

GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA IBU POSTPARTUM; *POSTPARTUM BLUES*

Machmudah

Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Semarang
email : machmudah@unimus.ac.id

ABSTRAK

Kelahiran seorang anak akan menyebabkan timbulnya suatu tantangan mendasar terhadap struktur interaksi keluarga. Bagi seorang ibu, melahirkan bayi adalah suatu peristiwa yang sangat membahagiakan sekaligus juga suatu peristiwa yang berat, penuh tantangan dan kecemasan. Hampir 70% ibu mengalami kesedihan atau *syndrome baby blues/postpartum blues*, sebagian besar ibu dapat segera pulih dan mencapai kestabilan, namun 13% diantaranya akan mengalami depresi postpartum. Ibu primipara merupakan kelompok yang paling rentan mengalami depresi postpartum dibanding ibu multipara atau grandemultipara. *Postpartum blues* dapat dipicu oleh perasaan belum siap menghadapi lahirnya bayi dan atau timbulnya kesadaran akan meningkatnya tanggungjawab sebagai ibu. Peran perawat maternitas diperlukan untuk membantu ibu menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik, perubahan psikologis dan perubahan peran pada ibu postpartum, baik peran sebagai pendidik, pemberi asuhan, maupun sebagai konselor.

Kata kunci: postpartum, *postpartum blues*
Daftar Pustaka : 33 (1987-2008)

PENDAHULUAN

Kelahiran seorang anak akan menyebabkan timbulnya suatu tantangan mendasar terhadap struktur interaksi keluarga. Bagi seorang ibu, melahirkan bayi adalah suatu peristiwa yang sangat membahagiakan sekaligus juga suatu peristiwa yang berat, penuh tantangan dan kecemasan. Sehingga dapat dipahami bahwa mengapa hampir 70 persen ibu mengalami kesedihan atau *syndrome baby blues* setelah melahirkan (Shinaga, 2006). Sebagian besar ibu dapat segera pulih dan mencapai kestabilan, namun 13% diantaranya akan mengalami depresi postpartum (Shinaga, 2006).

Postpartum blues ditandai dengan gejala-gejala seperti : reaksi depresi/sedih/*disforia*, mudah menangis (*tearfulness*), mudah tersinggung (*irritable*), cemas, nyeri kepala (*headache*), labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, merasa tidak mampu, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan (*appetite*). Gejala-gejala ini mulai muncul setelah persalinan dan pada umumnya akan menghilang dalam waktu antara beberapa

jam sampai sepuluh hari atau lebih. Namun pada beberapa minggu atau bulan kemudian dapat berkembang menjadi keadaan yang lebih berat (Freudenthal, 1999; Olds, 1999; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

Ibu yang mengalami depresi postpartum, minat dan ketertarikan terhadap bayi berkurang. Ibu juga tidak mampu merawat bayinya secara optimal dan tidak bersemangat menyusui, sehingga kebersihan, kesehatan serta tumbuh kembang bayi juga tidak optimal. Menurut Elvira, 2006 bayi yang tidak mendapat ASI dan ditolak oleh orangtuanya serta adanya masalah dalam proses *bonding attachment* biasanya dialami pada bayi dengan ibu depresi (Elvira, 2006).

Artikel ini akan menjelaskan tentang postpartum blues berdasarkan kajian secara teori.

KONSEP POSTPARTUM

Postpartum adalah periode setelah bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal dengan waktu enam minggu (Lowdermik, Perry, Bobak, 2005). Sedangkan Cunningham (2006)

menyebutkan bahwa pengertian postpartum adalah periode setelah kelahiran, mencakup enam minggu berikutnya saat terjadi involusi uterus. Dari kedua pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa postpartum adalah waktu setelah melahirkan sampai enam minggu sehingga fungsi organ reproduksi kembali normal.

1. Klasifikasi postpartum

Periode postpartum (*puerperium*) dibagi menjadi tiga periode yaitu pertama *puerperium dini* yaitu periode dimana ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Kedua *puerperium intermedial* yaitu waktu yang dibutuhkan untuk kepulihan seluruh alat genitalia dengan waktu 6-8 minggu. Ketiga *remote puerperium* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna (Mochtar, 2002; Manuaba, 2007).

2. Adaptasi fisiologis postpartum

Adaptasi fisiologis yang terjadi pada ibu postpartum meliputi perubahan tanda-tanda vital, hematologi, sistem kardiovaskuler, perkemihan, pencernaan, sistem musculoskeletal, sistem endokrin dan organ reproduksi. Perubahan yang terjadi pada tanda-tanda vital adalah denyut nadi biasanya mengalami penurunan menjadi 50-70 kali/menit (Lowdermik, Perry, Bobak, 2005). Pengeluaran cairan yang banyak pada saat persalinan dan adanya fase diuresis postpartum menyebabkan suhu badan ibu mengalami peningkatan sekitar 0,5⁰ C. Jika peningkatan suhu badan melebihi 38⁰ C menunjukkan adanya infeksi pada ibu postpartum. Sedangkan tekanan sistolik darah ibu akan mengalami penurunan 15-20 mmHg saat ibu melakukan perubahan posisi dari posisi tidur ke posisi duduk atau sering disebut hipotensi orthostatik (Pillitteri, 2003; Lowdermik, Perry, Bobak, 2005).

Perubahan fisiologis yang terjadi pada sistem hematologi yaitu peningkatan jumlah sel darah putih sampai 15.000 selama proses persalinan, sedangkan kenaikan sel darah putih pada ibu yang mengalami persalinan lama dapat

mencapai 25.000-30.000. Perubahan yang terjadi selanjutnya adalah perubahan pada system kardiovaskuler yaitu adanya penurunan kerja jantung dan volume plasma secara berangsur-angsur akan kembali normal dalam dua minggu masa postpartum. Penurunan volume plasma dan cairan ekstra sel akan mempengaruhi penurunan berat badan ibu (Lowdermik, Perry, Bobak, 2005).

Perubahan fisiologis pada ibu postpartum yang terjadi pada sistem perkemihan disebabkan karena otot-otot yang bekerja pada kandung kemih dan uretra tertekan oleh bagian terdapan janin pada saat persalinan. Disamping itu ibu juga akan mengalami diuresis pada 24 jam pertama, hal ini disebabkan karena pengaruh peningkatan hormone estrogen pada saat hamil yang bersifat retensi dan akan dikeluarkan kembali bersama urine pada periode postpartum (Pillitteri, 2003; Lowdermik, Perry, Bobak, 2005).

Perubahan fisiologis pada sistem pencernaan yaitu gangguan saat defekasi karena penurunan hormon progesteron dan rasa sakit pada daerah perineum sehingga ibu takut untuk buang air besar. Keinginan buang air besar akan tertunda sampai 2-3 hari postpartum (Pillitteri, 2003; Lowdermik, Perry, Bobak, 2005).

Perubahan fisiologis yang terjadi pada system reproduksi antara lain perubahan pada servik dan uterus. Perubahan yang terjadi pada servik adalah setelah plasenta lahir servik bentuknya menganga seperti corong, lunak, setelah dua jam postpartum servik dapat dilalui 2-3 jari dan setelah tujuh jam hanya dapat dilewati oleh satu jari. Dengan demikian apabila persalinan mengalami permasalahan *retensio plasenta* dan diketahui sejak awal, maka dapat dilakukan pembersihan rahim secara *manual plasenta*. Sedangkan perubahan yang terjadi pada uterus adalah adanya proses involusi uterus yaitu kembalinya uterus ke keadaan semula seperti sebelum hamil yang dimulai setelah

plasenta lahir (Pillitteri, 2003; Lowdermik, Perry, Bobak, 2005).

Perubahan fisiologis pada sistem endokrin adalah terjadinya penurunan kadar hormon progesteron dan estrogen dalam jumlah besar dan mendadak yang menggantikan pengaruh inhibisi progesterone terhadap produksi α -laktalbumin oleh reticulum endoplasma kasar. Peningkatan α -laktalbumin berfungsi untuk merangsang sintesa laktosa dan pada akhirnya meningkatkan jumlah laktosa ASI. Penurunan progesteron juga menyebabkan prolaktin bekerja tanpa hambatan dalam merangsang produksi α -laktalbumin (Cunningham, 2004).

3. Adaptasi psikologis postpartum

Ada tiga fase penyesuaian ibu terhadap perannya sebagai orangtua, yaitu fase dependen, fase dependen-interdependen dan fase interdependen (Bobak, 2005).

Fase dependen dimulai selama satu hari sampai dua hari pertama setelah melahirkan, ketergantungan ibu terhadap orang lain sangat menonjol. Ibu mengharap segala kebutuhannya dapat dipenuhi oranglain, ibu memindahkan energy psikologisnya kepada anaknya. Rubin menyebut fase ini sebagai fase *taking in* (Bobak, 2005). Periode ini adalah suatu waktu yang penuh kegembiraan dan kebanyakan orangtua sangat suka mengkomunikasikannya (*periode pink*). Mereka merasa perlu menyampaikan pengalaman mereka tentang kehamilan dan kelahiran dengan kata-kata. Kecemasan dan keasyikan terhadap peran barunya sering mempersempit lapang persepsi ibu. Oleh karena itu, informasi yang diberikan pada waktu ini mungkin perlu diulang.

KONSEP POSTPARTUM BLUES

1. Pengertian

Postpartum blues, *maternity blues* atau *baby blues* merupakan gangguan mood/afek ringan sementara yang terjadi pada hari pertama sampai hari ke 10 setelah persalinan ditandai dengan tangisan singkat, perasaan kesepian atau ditolak, cemas, bingung, gelisah, letih,

Pada fase ini ibu memerlukan dukungan sosial dari suami, keluarga, teman maupun tenaga kesehatan. Jika pada fase ini ibu tidak mendapatkan dukungan, maka *periode pink* ini akan menjadi *periode blues* pada fase berikutnya (fase *taking hold*) (Bobak, 2005).

Fase dependen-mandiri, ibu membutuhkan perawatan dan penerimaan dari oranglain dan keinginan untuk bisa melakukan segala sesuatu secara mandiri. Ibu berespon dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi. Rubin menjelaskan keadaan ini sebagai fase *taking hold* yang berlangsung kira-kira 10 hari (Bobak, 2005).

Dalam enam sampai delapan minggu setelah melahirkan, kemampuan ibu untuk menguasai tugas-tugas sebagai orangtua merupakan hal yang penting. Beberapa ibu sulit menyesuaikan diri terhadap isolasi yang dialaminya karena ia harus merawat bayi. Ibu yang memerlukan dukungan tambahan adalah ibu primipara yang belum mempunyai pengalaman mengasuh bayi, ibu yang bekerja, ibu yang tidak mempunyai cukup teman atau keluarga untuk berbagi, ibu yang berusia remaja dan ibu yang tidak mempunyai suami.

Fase interdependen yaitu ketika ibu dan keluarga bergerak maju sebagai system dengan para anggota saling berinteraksi. Fase ini merupakan fase yang penuh stress bagi orangtua. Kesenangan dan kebutuhan sering terbagi dalam masa ini. Ibu dan pasangan harus menyesuaikan perannya masing-masing dalam mengasuh anak, mengatur rumah dan membina karier (Bobak, 2005).

pelupa dan tidak dapat tidur (Pillitteri, 2003). Bobak, 2005 menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan *postpartum blues* adalah perubahan *mood* pada ibu postpartum yang terjadi setiap waktu setelah ibu melahirkan tetapi seringkali terjadi pada hari ketiga atau keempat postpartum dan memuncak antara hari kelima dan ke-14 postpartum yang ditandai dengan tangisan singkat,

perasaan kesepian atau ditolak, cemas, bingung, gelisah, letih, pelupa dan tidak dapat tidur.

2. Tanda dan gejala

Ibu postpartum yang mengalami *postpartum blues* mempunyai gejala antara lain mudah menangis (*tearfulness*), murung, sedih, cemas, perubahan mood, *resleptness*, mudah marah, kurang konsentrasi, pelupa (Wong, 2002; Pillitteri, 2003). Henshaw, 2003 menjelaskan tanda dan gejala postpartum blues antara lain *tearfulness*, labilitas emosi, perubahan mood, bingung, cemas dan gangguan kognitif (kurang perhatian, tidak bisa konsentrasi/*distractibility* dan pelupa).

3. Jenis gangguan psikologis ibu postpartum

Menurut *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder (American Psychiatric Association, 2000)* tentang petunjuk resmi untuk pengkajian dan diagnosis penyakit psikiatri, bahwa gangguan yang dikenali selama periode postpartum adalah :

a. *Postpartum blues*

Terjadi pada hari pertama sampai sepuluh hari setelah melahirkan dan hanya bersifat sementara dengan gejala gangguan mood, rasa marah, mudah menangis (*tearfulness*), sedih (*sadness*) nafsu makan menurun (*appetite*), sulit tidur (Pillitteri, 2003; Lynn & Piere, 2007). Keadaan ini akan terjadi beberapa hari saja setelah melahirkan dan biasanya akan berangsur-angsur menghilang dalam beberapa hari dan masih dianggap sebagai suatu kondisi yang normal terkait dengan adaptasi psikologis postpartum. Apabila memiliki faktor predisposisi dan pemicu lainnya maka dapat berlanjut menjadi depresi postpartum (Wong, 2002).

b. Depresi postpartum

Gejala yang ditimbulkan antara lain kehilangan harapan (*hopelessness*), kesedihan, mudah menangis, tersinggung, mudah marah, menyalahkan diri sendiri, kehilangan

energi, nafsu makan menurun (*appetite*), berat badan menurun, insomnia, selalu dalam keadaan cemas, sulit berkonsentrasi, sakit kepala yang hebat, kehilangan minat untuk melakukan hubungan seksual dan ada ide bunuh diri (Beck, 2001 ; Lynn & Piere, 2007).

Beck mengidentifikasi 13 faktor pencetus terjadinya postpartum depresi, antara lain: 1) Depresi selama kehamilan. 2) stress selama perawatan anak. 3) *Life stress*, misalnya perceraian, perubahan status pekerjaan, krisis keuangan atau adanya perubahan pada status kesehatan. 4) Dukungan sosial dan emosional. 5) Kecemasan selama kehamilan. 6) Kepuasan hubungan dengan pasangan atau terhadap perkawinan, misal terkait dengan status keuangan, perawatan anak, jalinan komunikasi dan kasih sayang dengan pasangan. 7) Riwayat adanya depresi sebelum kehamilan. 8) Temperamen bayi, bayi yang rewel dan tidak responsive akan membuat ibu merasa tidak berdaya. 9) Ada riwayat *postpartum blues*. 10) Harga diri, ibu yang mempunyai harga diri rendah menunjukkan ibu tersebut mempunyai mekanisme koping yang negatif, merasa dirinya jelek/negatif dan merasa dirinya tidak mampu. 11) Status sosial ekonomi. 12) Status perkawinan. 13) Kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan (Beck, 2001).

c. Postpartum psikosis

Mengalami depresi berat seperti gangguan yang dialami penderita postpartum depresi ditambah adanya gejala proses pikir (*delusion, hallucinations and incoherence of association*) yang dapat mengancam dan membahayakan keselamatan jiwa ibu dan bayinya sehingga sangat memerlukan pertolongan dari tenaga profesional, yaitu psikiater dan pemberian obat (Olds, 2000; Pillitteri, 2003; Lynn & Piere, 2007).

4. Penyebab dan faktor resiko
Penyebab dari *postpartum blues* belum diketahui secara pasti, tapi diduga disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain perubahan biologis, stress dan penyebab sosial atau lingkungan. Perubahan kadar hormon estrogen, progesterone, kortikotropin dan endorphin serta prolaktin diduga menjadi faktor pendukung terjadinya *postpartum blues*. Faktor sosial dan lingkungan yang dapat menjadi faktor pendukung terjadinya *postpartum blues* antara lain tekanan dalam hubungan pernikahan dan hubungan keluarga, riwayat *sindrom pramenstruasi*, rasa cemas dan takut terhadap persalinan, dan penyesuaian yang buruk terhadap peran maternal (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000; Henshaw, 2003; Pillitteri, 2003).
5. Pengukuran *postpartum blues* dengan *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS)
EPDS merupakan alat ukur yang sudah diteliti dan dikembangkan untuk mendeteksi intensitas perubahan perasaan depresi selama tujuh (7) hari *postpartum*. Ismail (2001) pernah menggunakan instrument EPDS ini untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor resiko yang mempengaruhi kejadian *maternity blues* atau *postpartum blues* di RSP Persahabatan Jakarta.
Peneliti lain yang menggunakan instrument EPDS ini adalah Nurbaeti, I., 2002, dengan judul penelitian : analisis hubungan antara karakteristik ibu, kondisi bayi baru lahir, dukungan sosial dan kepuasan perkawinan dengan depresi *postpartum* primipara di RSAB Harapan Kita Jakarta.
Efektivitas instrument EPDS juga pernah diteliti oleh Latifah & Hartati (2006), yaitu dengan membandingkan efektifitas skala EPDS dengan skala BDI (*Beck Depression Inventory*). Hasilnya instrument EPDS cukup efektif digunakan untuk menilai kejadian *postpartum* depresi sementara BDI lebih

cocok digunakan untuk menilai kasus depresi secara umum.

PERAN PERAWAT MATERNITAS

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Hidayat, 2007). Perawat maternitas sebagai tenaga profesional dibidang keperawatan maternitas, merupakan bagian pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada klien pada masa kehamilan, persalinan dan nifas sesuai dengan kebutuhannya (May&Mahlmeister, 2000).

Perawat maternitas mengkhususkan diri dalam bidang perawatan ibu sepanjang siklus usia suburnya, antara lain dalam perawatan kesejahteraan ibu dan janinya secara menyeluruh (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

Pengetahuan tentang penatalaksanaan medis untuk setiap kondisi sangat penting untuk menerapkan asuhan keperawatan (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000). Peran perawat untuk mencegah terjadinya *postpartum blues* antara lain:

1. Peran sebagai pendidik
Perawat dapat memberikan pengetahuan kepada ibu hamil atau ibu bersalin agar ibu mempunyai pengetahuan, kemampuan dan kepercayaan diri ibu bahwa ibu mampu mengambil keputusan metode persalinan apa yang akan dipilih dan ibu tetap berfokus pada keselamatan ibu dan bayi. Pendidikan yang diberikan antara lain pendidikan tentang adaptasi peran yang harus dilalui ibu sehubungan dengan kelahiran bayi, mengajarkan cara menyusui dan cara merawat bayi serta menjelaskan pentingnya dukungan suami dalam perawatan ibu dan bayi (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).
2. Konselor
Perawat perlu mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya

- postpartum blues. Perawat perlu untuk mengidentifikasi respon, koping dan adaptasi serta tindakan apa yang telah dilakukan oleh ibu dan keluarga (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).
3. Pemberi asuhan
Pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki perawat tentang persalinan normal, dapat dijadikan dasar bagi perawat untuk memberikan asuhan yang tepat dan aman yaitu dengan memonitor dan mengidentifikasi adanya penyimpangan dari proses yang normal dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya serta mampu memenuhi kebutuhan emosional ibu. Selama periode postpartum perawat harus dapat memenuhi kebutuhan fisik dan psikis ibu termasuk memfasilitasi *bonding attachment* ibu dengan bayi. Pemberian dukungan dan konseling perlu diberikan kepada ibu postpartum dan pasangannya untuk mencegah terjadinya postpartum blues (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).
 4. Peneliti
Perawat profesional akan memberikan asuhan keperawatan berdasarkan temuan-temuan riset serta terus mengembangkan praktek berdasarkan ilmu pengetahuan. Oleh karena itu perawat harus dapat berperan sebagai peneliti, yang dapat mengidentifikasi masalah dan mengkaji literatur tentang penelitian-penelitian sebelumnya yang mengupas masalah klien. Perawat dapat mengembangkan protokol dan prosedur asuhan keperawatan berdasarkan riset yang telah dipublikasikan (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).
 5. Pembela
Dalam memberi asuhan keperawatan, perawat maternitas harus mengutamakan keselamatan/kesejahteraan ibu dan janin. Perawat berperan sebagai pembela ibu, membantu ibu dalam menentukan metode persalinan dengan tetap mengutamakan keselamatan ibu dan janin. Pengetahuan adekuat yang dimiliki perawat dapat menjadi landasan perawat dalam membela dan

berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam menentukan metode dan tindakan bantuan selama proses persalinan (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

SIMPULAN

Postpartum blues merupakan gangguan afek ringan yang muncul setelah persalinan dan pada umumnya akan menghilang dalam waktu antara beberapa jam sampai sepuluh hari atau lebih. Namun pada beberapa minggu atau bulan kemudian dapat berkembang menjadi keadaan yang lebih berat (Freudenthal, 1999; Olds, 1999; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2000).

Ibu yang mengalami postpartum blues, minat dan ketertarikan terhadap bayi berkurang. Ibu akan mengalami kesulitan dalam merawat bayinya secara optimal dan tidak bersemangat menyusui, sehingga kebersihan, kesehatan serta tumbuh kembang bayi juga tidak optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti., Yati. (2002). Negotiating Motherhood : The Difficulties and Challenges of Rural First-time Mother in Parung , West Java. *Makara Kesehatan*, vol 6 No 2.
- Alfiben , Wiknjastro, G.H., & Elvira, S.D. (2000). Efektifitas peningkatan dukungan suami dalam menurunkan terjadinya depresi postpartum. *Majalah Obstetric Gynecology Indonesia (MOGI)*, 24 (4), 208-214.
- Anonim, .(2008). Depresi setelah melahirkan, bagaimana cara mencegah dan mengatasinya. *Atmajaya Medical Education on Reproductive and Addictive*. Retrieved from <http://www.tanyadokteranda.com/artikel/2008/07/depresi-setelah-melahirkan-bagaimana-cara-mencegah-dan-mengatasinya>. diunduh tanggal 23 Maret 2010
- Beck., Cheryl., Tatano. (2002). Revision of the postpartum Depression Predictors Inventory. *JOGNN*, vol 31, No.4

- Beck., Cheryl., Tatano., & Records., Kathie. (2006). Further Development of The Postpartum Depression Predictors inventory-Revised. *JOGNN*, vol 35, 735-745
- Beck., Cheryl., Tatano. (2006). Postpartum Depression, it isn't just the blues. *AJN*, vol 106, No.5, 40-50.
- Bobak I.M., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M.D., Perry, S.E. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi 4. Alih bahasa: Maria & Peter. Jakarta: EGC
- Bobak. I.M., Lowdermilk. D.L., & Jensen, M.D. (2000) *Maternity Nursing*. 4th ed. St.Louis: Mosby
- Bloch., Miki., Rotenberg., Nivi., & Koren., Dan. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry* 28 , 3-8
- Bloch., Miki., Rotenberg., Nivi., & Koren., Dan. (2005). Risk factors associated with development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders* 88, 9-18
- Chen, C., Tseng, Y. F., Chou, F. H., & Wang, S. Y. (2000). Effects of support group in postnatally distress woman : A Controlled studi in Taiwan. *Journal Psychosomatic Research*, 49, 395-399.
- Cox. J.,L., Holden. R., Sagovsky. (1987). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. <http://www.aap.org/practicingsafety/Toolkit/Resources/Module2/EPDSpdf> diunduh tanggal 09 Februari 2010.
- Cunningham. (2006) *Osbtetri William*. Edisi 21. Jakarta: EGC
- Curry ., Alexandre., Faisal., Menezes., Paulo., Rossi & Tedecco., Jose., Julio. (2008). Maternity "Blues" : Prevalence and Risk Factors. *The Spanish Journal of Psychology*, vol 11, No.2, 593-599. Diunduh dari http://www.ucm.es/info/psi/docs/journal/VII_n2_2008/art593/pdf
- Elvira., Sylvia D. (2006). *Depresi pasca Persalinan*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Freudenthal., Crost., M., & Kaminski., M. (1999). Severe post-delivery blues: associated factors. *Arch Womens Ment Health*, No2, 37-44
- Henderson & Jones. (2006). *Buku Ajar Konsep Kebidanan (Essential Midwifery)*. Alih bahasa Ria Anjarwati. Jakarta: EGC
- Henshaw., C., & Boath., E. (2001). The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol 19, No.3, 215-244
- Henshaw., C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*, vol 6, No.2, 33-42
- Iskandar, S. S. (2005). *Depresi pasca kehamilan (postpartum blues)*, <http://www.mitrakeluarga.net>. Diunduh tanggal 23 Maret 2010.
- Iskadarwati., Hani. (2006). *Depresi Pasca Melahirkan : Bukan sebuah kutukan*. http://wrm-indonesia.org/index2.php?option=content&do_pdf=1&id=814. Diunduh tanggal 12 April 2010
- Ismail, R.I. (2002). *Faktor resiko depresi prabersalin dan depresi pascabersalin : Minat khusus pada dukun dan sosial dan kesesuaian hubungan suami isteri*. <http://digilib.litbang.depkes.go.id>. Diunduh tanggal 23 Maret 2010.
- Latifah., Lutfatul., & Hartati. (2006). Efektifitas Skala Edinburgh dan Skala Beck dalam mendeteksi resiko depresi postpartum di RSUD Prof. DR. Margono Soekarjo Purwokerto. *Jurnal*

- Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, vol 1, No.1, 15-19
- Leigh.,Bronwyn., & Milgrom., Jeannette. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8:24. Diunduh dari <http://www.biomedcentral.com>, tanggal 22 Februari 2010
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., & Bobak, I.M. (2000). *Maternity women's health care*. 7th ed. St. Louis: Mosby.Inc
- Lynn.,Christine.,E., & Pierre., Cathy., M. (2007). The Taboo of Motherhood: Postpartum Depression. *International Journal for Human Caring*, vol 11, No.2, 22-31
- Manurung, Suryani. (2008). *Efektifitas terapi musik terhadap pencegahan PPB pada ibu primipara di ruang kebidanan RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta pusat*. Tesis. Depok : FIK-UI (tidak dipublikasikan)
- May., K.A & Mahlmeister. (2000). *Comprehensive Maternity Nursing : Nursing Process and Child-bearing Family 2nd edition*. J.B. Lippincott : Philadelphia
- Olds, S.B., London, M.L., & Ladewig, P.A.W. (2000). *Maternal – newborn nursing a family and community-based approach*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall Health
- Page, L.A., Percival, P., Kitzinger, S. (2000). *The new midwifery science and sensitivity in practice*. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Page., Melissa., & Wilhelm.,Mari.,S. (2007). Postpartum Daily Stress, Relationship Quality, and Deressive Symptoms. *Contemp Fam Ther*, 29:237-251
- Pilliteri. (2003). *Maternal and child Health Nursing. Care of Childbearing and Childrearing Family*. 3rd edition. Lippincott