartum*.

2). Institusi Pendidikan

Skala MBS yang telah dikembangkan dapat menjadi salah satu acuan *reference* untuk memberikan materi pengajaran tentang asuhan keperawatan gangguan psikologis pada ibu masa perinatal.

3). Para peneliti

Skala MBS dapat digunakan sebagai alat penelitian dalam memprediksi prevalence *maternal blues* di Indonesia. Skala MBS dapat digunakan menjadi instrumen dalam membuat inovasi model asuhan keperawatan maternitas dalam lingkungan gangguan psikologis. Dengan demikian diharapkan asuhan keperawatan maternitas semakin meningkat dan kesejahteraan ibu dan anak juga semakin baik.

4). Pemerintah

Pemerintah khususnya Kementerian Kesehatan RI, dapat menerima dan memasukkan hasil-hasil inovasi para perawat dalam meningkatkan kesehatan ibu periode perinatal dalam program yang terkait atau sesuai dengan penelitian. Skala MBS diharapkan dapat menjadi

triggers dalam mengatasi fenomena kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak yang ada di Indonesia saat ini

DAFTAR PUSTAKA

- Abou-Saleh, M. T., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M., & Bhai, I. (1998). Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, 23(5), 465–475. [http://doi.org/doi.org/10.1016/S0306-4530\(98\)00022-5](http://doi.org/doi.org/10.1016/S0306-4530(98)00022-5)
- Adewuya, A. O. (2005). The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol*, 193(4), 1522–1525. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.02.085>
- Aiken, C. (2003). *Surviving Post-Natal Depression At Home, No One Hears You Scream* (first). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. Retrieved from <https://books.google.co.id>
- Ainsworth, P. (2000). The Cause of depression. In *Understanding Depression*. (pp. 60–73). USA: University Press of Mississippi. <http://doi.org/http://site.ebrary.com/id/10157908?>
- Akinlabi, F. B., Olatunji, F. B., & Oluwayemisi, F. . (2013). Puerperium experience and adjustment identified psychological variables. *Journal of Education Research and Behavioral Sciences*, 2(12), 254–258.
- Akker, V. . (2012). Postnatal blues. In C. R. Martin (Ed.), *Perinatal Mental Health : A Clinical Guide* (pp. 187–193). England: Ferguson Print.
- American Pregnancy Association. (2015). Baby Blues_ Causes, Symptoms and Treatment. Texas. Retrieved from <http://americanpregnancy.org/first-year-of-life/baby-blues/>
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (seventh). United States Of America: Prentice Hall International.
- Andajani, S. S., Manderson, L., & Astbury, J. (2007). Complex emotions, complex problems: Understanding the experiences of perinatal depression among new mothers in urban Indonesia. *Culture, Medicine and Psychiatry*. <http://doi.org/10.1007/s11013-006-9040-0>
- Armstrong, D. S. (2002). Emotional Distress and Prenatal Attachment in Pregnancy After Perinatal Loss - Armstrong - . *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 339–45.
- Austin, M. P., Leader, L. R., & Reilly, N. (2005). Prenatal stress, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and fetal and infant neurobehaviour. *Early Human Development*. <http://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2005.07.005>
- Ayers, S. (2007). Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth*, 34(3), 253–263. <http://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00178.x>
- Baber, K. (2015). Promoting Maternal-Newborn Bonding During the Postpartum Period. *ProQuest Dissertations and Theses*, 1–41. Retrieved from <http://digitalcommons.liberty.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1553&context=honors>
- Babu, G. R., Murthy, G. V. S., Singh, N., Nath, A., Rathnaiah, M., Saldanha, N., ... Kinra, S. (2018). Sociodemographic and Medical Risk Factors Associated With Antepartum Depression. *Frontiers in Public Health*, 6(May), 2–7. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00127>
- Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V., & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother - An

- analysis of women's experience of early motherhood. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-1-1997025719.x>
- Barrett, K. E., Barman, S. M., Boitano, S., & Brooks, L. H. (2002). *Buku ajar fisiologi kedokteran Ganong*. (W. Ananda, Ed.) (24th ed.). Jakarta: EGC.
- Bartell, S. S. (2005). On Becoming a Mother: The Psychological Journey. *International Journal of Childbirth Education*, 20(1), 28–30.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285. <http://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Belsky, J., Fish, M., & Isabella, R. (1991). Continuity and Discontinuity in Infant Negative and Positive Emotionality: Family Antecedents and Attachment Consequences. *Developmental Psychology*, 27(3), 421–431. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.27.3.421>
- Benet, E. . (2016). Psychometrics-Assessment Psychology Online. Retrieved from <http://www.assessmentpsychology.com/psychometrics.htm>.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics and Child Health*, 9(8), 541–545. <http://doi.org/10.1093/pch/9.8.541>
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 3–8. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.08.006>
- Bollen, A. (2015). Supporting women in the transition to motherhood : a research overview. *Journal on Preparing Parents for Birth and Early Parenthood*, (26), 16–20.
- Bornstein, M. H., Suwalsky, J. T. D., & Breakstone, D. A. (2012). Emotional Relationships between Mothers* and Infants: Knowns, Unknowns, and Unknown Unknowns. *Dev Psychopathol.*, 24(1), 113–123. <http://doi.org/10.1017/S0954579411000708>
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363, 303–310.
- Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: A validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 233–242. <http://doi.org/10.1007/s00737-006-0132-1>
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., ... Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. <http://doi.org/10.1007/s007370170010>
- Brugha, T. S., Wheatley, S., Taub, N. A., Culverwell, A., Friedman, T., Kirwan, P., ... Shapiro, D. A. (2000). Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychological Medicine*, 30(6), 1273–1281. <http://doi.org/10.1017/S0033291799002937>
- Carter, C. S. (2006). Biological perspectives on social attachment and bonding. *Attachment and Bonding: A New Synthesis*, (Bowlby 1969), 85–100.
- Chen, C. H. (1995). Etiology of postpartum depression--a review. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/15492618_Etiology_of_postpartum_depression--a_review
- Cheng, D., Schwarz, E., Douglas, E., & Horon, I. (2009). Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception.*, 79(3), 194–8. <http://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.09.009>
- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2010). *Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement*. (M.-H. A, Ed.) *The McGraw–Hill Companies, Inc. All rights reserved.* (7th Editio). The McGraw–Hill Companies, Inc. All rights

- reserved. Retrieved from <http://www.primisonline.com>
- Cox, J., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry*, 163(Juli), 27–31.
- Crouch, M. (2002). Bonding, postpartum dysphoria, and social ties _ SpringerLink. *Human Nature*, 13(3), 363–382. Retrieved from <https://link.springer.com/article>
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35–51.
- D'Avanzo, C. E., & Elaine, M. G. (2003). *Pocket guide to cultural health assessment*. ((3rd ed.)). London: St. Louis: Mosby.
- Dahlan, M. S. (2009). *Penelitian Diagnostik: Dasar-dasar Teoretis dan Aplikasi dengan Program SPSS dan Stata*. (Aulia Novianty, Ed.) Salemba Medika (Edisi 1). Indonesia: Salemba Medika.
- Damato, E. G. (2004). Predictors of prenatal attachment in mothers of twins. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33(4), 436–445. <http://doi.org/10.1177/0884217504266894>
- Dennis, C.-L., & Creedy, D. K. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub2>
- DeVries, A. C. (2002). Interaction among social environment, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and behavior. *Hormones and Behavior*, 41(4), 405–413. <http://doi.org/10.1006/hbeh.2002.1780>
- DiPietro, J. A., Christensen, A. L., & Costigan, K. A. (2010). The Pregnancy Experience Scale – Brief Version. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 262–267. <http://doi.org/10.1080/01674820802546220>.
- Doan, H. M., & Zimmerman, A. (2008). Prenatal Attachment: A Developmental Model. *Int.J.Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20(1), 20–28.
- Duthie, L., & Reynolds, R. M. (2013). Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis in pregnancy and postpartum: Influences on maternal and fetal outcomes. *Neuroendocrinology*, 98(2), 106–115. <http://doi.org/10.1159/000354702>
- Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Lundh, W., & Widström, A.-M. (2005). Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum--a study of new mothers and fathers. *Archives of Women's Mental Health*, 8(4), 221–31. <http://doi.org/10.1007/s00737-005-0097-5>
- Edhborg, M., Nasreen, H.-E., & Kabir, Z. N. (2011). Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2–3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. *Arch Womens Ment Health*, 14(4), 307–316. <http://doi.org/10.1007/s00737-011-0221-7>
- Emmanuel, E. N. (2005). Maternal role development: the influence of maternal distress following childbirth. <http://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.003>
- Emmanuel, E. N., Creedy, D. K., John, W. S., & Brown, C. (2011). Maternal role development: the impact of maternal distress and social support following childbirth. <http://doi.org/10.1016/J.MIDW.2009.07.003>
- Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., Tedesco, J. J. A., Kahalle, S., Zugaib, M., São, U. De, & Brazil, P. (2008). Maternity “blues”: prevalence and risk factors. *Span J Psychol*, 11(2), 593–599. <http://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1138741600004595P>
- Feinberg, M. E., & Kan, M. L. (2011). Establishing Family Foundations: Intervention Effects on Coparenting, Parent/Infant Well-Being, and Parent–Child Relations. *J Fam Psychol*, 22(2), 253–263. <http://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.253>
- Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a

- neuroendocrinological foundation of human affiliation. *Psychological Science*, 18(11), 965–970. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.02010.x>
- Ferber, S. G. (2004). The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: The contribution of parity. *Early Hum Dev*, 79(1), 65–75. <http://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.011>
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, 27(2), 200–203. <http://doi.org/10.1006/pmed.1998.0293>
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2009). Depressed mothers' infants are less responsive to faces and voices. *Infant Behavior and Development*, 32(3), 239–244. <http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.03.005>
- Figueiredo, B., & Costa, R. (2009). Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 12(3), 143–153. <http://doi.org/10.1007/s00737-009-0059-4>
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press, LLC. Retrieved from <https://books.google.co.id>
- Fowles, E. (1994). The relationship between prenatal maternal attachment, postpartum depressive symptoms and maternal role attainment. *Relationship Between Prenatal Maternal Attachment, Postpartum Depressive Symptoms & Maternal Role Attainment*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109871998&site=ehost-live>
- Fraga, J. (2014). *How to Emotionally Prepare for Motherhood _ Psychology Today*. San Francisco: Sussex Publishers, LLC. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-birth-motherhood/201408/how-emotionally-prepare-motherhood>
- Freeman, A. (2000). The Influences of Ultrasound Stimulated Paternal Fetal Bonding and Gender Identification. *Journal of Diagnostic Medical Sonography*, 16(6), 237–241. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/875647930001600604>
- Friedenberg, L. (2011). *Constructing a personality scale: a hands on project for teaching psychological testing presented at the biennial meeting of the international conference for teaching psychology*. British Columbia: Vancouver.
- Galbally, M., Lewis, A. J., Ijzendoorn, M. Van, & Permezel, M. (2011). The role of oxytocin in mother-infant relations: A systematic review of human studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(1), 1–14. <http://doi.org/10.3109/10673229.2011.549771>
- Gale, S., & Harlow, B. L. (2003). Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24(4), 257–266.
- Gartstein, M. A., & Iverson, S. (2014). Attachment security: The role of infant, maternal, and contextual factors. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 261–276.
- Gerassimowitsch, G., Sidorenko, W., Kuptschina, A., Teterkina, T., & Korotkow, S. (2006). Reduction of the Stress Hormone Cortisol after Gynecological Surgery. Retrieved from <http://www.scientificmusicmedicine.com>
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. (P. Gilbert, Ed.) (first). London and New York: Routledge. <http://doi.org/10.1192/bjp.188.1.94-a>
- Gonidakis, F. (2012). Postpartum Depression and Maternity Blues in Immigrants. In M. G. R. Castillo (Ed.), *Perinatal Depression* (pp. 118–133). China; Croatia: InTech. Retrieved

- from <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/26575.pdf>
- Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Schneiderman, I., Leckman, J. F., Weller, A., & Feldman, R. (2008). Oxytocin and cortisol in romantically unattached young adults: Associations with bonding and psychological distress. *Psychophysiology*, 45(3), 349–352. <http://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2008.00649.x>
- Grigoriadis, S., Robinson, G. E., Fung, K., Ross, L. E., Yin, C., Chee, I., ... Romans, S. (2009). Traditional postpartum practices and rituals: clinical implications. <http://doi.org/10.1177/070674370905401206>
- Hair, J. . (2005). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River. New Jersey: Prentice Hall International.
- Halligan, S. L., Murray, L., Martins, C., & Cooper, P. J. (2007). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring : A 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 97, 145–154. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.010>
- Health Ministry of The Republic Indonesia. (2016). *Indonesia health profile 2015*. Jakarta: Indonesian ministry of health. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-2015.pdf>
- Heh, S., Coombes, L., & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. <http://doi.org/DOI:https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.01.003>
- Hennessy, M. B. (1997). Hypothalamic-pituitary-adrenal responses to brief social separation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 21(1), 11–29. [http://doi.org/10.1016/S0149-7634\(96\)00013-9](http://doi.org/10.1016/S0149-7634(96)00013-9)
- Henry, S., Richard-Yris, M. A., Tordjman, S., & Hausberger, M. (2009). Neonatal handling affects durably bonding and social development. *PLoS ONE*, 4(4). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0005216>
- Henshaw, C. (2000). Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 13(6), 635–638. <http://doi.org/10.1097/00001504-200011000-00028>
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: A review. *Archives of Women's Mental Health*, 6(SUPPL. 2). <http://doi.org/10.1007/s00737-003-0004-x>
- Hertenstein, M. J. (2002). Touch : Its communicative functions in infancy.
- Hertenstein, M. J., & Campos, J. J. (2001). Emotion Regulation Via Maternal Touch. http://doi.org/10.1207/S15327078IN0204_09
- Hinkin, T. R., Tracey, J. B., &ENZ, C. A. (1997). Scale Construction : Developing Reliable and Valid Measurement Instruments. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 21(1), 100–120. <http://doi.org/10.1177/109634809702100108>
- Hollway, W. (2010). Conflict in the transitions to becoming a mother: A psycho-social approach. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 15(2), 136–155. <http://doi.org/10.1057/pcs.2009.34>
- Honig, A. S. (2007). Bonding with Your Baby. *Scholastic Parent & Child*, 15(1), 50. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=26967428&site=ehost-live>
- Honjo, S., Arai, S., Kaneko, H., Ujiie, T., Murase, S., Sechiyama, H., ... Inoko, K. (2003). Antenatal Depression and Maternal-Fetal Attachment. *Psychopathology*, 36(6), 304–311. <http://doi.org/10.1159/000075189>
- Husmillo, M. (2013). Maternal Role Attainment Theory. *International Journal of Childbirth*

- Education*, 28(2), 46–49.
- Iles, S., Gath, D., & Kennerley, H. (1989). Maternity Blues Women. *British Journal of Psychiatry*, 155, 363–366.
- Insel, T. R., & Young, L. (2000). Neuropeptides and the evolution of social behavior. *Current Opinion in Neurobiology*. [http://doi.org/10.1016/S0959-4388\(00\)00146-X](http://doi.org/10.1016/S0959-4388(00)00146-X)
- Ismail, R. I. (2003). Stress before and during pregnancy increased risk antepartum depression. *Med J Indones*, 12(2), 81–86. <http://doi.org/DOI:https://doi.org/10.13181/mji.v12i2.96>
- Ismail, R. I. (2006). Ante partum depression and husband ' s mental problem increased risk maternity blues. *Med J Indones*, 15(2), 74–80. <http://doi.org/DOI:https://doi.org/10.13181/mji.v15i2.218>
- Jeanne, S., Glenn, M., & Lawrence, R. (2018). What is Secure Attachment and Bonding? *Helpguide.Org*. Retrieved from <https://www.helpguide.org/articles/parenting-family/what-is-secure-attachment-and-bonding>.
- Kanai, Y., Segawa, H., Miyamoto, K. I., Uchino, H., Takeda, E., & Endou, H. (1998). Expression cloning and characterization of a transporter for large neutral amino acids activated by the heavy chain of 4F2 antigen (CD98). *Journal of Biological Chemistry*, 273(37), 23629–23632. <http://doi.org/10.1074/jbc.273.37.23629>
- Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2005). *Psychological Testing Principles, Applications and Issues*. (J. Lee, Ed.) Thomson Wadsworth (sixth). USA: Thomson Learning™. Retrieved from <http://www.thomsonrights.com>
- Kariman, N., Karimi, S., Shiadeh, M. N., Shams, J., & Nasiri, N. (2016). The relation between maternity blues and postpartum anxiety among Iranian pregnant women. *Biosciences Biotechnology Research Asia*, 13(1), 429–434. <http://doi.org/10.13005/bbra/2050>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). profil kesehatan Indonesia 2012. *Pusat Data Dan Informasi*, 1–285.
- Kennerley, H., & Gath, D. (1989). Maternity blues. 1. Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 155, 356–362. <http://doi.org/10.1192/bjp.155.3.356>
- Kinsey, C. B., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: A principle-based concept analysis. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019>
- Kitamura, T., Ohashi, Y., Kita, S., Haruna, M., & Kubo, R. (2013). Depressive mood , bonding failure , and abusive parenting among mothers with three-month-old babies in a Japanese. *Open Journal of Psychiatry*, 2013(July), 1–7. <http://doi.org/10.4236/ojpsych.2013.33A001>
- Kitamura, T., Takegata, M., Haruna, M., Yoshida, K., Yamashita, H., Murakami, M., & Goto, Y. (2015). The Mother-Infant Bonding Scale: Factor Structure and Psychosocial Correlates of Parental Bonding Disorders in Japan. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 393–401. <http://doi.org/10.1007/s10826-013-9849-4>
- KymSpring, T., & Fox, J. E. (2010). Post-partum depression: a comprehensive approach to evaluation and treatment. *Mental Health in Family Medicine*, 7(4), 249–57. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3083254&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Lacey, C. (1997). A First Guide to Attachment Disorder. London: OAASIS. Retrieved from <http://www.learning-works.org.uk/oaasis-attachment-disorder-guide-pdf>
- Lawson, K. L., & Turriff-Jonasson, S. I. (2006). Maternal serum screening and psychosocial attachment to pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 371–378. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.010>

- Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 253–266. <http://doi.org/10.1080/0264683021000033174>
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8, 24.
- Lewis, M. (1999). *Maternal-fetal Bonding Among Pregnant Women Attending Prenatal Care : An Ecological Model*. Columbia University, New York.
- Lubit, R. H. (2015). Attachment Disorders: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/915447-overview>
- Lumley, J. (1990). Through a Glass Darkly: Ultrasound and Prenatal Bonding. *Birth*, 17(4), 214–217. <http://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1990.tb00025.x>
- Luskin, S. I., Pundiak, T. M., & Habib, S. M. (2007). Perinatal depression: Hiding in plain sight. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(8), 479–488. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L47403180%5Cnhttp://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=498%5Cnhttp://elvis.ubvu.vu.nl:9003/vulink?sid=EMBASE&isn=07067437&id=doi:&atitle=Perinatal+depression%3A+Hiding+in+plain+>
- M'Bailara, K., Henry, C., Lestage, J., Launay, J. M., Parrot, F., Swendsen, J., ... Demotes-Mainard, J. (2006). Decreased brain tryptophan availability as a partial determinant of post-partum blues. *Psychoneuroendocrinology*, 31(3), 407–413. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.10.001>
- Manning, B. (2011). Transition to Parenthood (pp. 496–530). Retrieved from http://www.coursewareobjects.com/objects/evolve/E2/book_pages/lowdermilk/pdfs/496-530_CH17_Lowdermilk.qxd.pdf
- Mantis, I., Mercuri, M., Stack, D. M., & Field, T. M. (2018). Depressed and non-depressed mothers' touching during social interactions with their infants. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 34(December 2017), 1–9. <http://doi.org/10.1016/j.dcn.2018.01.005>
- Mantis, I., Stack, D. M., Ng, L., Serbin, L. A., & Schwartzman, A. E. (2014). Mutual touch during mother-infant face-to-face still-face interactions: Influences of interaction period and infant birth status. *Infant Behavior and Development*, 37(3), 258–267. <http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.04.005>
- Manurung, S. (2008). *efektifitas terapi musik terhadap pencegahan postpartum blues di RSUP Ciptomangunkusumo*. Indonesia.
- Manurung, S. (2016a). *Pengalaman ibu postpartum yang berhubungan dengan pencapaian peran jadi ibu, ritual budaya dan sosial*. Indonesia.
- Manurung, S. (2016b). *Pengalaman Menjadi seorang ibu*.
- Marx, V., & Nagy, E. (2015). Fetal behavioural responses to maternal voice and touch. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0129118>
- Matthey, S., & Speyer, J. (2008). Changes in unsettled infant sleep and maternal mood following admission to a parentcraft residential unit. *Early Human Development*, 84(9), 623–629. <http://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2008.04.003>
- Mauthner, N. S. (1999). “Feeling low and feeling really bad about feeling low”: Women's experiences of motherhood and postpartum depression. *Canadian Psychology*, 40(2), 143–161. <http://doi.org/10.1037/h0086833>
- Mc Grandles, A., & Duffy, T. (2012). Perinatal anxiety. In C. R. Martin (Ed.), *Perinatal Mental Health : A Clinical Guide* (First, pp. 25–41). British: M&K Publishing.
- McDade, M. E. (2008). *Psychological preparation for motherhood and its association with*

UNIVERSITAS INDONESIA

- postpartum outcomes. ProQuest Dissertations and Theses. University of Oregon.*
- McFarland, J., Salisbury, A. L., Battle, C. L., Hawes, K., Halloran, K., & Lester, B. M. (2011). Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archives of Women's Mental Health*, 14(5), 425–434. <http://doi.org/10.1007/s00737-011-0237-z>
- McPail, M., Martin, R. C., & Readshow, M. (2012). Maternal Fetal Attachment. In R. . Martin (Ed.), *Perinatal mental health: A clinical guide* (First, p. 545). Cumbria,: GBR: M&K Update M&K Update Ltd. All rights reserved. Retrieved from <http://site.ebrary.com/lib/australiancathu/docDetail.action?docID=10532088>
- Meighan, M. (2014). Maternal role attainment- becoming a mother. In *Nursing Theorists and their work*. United States of America: Mosby.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mercer, R. . (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *J Nurs Scholarsh*, 36(3), 226–232. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1034/j.1600-0447.2000.101003209.x>
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 649–651. <http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nurs Res*, 43(1), 38–43. <http://doi.org/10.1097/00006199-199401000-00009>
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied Multivariate Research. Design and Interpretation*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Mileva-Seitz, V., Steiner, M., Atkinson, L., Meaney, M. J., Levitan, R., Kennedy, J. L., ... Fleming, A. S. (2013). Interaction between Oxytocin Genotypes and Early Experience Predicts Quality of Mothering and Postpartum Mood. *PLoS ONE*, 8(4). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0061443>
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 273–278. <http://doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2014). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>
- Morikawa, M., Okada, T., Ando, M., Aleksic, B., Kunimoto, S., Nakamura, Y., ... Ozaki, N. (2015). Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: A prospective cohort study. <http://doi.org/10.1038/srep10520>
- Mosack, V., & Shore, E. R. (2006). Screening for depression among pregnant and postpartum women. *Journal of Community Health Nursing*, 23(1), 37–47. http://doi.org/10.1207/s15327655jchn2301_4
- Muller, M. E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199–215. <http://doi.org/10.1177/019394599301500205>
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother–infant interactions, and infant outcome. In L. Murray & P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 111–135). New York,: US: Guilford Press.
- Nagasawa, M., Okabe, S., Mogi, K., & Kikusui, T. (2012). Oxytocin and mutual

- communication in mother-infant bonding. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6. <http://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00031>
- Nagata, M., Nagai, S., Sobajima, H., Ando, T., Nishide, Y., & Honjo, S. (2000). Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101003209.x>
- Nakamura, Y., Takeishi, Y., Ito, N., Ito, M., & Atogami, F. (2015). Comfort with Motherhood in Late Pregnancy Facilitates Maternal Role Attainment in Early Postpartum, (Rubin 1984), 53–59. <http://doi.org/10.1620/tjem.235.53>.Correspondence
- Nelson, L. J., & Fazio, A. F. (1995). Emotional content of talk to the fetus and healthy coping behaviors during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*. [http://doi.org/10.1002/1097-0355\(199523\)16:3<179::AID-IMHJ2280160304>3.0.CO;2-Y](http://doi.org/10.1002/1097-0355(199523)16:3<179::AID-IMHJ2280160304>3.0.CO;2-Y)
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., & Øian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*, 33(3), 221–228. <http://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x>
- Nicolson, P. (2010). What is ‘psychological’ about ‘normal’ pregnancy? *Journal of Health Psychology*, 23(3), 190–193. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-8-30>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed). New York, NY: McGraw-Hill.
- O’hara, M. ., & Swain, M. . (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 1(8), 37–54.
- O’Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective Study of Postpartum Blues: Biologic and Psychosocial Factors. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 801–806. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330025004>
- O’Keane, V., Lightman, S., Patrick, K., Marsh, M., Papadopoulos, A. S., Pawlby, S., ... Moore, R. (2011). Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum “blues.” *Journal of Neuroendocrinology*, 23(11), 1149–1155. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2011.02139.x>
- Ohara, M., Okada, T., Aleksic, B., Morikawa, M., Kubota, C., Nakamura, Y., ... Ozaki, N. (2017). Social support helps protect against perinatal bonding failure and depression among mothers: A prospective cohort study. <http://doi.org/10.1038/s41598-017-08768-3>
- Ohara, M., Okada, T., Kubota, C., Nakamura, Y., Shiino, T., Aleksic, B., ... Ozaki, N. (2017). Relationship between maternal depression and bonding failure: A prospective cohort study of pregnant women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(10), 733–741. <http://doi.org/10.1111/pcn.12541>
- Ohashi, Y., Kitamura, T., Kita, S., Haruna, M., Sakanashi, K., & Tanaka, T. (2014). Mothers’ bonding attitudes towards infants : Impact of demographics , psychological attributes , and satisfaction with usual clinicalcare during pregnancy. *International Journal of Nursing and Health Science*, 1(3), 16–21. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/317236728%0AMothers’](https://www.researchgate.net/publication/317236728%0AMothers%27)
- Osterlind, S. J. (1998). *Constructing Test Items :Multiple-Choice, Constructed-Response, Performance, and Other Formats*. (U. S. A. George F. Madaus, Boston College, Chestnut Hill, Massachusetts & W. M. Daniel L. Stufflebeam, Eds.)*kluwer Academic Publishers* (Second Edi). New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic Publishers. Retrieved from <http://ebooks.kluweronline.com>
- Parfitt, Y., & Ayers, S. (2009). The effect of postnatal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple’s relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 127–142. <http://doi.org/10.1080/02646830802350831>
- Pedersen, C. A. (1997). Oxytocin control of maternal behavior regulation by sex steroids and

UNIVERSITAS INDONESIA

- off spring stimulia. *Ann N Y Acad Sci.*, 807(1), 126–145. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb51916.x>
- Perrelli, J. G. A., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2014). Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(3), 257–265. <http://doi.org/10.1590/0103-0582201432318>
- Peter, S. (2010). Serotonin Deficient Depression SDD. UK London: Balancing Brain Chemistry. Retrieved from <http://www.balancingbrainchemistry.co.uk/peter-smith/33/Depression-Treatment-Naturally-without-Drugs-/Serotonin-Dependent-Depression.html>
- Pillitteri, A. (2009). *Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family*. (seventh). London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). Developing and testing self-report scales. In *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th Editio, pp. 1–747). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Retrieved from https://books.google.co.id/books/about/Nursing_Research.html?id=Ej3wstotgkQC&redir_esc=y
- Pollock, P. H., & Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23(12), 1345–1357. [http://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00101-5](http://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00101-5)
- Potgieter, K. (2017). *the Influence of Skin-To-Skin Contact on Bonding and Touch*. University of the Witwatersrand. Retrieved from http://wiredspace.wits.ac.za/jspui/bitstream/10539/23201/1/K_Potgieter
- Pratiknya, A. W. (1993). *Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran dan kesehatan* (pertama). Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Pretorius, D. H., Gattu, S., Ji, E.-K., Hollenbach, K., Newton, R., Hull, A., ... Nelson, T. R. (2006). Preexamination and Postexamination Assessment of Parental-Fetal Bonding in Patients Undergoing 3-/4-Dimensional Obstetric Ultrasonography. *Journal Ultrasound in Medicine*, 25(11), 1411–1421. <http://doi.org/https://doi.org/10.7863/jum.2006.25.11.1411>
- Riduwan. (2002). *Skala Pengukuran Variabel-variabel Penelitian*. Bandung: Alfabet.
- Rincy, K., & Nalini, S. J. (2014). Effect of Fetal Movement Counting on Prenatal Attachment and Maternal Worries among Primigravidae. *Asian J. Nursing Edu. and Research*, 4(June), 224–227.
- Riordan, J. (2005). Breastfeeding and Human Lactation Third Edition. Retrieved September 11, 2018, from <https://the-eye.eu/public/Books/Medical/texts>
- Robertson, E., Celasun, N., Donna, E., & Stewart, E. D. (2008). Risk factors for postpartum depression. In D. O. M. H. A. S. Abuse. (Ed.), *Maternal mental health & child health and development Literature review of risk factors and interventions on Postpartum Depression* (pp. 11–47). Toronto: WHO Library.
- Rothbaum, Fred; Rosen, Karen ; Ujiie, Tatsuo ; Uchida, N. (2002). Family systems theory, attachment theory, and culture -. *Family Process*, 41(3), 328–350.
- Sapnas, K. G., & Zeller, R. A. (2002). Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. *Journal of Nursing Measurement*, 12(2), 97–109.
- Scott, S., & Kyle, T. R. (2009). *Maternity and Pediatric Nursing*. (T. Gibbson, Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health dan Lippincott Williams & Wilkins.
- Setyowaty, & Riska, U. (2006). Study of postpartum blues incidence factors in postpartum mothers: descriptive study in the delivery room I RSU Dr. Soetomo Surabaya. Retrieved

- January 2, 2018, from <http://repository.unair.ac.id/18857/>
- Shiow-Meei Tsai. (2005). *Assessing the relationship between transition to motherhood, early mother-infant interaction, stress and social support among Taiwanese first-time mothers. ProQuest Dissertations and Theses*. UNIVERSITY OF HAWAII.
- Silva, C. S., Lima, M. C., Sequeira-de-Andrade, L. A. S., Oliveira, J. S., Monteiro, J. S., Lima, N. M. S., ... Lira, P. I. C. (2017). Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Jornal de Pediatria (Versão Em Português)*, 93(4), 356–364. <http://doi.org/10.1016/j.jpedp.2017.01.003>
- Skalkidou, A., Hellgren, C., Comasco, E., Sylvén, S., & Poromaa, I. S. (2012). Biological aspects of postpartum depression. *Womens Health*, 8(6), 659–672. <http://doi.org/10.2217/WHE.12.55>
- Slade, P., & Cree, M. (2010). A psychological plan for perinatal care. *Psychologist*, 23(3), 194–197.
- Smith, M., Shubin, J., & Segal, J. (2018). Depression Symptoms and Warning Signs. USA: HelpGuide.org REPRINT. Retrieved from <https://www.helpguide.org/articles/depression>
- Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P. J. (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158(JAN.), 46–52. <http://doi.org/10.1192/bjp.158.1.46>
- Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S. L., & Tamara, W. (2003). Post Depression: Literatur review of risk factors and interventions. *University Health Network Women's Health Program*, 993–1004.
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2016). Postpartum Depression. *The New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177–2186. <http://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. Nursing Research* (Fifth edit, Vol. 45). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Retrieved from <https://oysconmelibrary01.files.wordpress.com/2016/09/qualitative-research-in-nursing-advancing-the-humanistic-imp.pdf>
- Suhr, D. (2006). Exploratory or confirmatory factor analysis? *Statistics and Data Analysis*, 1–17. <http://doi.org/10.1002/da.20406>
- Suparno. (2011). Pengaruh Stresor Psikologik Terhadap Distribusi Transporter Serotonin (Sert) Dan Indeks Apoptosis Hipokampus Yang Dimediasi Oleh Kortisol Dan Il – 6. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, XXVII(3), 1–9. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Sutjahjo, S. A., Manderson, L., & Astbury, J. (2007). Complex emotions, complex problems: Understanding the experiences of perinatal depression among new mothers in urban Indonesia. <http://doi.org/10.1007/s11013-006-9040-0>
- Sylvén, S. M., Papadopoulos, F. C., Mpazakidis, V., Ekselius, L., Sundström-Poromaa, I., & Skalkidou, A. (2011). Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women _ SpringerLink. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 195–201. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-011-0211-9>
- Takahashi, Y., & Tamakoshi, K. (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya Journal of Medical Science*, 76(1–2), 129–138. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-012-0279-x>
- Takegata, M., Ohashi, Y., Lazarus, A., & Kitamura, T. (2017). Cross-National Differences in Psychosocial Factors of Perinatal Depression: A Systematic Review of India and Japan. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 5(4), 91. <http://doi.org/10.3390/healthcare5040091>

UNIVERSITAS INDONESIA

- Tanjung, A. . (2014). Meningkatkan Hormon Cinta Secara Alami Kompascom. Indonesia: Kompas.com. Retrieved from <https://entertainment.kompas.com>
- Taylor, B., & Wright, H. (2015). What is the difference between attachment and bonding?. Retrieved from <http://www.babycentre.co.uk/>
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis : Understanding concepts and applications*. Washington, DC: American. Psychological Association.
- Tudiver, F., & Tudiver, J. (1992). Recent evidence suggests that pregnancy is a normal developmental period requiring psychological adaptation by the new parents . This period involves upheavals in emotions , relationships , values and roles Studies have shown that unsuccessful resolution. *Can Fain Physician.*, 28(September), 1564–1568.
- Utari, A. P., Roosita, K., & Damanik, M. R. M. (2013). Nutritional Knowledge, Health Complaints, Psychological Conditions, and Patterns of Postpartum Maternal Breastfeeding. <http://doi.org/10.25182/jgp.2013.8.3.187-194>
- van Bakel, H. J. A., Maas, A. J. B. M., Vreeswijk, C. M. J. M., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2013). Pictorial representation of attachment: Measuring the parent-fetus relationship in expectant mothers and fathers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-13-138>
- Venkatesh, G., Manjunath, N., & Rajanna. (2011). Postpartum blue is common in socially and economically insecure mothers. <http://doi.org/10.4103/0970-0218.86527>
- Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H., & Tanaka, K. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(3), 206–212. <http://doi.org/10.1080/01674820801990577>
- Watson, D. (2000). *Mood and Temperament*. USA, London: Guilford Press. Retrieved from <https://books.google.co.id/books>
- WHO. (2009). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Avenue Appia, Geneva, Switzerland: WHO Library. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf
- WHO. (2018). Maternal mental health. Retrieved January 11, 2018, from http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, & United Nations. (2014). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013, 1–68. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>
- Winkler, J. (2000). [Development of the maternal bond during pregnancy]. *Utvareni Materskeho Pouta v Tehotenstvi.*, 139(1), 5–8. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=10750284>
- Wittkowski, A., Wieck, A., & Mann, S. (2007). An evaluation of two bonding questionnaires: A comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 10(4), 171–175. <http://doi.org/10.1007/s00737-007-0191-y>
- Yamashita, H., Yoshida, K., Nakano, H., & Tashiro, N. (2000). Postnatal depression in Japanese women - Journal of Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 58(2), 145–154. [http://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00108-1](http://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00108-1)
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). International Journal of Nursing Studies A meta-analytic study of predictors of maternal-

- fetal attachment. *Research in Nursing & Health*, 46, 708–715. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013>
- Yoshe, L. (2012). Peranan Penting Serotonin dan Kaitannya dengan Stress. *Laboratorium Psikiatri Fakultas Psikologi*. Retrieved from <http://informasitips.com/peranan-penting-serotonin-dan-kaitannya-dengan-stress>.
- Young, R. (2013). The Importance of Bonding. *Internation Journal of Childbirth Education*, 28(3), 11–16.
- Zager, R. P. (2009). Psychological Aspects of High-Risk Pregnancy. *The Global Library of Women's Medicine*. <http://doi.org/10.3843/GLOWM.10155>
- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood - Clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), 207–222. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12347>
- Ziegler, T., Scheffler, G., & Snowdon, C. (1995). The relationship of cortisol levels to social environment and reproductive functioning in female cotton-top tamarins, *Saguinus oedipus*. *Horm Behav*, 29(3), 407–24. <http://doi.org/10.1006/hbeh.1995.1028>