

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Deskripsi Konseptual

1. *Post Partum Blues*

a. Definisi *Post Partum Blues*

Post partum blues adalah perasaan sedih dan depresi segera setelah persalinan dengan gejala dimulai dua atau tiga hari pasca persalinan dan akan hilang dalam waktu satu atau dua minggu. Gejala *post partum blues* akan memuncak antara hari ke-tiga hingga ke-lima pasca persalinan dan akan membaik pada 2 minggu post partum. Apabila gejala ini berlanjut lebih dari dua minggu, maka dapat menjadi tanda terjadinya gangguan depresi yang lebih berat, ataupun psikosis *post partum* dan tidak boleh diabaikan (Rukiyah, 2018).

Post partum blues adalah gangguan suasana hati yang bersifat sementara, terjadi pada ibu pasca bersalin yang disebabkan oleh perubahan fisik dan perubahan emosional (Damayanti, 2014). Menurut Siti dan Ade, (2013), *post partum blues* merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya atau ketidakmampuan seorang ibu untuk menghadapi suatu keadaan baru dimana kehadiran anggota baru dalam pola asuhan bayi dan keluarga.

Perasaan sedih pasca melahirkan adalah episode singkat, berlangsung 1 sampai 4 hari. Perasaan sedih pasca melahirkan terjadi pada sekitar 50% sampai 80 % dari wanita dalam waktu 1 sampai 5 hari yang setelah melahirkan. Wanita memiliki suasana hati yang labil dan mudah menangis. *Treatment* terdiri atas penentraman hati, dukungan sosial, tidur yang cukup dan waktu untuk menyelesaikan respons normal (Stuart, 2023).

b. Gejala *Postpartum Blues*

Menurut Suherni, dkk (2016), *postpartum blues* atau sering disebut juga *maternity blues* atau sindroma ibu baru dimengerti sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan ditandai dengan gejala sebagai berikut: Reaksi depresi/ sedih/ disforia, sering menangis, mudah tersinggung (iritabilitas), cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan, kelelahan, mudah sedih, cepat marah, mood mudah berubah, cepat menjadi sedih dan cepat pula menjadi gembira, perasaan terjebak, marah kepada pasangan, perasaan bersalah, sangat pelupa.

Postpartum Blues tidak berhubungan langsung dengan kesehatan ibu atau bayinya maupun komplikasi obstetric tetapi bagaimanapun faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi perubahan mood ibu. Gejala-gejala tersebut timbul setelah persalinan dan pada umumnya akan menghilang dalam waktu antara beberapa jam sampai beberapa hari setelah persalinan. Namun pada saat beberapa kasus gejala-gejala tersebut terus bertahan dan baru hilang setelah beberapa hari, minggu atau bulan bahkan dapat berkembang menjadi keadaan yang lebih berat (Suherni dkk, 2016).

Postpartum Blues dikategorikan sebagai sindrom gangguan mental yang ringan oleh sebab ini sering tidak diperdulikan dan diabaikan sehingga tidak terdiagnosa dan tidak dilakukan asuhan sebagaimana mestinya. Hal tersebut dapat menimbulkan masalah yang menyulitkan dan dapat membuat perasaan tidak nyaman bagi ibu yang mengalaminya. Banyak ibu yang berjuang sendiri dalam beberapa saat setelah melahirkan. Mereka merasakan ada sesuatu hal yang salah namun mereka sendiri tidak benar-benar mengetahui apa yang sedang terjadi. Apabila mereka pergi mengunjungi dokter atau tenaga kesehatan untuk meminta pertolongan seringkali hanya mendapatkan saran untuk beristirahat atau lebih banyak tidur, tidak

gelisah, minum obat, atau berhenti mengasahi diri sendiri dan mulai merasa gembira menyambut kedatangan bayi yang mereka cintai. Suherni dkk (2016).

c. Tingkatan *Postpartum*

Gangguan yang dikenali selama periode post partum terbagi menjadi tiga tingkatan yaitu *baby blues syndrome*, depresi *post partum* dan psikosis *post partum*. Psikosis postpartum tergolong depresi berat dan termasuk penyakit kejiwaan yang bisa diderita ibu yang baru pertama kali melahirkan. Ibu yang mengalami psikosis *post partum* memiliki halusinasi dan delusi yang bisa membahayakan bayi dan dirinya sendiri. Blues Menurut *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder (American Psychiatric Association)* dalam Machmudah (2015), gangguan yang dikenali selama periode postpartum adalah:

1) *Baby blues syndrome*

Pada kelahiran anak pertama, hampir sekitar 80 % ibu yang baru melahirkan mengalami *baby blues syndrome*. *Baby blues* dapat terjadi karena setelah melahirkan akan terjadi banyak sekali perubahan yang bisa membuat ibu kaget. Merasa cepat lelah, sedih, khawatir dan sering menangis merupakan gejala *baby blues syndrome* yang banyak dialami ibu setelah melahirkan.

Selain perubahan hormon, kehadiran bayi dapat memicu *baby blues* karena ibu merasa bingung dan khawatir berlebihan terkait cara merawat bayi dengan baik. Ibu juga mulai bertanya-tanya, apakah mampu menjadi ibu yang bertanggung jawab. Kekhawatiran dan kegelisahan ini pada akhirnya bisa menyebabkan perubahan suasana hati, sulit tidur, kehilangan nafsu makan, mudah sedih, mudah marah, dan menangis tanpa alasan.

Dukungan dari keluarga dan orang terdekat, *baby blues syndrome* dapat teratasi setelah beberapa waktu, umumnya sekitar dua minggu. Ibu dapat berbagi cerita mengenai perasaan dan kegelisahan yang dialami kepada suami, keluarga atau orang terdekat yang dipercaya. Selain itu, beri waktu kepada diri sendiri untuk beradaptasi dengan rutinitas baru yang harus dijalani, sampai ibu akhirnya terbiasa dan bisa menyesuaikan diri dengan baik.

2) Depresi *postpartum*

Depresi jenis ini bisa menyebabkan kekhawatiran yang cukup berat, sehingga bisa membuat ibu merasa putus asa, sedih, tidak berharga, bahkan tidak merasakan adanya ikatan (*bonding*) dengan bayi. Jika gejala *baby blues syndrome* tidak kunjung membaik setelah dua minggu, sebaiknya waspada. ada kemungkinan ibu mengalami depresi pasca melahirkan atau depresi *postpartum*.

Penyebab depresi *postpartum* sendiri secara medis dikaitkan dengan faktor perubahan hormonal tubuh setelah melahirkan. Perubahan hormonal inilah yang berdampak pada mood atau suasana hati dan energi. Selama kehamilan, hormon estrogen dan progesteron naik, sedangkan setelah melahirkan, tiba-tiba kadar hormon tersebut turun drastis. Pada beberapa kasus, kadar hormon tiroid ibu juga menurun.

Cepatnya penurunan kadar hormon berdampak pada senyawa di otak sehingga hasil yang terlihat adalah emosi kesedihan dan depresi yang berkepanjangan. Hormon stres juga bisa menambahkan efek pada suasana hati. Apabila ini terjadi, penting untuk segera memeriksakan diri ke psikolog atau psikiater. Sebab jika tidak segera ditangani, depresi pasca melahirkan dapat menyebabkan ikatan ibu dan anak tidak

terjalin dengan baik. Bahkan bisa pula meningkatkan risiko terjadinya depresi berat di masa yang akan datang.

3) Psikosis *postpartum*

Psikosis *postpartum* tergolong depresi berat dan termasuk penyakit kejiwaan yang bisa diderita ibu yang baru pertama kali melahirkan. Untuk tingkatan depresi yang terakhir ini, memang tidak banyak wanita mengalami. Penelitian mengungkapkan hanya sekitar satu sampai dua ibu dari 1000 ibu melahirkan yang terserang *postpartum* psikosis.

Meski psikosis *postpartum* jarang terjadi, namun memerlukan penanganan yang serius dari psikiater. Ibu yang mengalami psikosis *postpartum* memiliki halusinasi dan delusi yang bisa membahayakan bayi dan dirinya sendiri. Untuk itu, agar halusinasinya tak semakin parah, sebaiknya jauhkan ibu dari orang-orang negatif, serta jauhi dari hal-hal yang berbau horor dan mengerikan.

d. Faktor penyebab *Postpartum Blues*

Faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko *postpartum blues* yaitu coping stress karena ibu merasa tegang dan ketakutan yang luar biasa pada saat menjelang persalinan, stress yang dialami ibu ini akan berpengaruh terhadap psikologis ibu (Ningrum, 2017). Dampak yang terjadi dalam jangka pendek, yaitu mengalami gangguan aktivitas, gangguan yang berhubungan dengan orang lain seperti keluarga dan teman, dan mungkin ibu tidak akan merawat dirinya sendiri dan bayinya. Dampak yang terjadi pada bayi, bayi akan sering menangis, bayi akan mengalami masalah tidur serta gangguan pada saat menyusui, selain itu dampak yang akan terjadi pada anak yaitu akan mengalami gangguan perkembangan emosi dan sulit berpartisipasi dalam aktivitas sosial disekitar (Hutagaol et al., 2016).

Menurut Suherni dkk (2016). Beberapa penyebab *Postpartum Blues* diantaranya:

- 1) Faktor Hormonal berupa perubahan kadar *estrogen*, *progesteron*, prolaktin yang terlalu rendah.
- 2) Ketidaknyamanan fisik yang dialami wanita menimbulkan gangguan pada emosional seperti payudara bengkak, nyeri jahitan, rasa mules.
- 3) Ketidakmampuan beradaptasi terhadap perubahan fisik dan emosional yang kompleks.
- 4) Faktor umur dan paritas (jumlah anak).
- 5) Pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan.
- 6) Latar belakang psikososial wanita yang bersangkutan seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat gangguan kejiwaan sebelumnya, sosial ekonomi.
- 7) Kecukupan dukungan dari lingkungannya (suami, keluarga dan teman). Apakah suami mendukung atas kehamilan ini, apakah suami mengerti tentang perasaan istri, apakah suami/ keluarga/ teman memberikan dukungan fisik dan moral misalnya dengan membantu pekerjaan rumah tangga, membantu mengurus bayi, mendengarkan keluh kesah ibu.
- 8) Stress dalam keluarga misal faktor ekonomi memburuk, persoalan dengan suami, problem dengan mertua atau orang tua.
- 9) Stress yang dialami wanita itu sendiri misalnya ASI tidak keluar, frustrasi karena bayi tidak mau tidur, nangis dan gumoh, stress melihat bayi sakit, rasa bosan dengan hidup yang dijalani.
- 10) Kelelahan pasca melahirkan.
- 11) Perubahan peran yang dialami ibu. Sebelumnya ibu adalah seorang istri tapi sekarang sekaligus berperan sebagai ibu dengan bayi yang sangat tergantung padanya.
- 12) Rasa memiliki bayi yang terlalu dalam sehingga timbul rasa takut yang berlebihan akan kehilangan bayinya.

13) Problem anak, setelah kelahiran bayi, kemungkinan timbul rasa cemburu dari anak sebelumnya sehingga hal tersebut cukup mengganggu emosional ibu.

e. Pencegahan *Post Partum Blues*

Upaya yang telah dilakukan untuk mencegah terjadinya postpartum blues dapat dilakukan dengan melakukan skrining prenatal, terapi musik, dan pemberian ASI pada bayi dengan umur < 10 hari.

1) Skrining Prenatal

Skrining terhadap penyakit mental sebaiknya dilakukan selama pemeriksaan prenatal pertama. Di dalamnya termasuk menemukan adanya riwayat penyakit psikiatri sebelumnya, termasuk riwayat rawat inap, poliklinis, dan riwayat penggunaan obat-obatan psikoaktif sebelumnya. Faktor-faktor risiko penyakit mental sebaiknya dievaluasi secara baik.

2) Terapi Musik

Suryani Manurung dkk dalam penelitiannya membuktikan bahwa ada pengaruh terapi musik yang bermakna dalam mencegah dan mengatasi kejadian postpartum blues pada responden postpartum primipara sesudah tiga hari mendapatkan terapi music ($p=0,031$) di ruang kebidanan RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta Pusat. Hasil analisis multivariat menunjukkan variabel kelompok, pendidikan, skor postpartum blues pretest menunjukkan hubungan yang erat ($R=0,8$) terhadap perubahan skor kejadian postpartum blues sesudah periode intervensi. Perubahan tersebut disebabkan oleh pengaruh intervensi sebesar 1,8. Keefektifan terapi musik dapat mencegah postpartum blues sebesar 23,3% Kelompok intervensi diberi terapi music instrumental yakni musik klasik tipe Mozart: Eine Kleine Nachtmusik dengan frekuensi 20-40 cps hertz lamanya 15-

20 menit, dilakukan 2 kali sehari yaitu pukul 08.00 dan pukul 14.00 selama 3 hari.

Rosch dan Koeditz tahun 1998 menyatakan musik mempengaruhi system limbik di otak yang menekan fungsi poros hipotalamus, hipofisis dan kelenjar adrenal, sehingga menghambat pengeluaran hormone stres (epinefrin, norepinefrin, dopa, kortikosteroid).

f. Penanganan *Postpartum Blues*

Penatalaksanaan terhadap depresi postpartum dilakukan melalui dua metode, yaitu:

1) Terapi Farmakologi

Metode farmakologis merupakan metode pengobatan depresi postpartum dengan memberikan obat-obatan kepada pasien. Metode ini biasanya dipilih ketika sudah diberikan terapi nonfarmakologis namun tidak berhasil. Terapi ini juga dapat diberikan jika penderita depresi postpartum lebih menyukai obat-obatan dibanding dengan melakukan terapi non farmakologis. Obat-obatan antidepresan yang sesuai dengan keadaan ibu menyusui harus diresepkan oleh psikiater. Selain antidepresan, biasanya juga diberikan sertraline. Resep pengobatan untuk ibu menyusui biasanya diberikan dengan dosis 50 mg setiap hari selama satu minggu dan kemudian dilihat serta dievaluasi efek samping obat tersebut. Jika masih ada keinginan untuk membahayakan diri sendiri maupun orang lain, maka ditambahkan dosis sesuai kebutuhan (Sari, 2020).

Terapi farmakologi umumnya dilanjutkan 6 hingga 12 bulan setelah remisi sempurna untuk mengurangi resiko kekambuhan. Jika gejala-gejala masih timbul dan terus mengalami kekambuhan, maka disarankan untuk menemui psikiater. Bagi ibu yang menderita depresi.

postpartum dengan tingkat cukup parah, sebaiknya melakukan

kunjungan ke dokter agar dapat diberikan terapi farmakologis seperti golongan tricyclic antidepressant (TCAs). Terapi ini akan meringankan gejala-gejala dari depresi postpartum sehingga ibu dapat beraktivitas dengan normal (Guille et al., 2013 dalam Sari, 2020).

2) Terapi Nonfarmakologis

Terapi nonfarmakologis merupakan cara pengobatan depresi postpartum yang berupa terapi psikologis, di mana ibu dapat menemukan cara yang tepat untuk menghadapi gejala depresi, mengatasi gangguan yang muncul, atau berpikir positif ketika situasi sedang tertekan (Pearlstein et al., 2009 dalam Sari, 2020).

Penatalaksanaan ibu depresi *post partum* dengan terapi nonfarmakologis dilakukan berdasarkan tingkat keparahan dan gejala yang dialami oleh ibu, termasuk dengan kemampuan ibu untuk merawat dan berinteraksi dengan bayinya. Jika baru terjadi gejala ringan, maka dapat dilakukan intervensi sosial berupa peningkatan dukungan bagi ibu seperti dukungan dari keluarga, teman sebaya, dan konseling dari praktisi kesehatan (Sari, 2020). Selain itu, psikoedukasi juga dapat dilakukan untuk mengurangi tingkat depresi pada ibu postpartum. Psikoedukasi merupakan suatu bentuk pendidikan ataupun pelatihan terhadap seseorang dengan gangguan psikiatri yang bertujuan untuk proses treatment dan rehabilitasi. Sasaran dari psikoedukasi adalah mengembangkan dan meningkatkan penerimaan pasien terhadap penyakit atau gangguan yang sedang dialami (Abdilah dan Putri, 2016).

Mottaghipour (2010) dalam Azmi (2017) menyatakan bahwa pemberian psikoedukasi bagi klien penderita depresi postpartum dengan mengemas materi edukasi tentang cara pencegahan depresi dalam bentuk poster, leaflet, flipchart, booklet, dan video yang berkaitan dengan penyebab depresi postpartum dan

dukungan yang dapat dilakukan untuk mengatasi depresi, ternyata dapat menurunkan angka depresi postpartum. Demikian pula dengan pendapat Wheller (2007), penanganan psikologis dalam bentuk psikoedukasi pada ibu postpartum dapat mereduksi terjadinya depresi postpartum yang dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan termasuk dokter, perawat, dan bidan untuk mencari penyelesaian depresi postpartum (Azmi, 2017).

Depresi adalah gangguan jiwa tertua dan paling umum. Kata depresi digunakan dalam berbagai cara, Hal ini dapat merujuk pada tanda, gejala, sindrom, keadaan sosial, reaksi penyakit, atau tampilan klinis (Ayuso-Mateos et. Al., 2010 dalam Stuart, 2023).

Hubungan yang terbaik dilakukan dengan klien depresi melalui kebersamaan meskipun klien sedikit berbicara dan melalui dukungan persahabatan. Perawat menunjukkan keyakinan bahwa klien adalah orang yang berharga. Dengan mempelajari kehidupan dan minat klien, perawat mungkin memilih topic yang sesuai sehingga diskusi lebih bermakna (Stuart, 2023).

2. Konsep Psikoedukasi

a. Definisi Psikoedukasi

Psikoedukasi adalah intervensi yang sistematis, terstruktur untuk mentransferkan pengetahuan tentang penyakit dan penanganannya, mengintegrasikan aspek emosional dan motivasi untuk memungkinkan pasien mengatasi penyakitnya dan meningkatkan kepatuhan pengobatan dan efektifitasnya. Psikoedukasi merupakan komponen yang penting dari penanganan gangguan medis dan kejiwaan, terutama gangguan mental yang berhubungan dengan kurangnya wawasan. Konten dari psikoedukasi adalah etiologi dari suatu penyakit, proses terapi, efek samping dari obat, strategi coping, edukasi keluarga, dan pelatihan keterampilan hidup (Ekhtiari dkk, 2017).

Model psikoedukasi dapat digunakan untuk keluarga yang membantu klien menangani penyakit mereka (Shimazu et al, 2011 dalam Stuart, 2023). Tujuan keseluruhan dari program tersebut adalah meningkatkan fungsi klien dan keluarga serta menurunkan gejala-gejala dengan meningkatkan rasa harga diri dan kontrol diri bagi klien dan keluarga.

b. Makna Tentang Psikoedukasi

Menurut Nelson–Jones dalam Supratiknya (2011), setidaknya ada enam makna tentang psikoedukasi, antara lain:

1. Melatih orang mempelajari aneka *life skills* Psikoedukasi

Dimaknai sebagai usaha membantu klien mengembangkan aneka *life skills* atau keterampilan hidup lewat aneka program terstruktur yang di selenggarakan berbasis kelompok. Beberapa *life skills* meliputi kemampuan mendengarkan, seperti kemampuan memahami orang lain secara empatik, kemampuan mengungkapkan diri seperti kemampuan memecahkan atau menyelesaikan konflik, kemampuan memecahkan masalah dan membuat rencana, kemampuan membuat keputusan, kemampuan mengelola kecemasan, kemampuan menjalani aneka transisi kehidupan penting secara efektif. Tampak disini psikoedukasi identik dengan pendidikan pribadi dan sosial.

2) Pendekatan akademik eksperiensial dalam mengajarkan psikologi

Secara garis besar ada dua pendekatan dalam pembelajaran suatu disiplin ilmu atau pengetahuan, yaitu pendekatan akademik dan pendekatan eksperiensial. Pertama menekankan perolehan pengetahuan pengertian melalui *intellectual skills* atau olah pikir. Hasil belajarnya disebut *hard skills* berupa pengetahuan-pengetahuan lewat pengalaman atau sering disebut dengan *learning by doing*.

Hasil belajarnya berupa *soft skills* meliputi aneka pengetahuan nyata tentang aneka fungsi psikologis maupun keterampilan pribadi sosial yang bisa diterapkan dan sangat bermanfaat dalam menghadapi berbagai tugas kehidupan sehari-hari. Pendekatan psikoedukasi dalam pembelajaran psikologi mengintegrasikan baik *experimental teaching of life skills an/or the skills of applied psychological practice* maupun *intellectual teaching of academic skills* di bidang psikologi.

3) Pendidikan humanistik

pendidikan humanistik menekankan harkat klien sebagai subjek secara utuh serta memandang bahwa tujuan konseling khususnya dan pendidikan umumnya menghasilkan pribadi-pribadi yang mampu mengaktualisasikan dirinya. Pemberi psikoedukasi hanyalah memfasilitasi atau menyediakan bantuan fasilitas agar proses belajar klien berlangsung secara efektif dan optimal. Selain menguasai pengetahuan-pengetahuan dalam bidang pelajaran tertentu atau *hard skills* juga harus menguasai pengetahuan dan keterampilan yang mendalam dibidang kebahasaan serta sikap empati yaitu kesediaan dan kemampuan memahami pikiran perasaan orang lain serta mampu menciptakan aneka kondisi interpersonal yang berpusat pada pribadi terhadap kliennya.

4) Melatih tenaga profesional di bidang keterampilan konseling

Para profesional merupakan tenaga dibidang pemberian layanan psikoedukasi yang tidak berlatar belakang di bidang psikologi atau konseling atau yang memiliki sebagian latar belakang itu namun belum memenuhi syarat untuk mendapat kualifikasi sebagai psikolog-konselor profesional, namun mampu menyelenggarakan jenis-jenis layanan dasar konseling berkat pelatihan-pelatihan di bidang aneka keterampilan dasar

konseling yang diberikan oleh para psikolog-konselor profesional.

5) Serangkaian kegiatan pelayanan kepada masyarakat

Istilah psikoedukasi seringkali juga diartikan sebagai mencakup keseluruhan aktivitas pendidikan konsultasi yang bersifat pelayanan kepada masyarakat. Kegiatan ini meliputi pelatihan life skills pada berbagai kelompok klien serta pemberian layanan informasi psikologis secara individual untuk meningkatkan kemampuan klien menghadapi berbagai masalah kehidupan sehari-hari melalui berbagai media seperti pertemuan muka, pembicaraan telepon, layanan sms, e-mail atau melalui media jejaring sosial lainnya.

6) Memberikan layanan informasi tentang psikologi kepada publik

Psikoedukasi diartikan sebagai pendidikan publik, yaitu pemberian layanan informasi kepada masyarakat luas tentang berbagai pengetahuan dan / atau keterampilan psikologis yang berguna untuk menghadapi aneka permasalahan kehidupan sehari-hari melalui berbagai jenis media massa seperti koran, majalah, radio, televisi, dan sebagainya. Layanan informasi ini kadang kala juga disertai dengan tindakan nyata yang bersifat advokasi dalam rangka memengaruhi bahkan memperjuangkan agar perumusan kebijakan atau pengambilan keputusan tindakan publik didasarkan pada prinsip-prinsip psikologis yang benar.

c. Tujuan psikoedukasi

Secara umum tujuan psikoedukasi adalah terapi untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan *kognitif* klien, keluarga maupun kelompok dalam perawatan suatu penyakit sehingga diharapkan dapat menurunkan tingkat kecemasan maupun stress (Stuart, 2015), sedangkan tujuan khusus psikoedukasi adalah:

- 1) Klien dapat mengenali penyakitnya klien dapat membuat keputusan tindakan yang tepat dalam memenuhi kebutuhan dan menyelesaikan masalah klien
- 2) Klien mampu melakukan dengan benar keputusan tindakan yang telah diambil sesuai dengan yang telah diajarkan
- 3) Klien dapat menciptakan lingkungan yang kondusif sesuai dengan masalah dan kebutuhan klien

Psikoedukasi dapat diterapkan secara individu maupun kelompok. Psikoedukasi menekankan pada proses belajar, pendidikan, dan *self awareness*, *Self awareness* mengacu pada kondisi dimana seseorang harus memiliki pemahaman dasar mengenai kelemahan, kelebihan, kemampuan dan keterbatasan yang dapat memengaruhi kualitas hidupnya. *Self awareness* berkaitan dengan komunikasi interpersonal dan kesadaran diri dalam berkomunikasi dengan orang lain (Siswoyo,2014).

d. Tahapan dalam psikoedukasi

Menurut Stuart (2015), pelaksanaan terapi psikoedukasi terdiri dari 5 sesi.

- 1) Sesi 1: pengkajian masalah

Pada sesi pertama ini klien dapat menyepakati kontrak program psikoedukasi. Perawat memberi penjelasan mengenai tujuan psikoedukasi kepada klien dan klien menyampaikan pengalamannya dalam menghadapi penyakit, serta memberi kesempatan pada klien untuk mengajukan pertanyaan berdasarkan pengalaman yang dialami sekaligus menyampaikan harapannya. Hal yang perlu diidentifikasi adalah makna sakit bagi klien dan dampaknya pada orang tua, anak, saudara kandung, dan pasangan.

- 2) Sesi 2: Perawatan klien

Sesi kedua ini berfokus pada edukasi mengenai masalah yang dialami oleh klien. Dampak positif program psikoedukasi

secara tidak langsung pada klien yaitu bahwa dengan memberikan informasi mengenai penyakit klien pada keluarga dan memberikan saran mengenai koping yang baik.

Pada sesi kedua dijelaskan mengenai pengertian tidak hanya ditunjukkan agar klien mampu menyebutkan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta terapi yang diperlukan melainkan menggali bagaimana kemampuan klien dalam melakukan manajemen pengetahuan terkait keadaannya dengan menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri klien, sehingga sesi ini ditargetkan bahwa klien mampu mengidentifikasi kekuatan pengetahuan yang sudah dimiliki sekaligus meningkatkan pengelolaan pengetahuan tersebut.

3) Sesi 3: Manajemen stres

Sesi ketiga ini adalah sesi untuk membantu mengatasi masalah masing-masing individu yang muncul karena menderita penyakit. Kegiatan pada sesi ketiga ini, terapis mengajarkan cara-cara manajemen stres pada seluruh anggota keluarga, terutama caregiver. Pada sesi ini klien mengungkapkan berbagai stressor yang muncul dan dirasakan klien akibat penyakitnya dan selama menjalani pengobatan. Pada sesi ini perawat memberikan manajemen koping untuk mengatasi stressor yang dialami klien.

4) Sesi 4 : Manajemen beban

Pada sesi keempat klien diharapkan mampu mengungkapkan beban selama menjalani perawatan serta mampu menyebutkan strategi atau tindakan yang akan diambil untuk mengatasi beban tersebut. Dalam sesi ini berfokus pada pemecahan masalah bersama. Waktu pelaksanaan psikoedukasi disesuaikan dengan tujuan yang ingin dicapai dengan jarak antar pertemuan tidak terlalu lama agar klien masih dapat mengingat topik pertemuan sebelumnya dan dapat menghubungkan dengan

topic yang akan diikuti. Durasi tiap sesi bisa dilakukan dalam waktu 30-90 menit tergantung pada kondisi klien.

5) Sesi 5 : Pemberdayaan keluarga membantu klien

Sesi kelima ini membahas mengenai pemberdayaan sumber di dalam keluarga, dan dikomunitas untuk membantu permasalahan klien. Sumber dukungan yang sebelumnya ada dapat hilang atau terbatas karena kebutuhan untuk merawat anggota keluarga yang sakit. Semua aspek dari beban subjektif dapat membatasi akses pada sistem dukungan sosial. Keluarga seperti ini memerlukan bantuan untuk membangun kembali dukungan sosialnya.

e. Perbedaan Psikoedukasi dengan Edukasi

Berbeda dengan jenis terapi lain yang terfokus pada emosi, psikoedukasi terfokus pada kognitif dengan pemberian pengetahuan terkait gangguan mental (Lukens & McFarlane, 2004). Hal ini didasarkan pada pemikiran bahwa individu berhak mengetahui kondisinya masing-masing agar mampu merawat dirinya sendiri (Lukens & McFarlane, 2004), sekaligus sebagai gerakan sosial untuk mengedukasi masyarakat mengenai gangguan mental (Supratiknya, 2011).

Psikoedukasi aktif melibatkan berbagai macam tugas aktif seperti meditasi sehingga umumnya digabung dengan psikoterapi lain, sementara psikoedukasi pasif tidak melibatkan tugas aktif (Donker, Griffiths, Cuijpers, & Christensen, 2009) dan dapat dilakukan baik menggunakan kelas (McBride, 2010; O'Neil et al., 2006) atau poster (Bridges, Karlsson, & Lindly, 2015; Dueweke & Bridges, 2017). Karena fleksibilitasnya, psikoedukasi dapat digunakan sebagai teknik kuratif dan preventif baik secara primer untuk mencegah terjadinya gangguan mental, maupun sekunder sebagai langkah pencegahan terjadinya kekambuhan (Cornelius &

Resseguie, 2007; Friedman, Munoz, West, Rubin, & Fried, 2002; Tobin & Sugai, 2005).

Menurut Mottaghipour dan Bickerton (2005), Psikoedukasi merupakan suatu tindakan yang diberikan kepada individu dan keluarga untuk memperkuat strategi koping atau suatu cara khusus dalam menangani kesulitan perubahan mental. Psikoedukasi adalah sebuah tindakan modalitas yang disampaikan oleh professional, yang mengintegrasikan dan mensinergiskan antara psikoterapi dan intervensi edukasi (Lukens & McFarlane, dalam Cartwright, 2007).

f. Dampak Psikoedukasi Terhadap Tingkat *Post Partum Blues*

Post partum blues yang dialami oleh ibu primipara juga dikarenakan kurangnya peran tenaga kesehatan seperti bidan ataupun perawat dalam mengintervensi *post partum blues* yang dialami ibu. Tidak ada intervensi lebih yang dilakukan oleh bidan maupun perawat di daerah penelitian dalam membantu ibu mengatasi *post partum blues* yang dialami oleh ibu primipara.

Selain itu, *post partum blues* juga terjadi pada ibu yang melahirkan anak pertama (primivara). Hal ini menunjukkan bahwa ibu dengan kelahiran anak pertama memberikan kontribusi terhadap *post partum blues*, karena biasanya ibu yang melahirkan anak pertama mempunyai tekanan tekanan kecemasan yang tinggi, labilitas perasaan, cemas, dan memiliki perasaan bersalah yang tinggi, dan ada ketakutan tersendiri jika bayi yang dilahirkan tidak selamat dan jika selamat takut tidak mampu memberikan perawatan yang baik, apalagi ketika melakukan persalinan kurang mendapatkan perhatian dan dukungan dari suami, karena dukungan suami akan berpengaruh terhadap psikologis ibu ketika melahirkan dan dapat mencegah gejala-gejala *postpartum blues* pada ibu (Girsang, 2015).

Psikoedukasi yang efektif dengan *follow up* setiap hari sangat penting untuk melihat perkembangan ibu dalam mengatasi *post partum blues* yang dialami sehingga penurunan tingkat *post partum*

blues ibu benar-benar dari intervensi psikoedukasi yang dilakukan peneliti dan bukan dari faktor lingkungan sekitar untuk melihat keefektifan psikoedukasi (Girsang, 2015).

g. Psikoedukasi Terapi Yang Diberikan

Didalam buku Supratiknya (2011), psikoedukasi yang diberikan adalah

1) Psikoedukasi

Menurut (Walsh, 2010), psikoedukasi dapat menjadi intervensi tunggal, tetapi juga sering digunakan bersamaan dengan beberapa intervensi lainnya untuk membantu partisipan menghadapi tantangan hidup tertentu. Psikoedukasi tidak hanya bertujuan untuk treatment tetapi juga rehabilitasi. Ini berkaitan dengan mengajarkan seseorang mengenai suatu masalah sehingga mereka bisa menurunkan stress yang terkait dengan masalah tersebut dan mencegah agar masalah tersebut tidak terjadi kembali. Psikoedukasi baik individu atau kelompok tidak hanya memberikan informasi-informasi penting terkait dengan permasalahan partisipannya tetapi juga mengajarkan keterampilan-keterampilan yang dianggap penting bagi partisipannya untuk menghadapi situasi permasalahannya.

2) Konseling

Konseling dan psikoterapi memiliki arti yang sama, yaitu usaha menolong klien khususnya perorangan mengatasi suatu problem psikologis yang mengganggu rasa kesejateraan pribadinya. Konseling merupakan proses yang melibatkan suatu interaksi antara seorang konselor dan seorang klien secara pribadi, dengan tujuan membantu klien mengubah tingkah lakunya sehingga mampu mencapai pemuasan aneka kebutuhan hidupnya secara memuaskan.

3. *Sectio Caesarea*

a. Definisi

Seksio Sesarea adalah persalinan janin melalui sayatan perut terbuka (*laparotomi*) dan sayatan di rahim (*histerotomi*). Sesar pertama yang didokumentasikan terjadi pada 1020M, dan sejak itu prosedurnya telah berkembang pesat. (Sung et al, 2020).

Selanjutnya juga menjelaskan bahwa saat ini, seksio saesarea merupakan operasi yang paling sering dilakukan di Amerika Serikat, dengan lebih dari 1 juta wanita melahirkan melalui seksio saesarea setiap tahun. Angka persalinan seksio sesarea naik dari 5% pada tahun 1970 menjadi 31,9% pada tahun 2016. Meskipun ada upaya berkelanjutan untuk mengurangi, para ahli tidak mengantisipasi penurunan yang signifikan setidaknya selama satu atau dua dekade. Meskipun memberikan risiko komplikasi langsung dan jangka panjang, bagi beberapa wanita, persalinan dengan seksio sesarea bisa menjadi cara teraman atau bahkan satu-satunya cara untuk melahirkan bayi baru lahir yang sehat.

b. Indikasi *Seksio Saesarea*

Ada berbagai alasan mengapa janin tidak bisa, atau tidak boleh dilahirkan melalui vagina. Beberapa dari indikasi ini dianggap tidak fleksibel karena persalinan pervaginam akan berbahaya dalam kasus klinis tertentu. Misalnya, kelahiran sesar sering kali merupakan tatalaksana yang direkomendasikan jika pasien pernah mengalami bekas luka 20 sesar klasik atau sebelumnya terdapat riwayat ruptur uteri. Namun, karena potensi komplikasi persalinan sesar, banyak penelitian telah dilakukan untuk mencari cara untuk mengurangi angka operasi sesarea (Cunninghametal., 2018).

Pasien memilih operasi seksio sesarea karena berbagai alasan, atau mungkin bukan kandidat untuk kelahiran pervaginam berikutnya. Misalnya, jika pasien memiliki serviks yang tidak produktif pada waktunya, pematangan serviks dengan obat-obatan

seperti misoprostol tidak dianjurkan karena peningkatan risiko ruptur uterus dengan obat-obatan tersebut. Dalam artikel yang diterbitkan pada tahun 2015 “Pencegahan Aman Kelahiran Seksio Saesarea Primer,” penulis membahas indikasi yang paling sering didokumentasikan untuk kelahiran seksio saesarea kali pertama (distosia persalinan, pola detak jantung janin abnormal, malpresentasi janin, kehamilan ganda, dan dugaan makrosomia janin), dan mitigasi bagaimana faktor-faktor tersebut. Indikasi Ibu untuk seksio sesarea yakni sebagai berikut :

- 1) Persalinan dengan metode seksio sesarea sebelumnya.
- 2) Permintaan pasien.
- 3) Deformitas panggul atau disproporsi *sefalopelvis*.
- 4) Trauma perineum sebelumnya.
- 5) Sebelumnya operasi rekonstruksi panggul atau anal / rektal.
- 6) Herpes simpleks atau infeksi HIV.
- 7) Penyakit jantung atau paru.
- 8) Aneurisma serebral atau malformasi arteriovenosa.
- 9) Patologi yang membutuhkan pembedahan intra abdominal secara bersamaan.
- 10) Sesar perimortem.

Indikasi Uterine / Anatomis untuk seksio sesarea yakni sebagai berikut:

- 1) Plasentasi abnormal (seperti plasenta previa, plasenta akreta).
- 2) Solusio plasenta.
- 3) Riwayat hysterotomi klasik.
- 4) Miomektomi ketebalan penuh sebelumnya.
- 5) Riwayat *dehiscence* insisi uterus.
- 6) Kanker serviks invasif.
- 7) Trakelektomi sebelumnya.
- 8) Massa obstruktif saluran genital.
- 9) *Cerclage* permanen.

Indikasi Janin untuk seksio saesarea yakni sebagai berikut:

- 1) Status janin yang tidak meyakinkan (seperti pemeriksaan *doppler* tali pusat abnormal) atau detak jantung janin yang abnormal.
- 2) Prolaps tali pusat.
- 3) Gagal melahirkan pervaginam operatif.
- 4) Malpresentation.
- 5) Makrosomia.
- 6) Anomali kongenital
- 7) Trombositopenia
- 8) Trauma kelahiran neonatal sebelumnya

Namun tidak menutup kemungkinan akan indikasi non medis yang didapatkan dalam persalinan seksio saesarea. Dari beberapa penelitian yang telah dilakukan, didapatkan beberapa faktor non medis, seperti; induksi permintaan sisi penawaran, masalah keputusan yang berkaitan dengan kenyamanan profesional dan optimalisasi waktu dan kecenderungan untuk seksio sesarea di rumah sakit swasta dibandingkan rumah sakit umum. Diartikulasikan oleh 4 faktor seperti:

- 1) Penilaian diri dan pengaturan diri dalam praktik medis.
- 2) Penggunaan teknologi yang bertanggung jawab.
- 3) Faktor keuangan.
- 4) Adanya faktor ketakutan akan tindakan / peralatan medis.

c. Kontraindikasi

Berikut merupakan hal yang menjadi kontraindikasi dilakukannya seksio sesarea :

- 1) Janin mati
- 2) *Shock*
- 3) Anemia berat
- 4) Kelainan kongenital berat
- 5) Infeksi piogenik pada dinding abdomen

6) Fasilitas yang kurang memadai dalam operasi seksio sesarea.

Pelaksanaan persalinan seksio sesarea tanpa didasari indikasi medis adalah tidak etis, kecuali jika telah melalui tahapan konseling. Pasien memiliki hak otonomi untuk meminta dilakukan persalinan *sectio caesaria*, bila pasien sadar dan tanpa tekanan dalam memutuskan untuk dilakukan persalinan seksio sesarea. Tetapi indikasi medis yang tentu harus jelas, ibu seharusnya menjalani persalinan normal. Namun, masih banyak persepsi yang belum menemukan titik tengah tentang persalinan seksio sesarea. Akibatnya, persalinan pervaginam maupun seksio sesarea dijadikan pilihan dalam persalinan, walaupun persalinan seksio sesarea merupakan pilihan jika terdapat kedaruratan dalam persalinan.

d. Etiologi

Menurut Amin & Hardi (2015) etiologi seksio sesarea ada dua yaitu sebagai berikut :

1) Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporporisi sefalo pelvik (disproporsi janin/ panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, solutsio placenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsi – eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2) Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress/ gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

e. Komplikasi

Menurut Wikjosastro (2017) komplikasi seksio sesarea sebagai berikut :

1) Infeksi puerperal

Komplikasi ini bisa bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifa atau bersifat berat, seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi *postoperatif* terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala – gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya).

2) Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri uterina ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

3) Komplikasi – komplikasi lain

Seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru, dan sebagainya sangat jarang terjadi. Komplikasi pada bayi nasib anak yang dilahirkan dengan seksio sesarea banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan sektio sesarea.

B. Penelitian Terkait

Hasil penelitian Kenwa (2015), dengan judul pengaruh pemberian konseling terhadap depresi post partum di Puskesmas II Dan IV Denpasar Selatan menunjukkan bahwa hasil uji statistik *Independent Sample T-Test* diperoleh angka kemaknaan $p=0,04$ ($< 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa hipotesis H_0 ditolak dan H_1 diterima secara statistik ada perbedaan bermakna antara tingkat *postpartum blues* sebelum dan setelah intervensi.

Hasil Tindaon (2018), dengan judul efektivitas konseling terhadap *post partum blues* pada ibu primipara menunjukkan penelitian melalui kuesioner EPDS postpartum blues ibu primipara diperoleh p-value 0,000 Maka dapat disimpulkan bahwa ada efektivitas Konseling terhadap Postpartum Blues pada ibu primipara.

Hasil penelitian Murwati (2017), tindakan menggunakan Panduan Konseling Ibu Nifas berbasis Cognitive Behavior Terapi (CBT) dan untuk mengukur Depresi post partum menggunakan Edinburg postnatal Depression

Scale (EPDS). Hasil penelitian ditemukan syndrome depresi sebanyak 16% pada kelompok perlakuan dan 52% pada kelompok kontrol. Nilai $p = 0,014$, penerapan CBT pada Ibu postpartum dapat mencegah terjadinya depresi post partum.

Penelitian Winarni (2017), pengaruh pemberian Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) persiapan persalinan dan nifas terhadap kejadian postpartum blues, disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian KIE persiapan persalinan dan nifas terhadap kejadian postpartum blues.

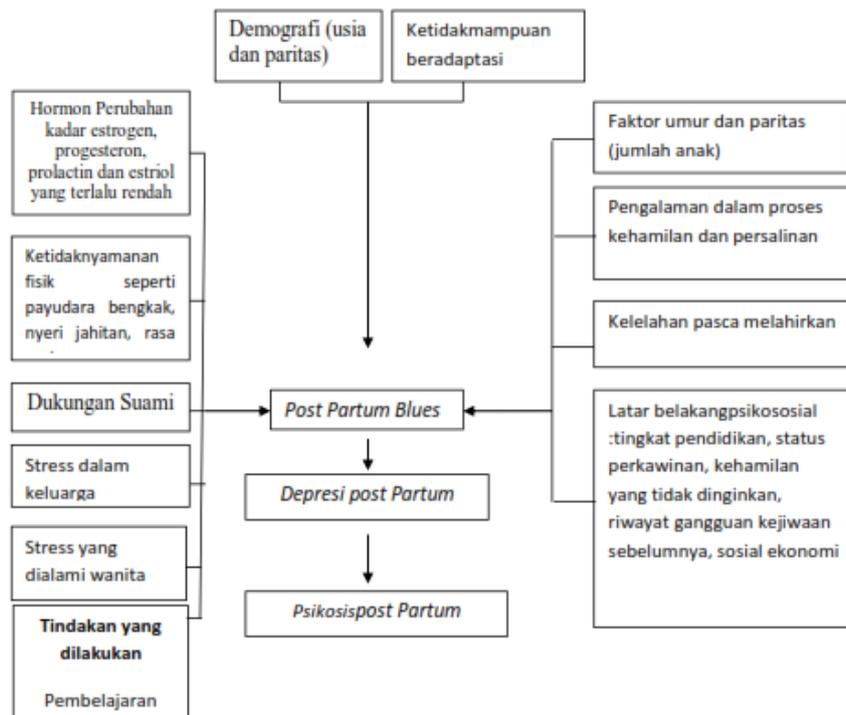
Penelitian Basri (2014), efektivitas psikoedukasi terhadap depresi postpartum di RSIA Sitti Fatimah dan RSIA Pertiwi Makassar tahun 2014, terdapat perbedaan antara kelompok psikoedukasi, booklet, dan kontrol. Hasil uji ANOVA menunjukkan antara kelompok psikoedukasi dengan booklet dan psikoedukasi dengan kontrol terdapat perbedaan yang bermakna ($p=0,001$), sedangkan kelompok booklet dan kontrol terdapat perbedaan namun tidak bermakna ($p=0,937$).

Penelitian Abdilah (2016), pengaruh psikoedukasi terhadap depresi *Postpartum* primipara yaitu dengan nilai p value 0.016 sehingga dapat disimpulkan bahwa terjadi penurunan tingkat depresi setelah dilakukan Psikoedukasi pada ibu *postpartum* primipara di Wilayah Kerja Puskesmas Plered Kabupaten Cirebon Tahun 2016.

Penelitian Azmi (2016), dengan judul pengaruh pemberian konseling terhadap depresi pada ibu postpartum di Pontianak Kalimantan Barat menunjukkan bahwa Dari hasil penelitian diperoleh, mean skor kelompok intervensi nilai p value =0,000 ($p<0,0.5$). Terdapat perbedaan nilai mean pada kelompok control $5,92\pm 2,46$ dan kelompok intervensi $14,28\pm 2,50$. Penelitian Muyassaroh (2017), dengan judul pengaruh tujuh kontak konseling laktasi terhadap kejadian *postpartum blues* menunjukkan bahwa uji beda pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dengan *uji mann whitney* didapatkan hasil $p = 0.000$, artinya ada perbedaan, artinya ada pengaruh tujuh kontak konseling laktasi terhadap kejadian *postpartum blues*.

Penelitian Kusnaningsih (2015), dengan judul paket pendidikan kesehatan dan teknik relaksasi menurunkan postpartum blues ibu pasca bedah sesar, menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan *postpartum blues* kejadian sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi ($p=0,000$).

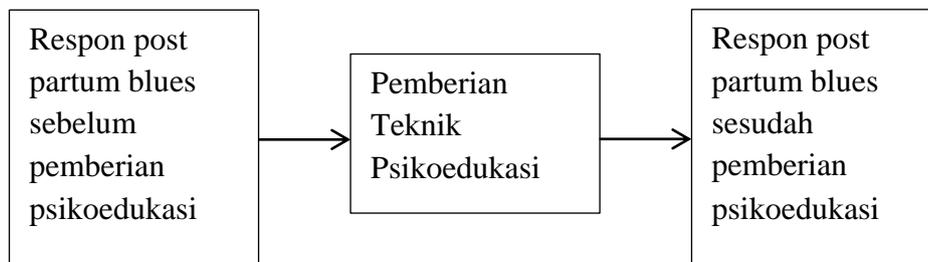
C. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Sari, (2021)

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan suatu jawaban sementara penelitian, patokan dugaan atau dalil sementara, yang kebenerannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018). Hipotesis pada penelitian ini adalah : Ada pengaruh psikoedukasi terhadap respon *post partum blues* pada pasien post operasi seksio sesarea di RSIA Anugerah Medikal Center kota Metro Provinsi Lampung Tahun 2023 dengan hasil *p-value* 0,000 ($p < 0,05$).