

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Beban Ganda

2.1.1 Pengertian

Arti kata beban dalam KBBI adalah sesuatu yang berat yang harus dilakukan atau ditanggung oleh seseorang yang memiliki tanggung jawabnya. Peran ganda adalah dua peran atau lebih yang dilakukan seseorang dalam waktu yang sama. Peran ganda dapat terjadi pada perempuan maupun laki-laki. Namun, beban ganda atau peran ganda sering dialami oleh wanita di masyarakat. Seorang wanita yang memasuki sektor publik tidak hanya memiliki beban kerja di luar saja, namun wanita dituntut melakukan pekerjaan rumah tangga karena dianggap menjadi kewajibannya, seperti memasak, mengasuh anak serta menjadi mitra suami (Dewi, 2020).

Beban ganda (double burden) artinya beban pekerjaan yang diterima salah satu jenis kelamin lebih banyak dibandingkan jenis kelamin lainnya. Peran reproduksi wanita seringkali dianggap peran yang statis dan permanen, walaupun sudah ada peningkatan jumlah wanita yang bekerja di sektor publik namun tidak diiringi dengan berkurangnya beban domestik (Kemen PPPA RI, 2023).

Beban ganda adalah tradisi (domestik) mencangkup peran wanita sebagai istri, ibu, dan pengelola rumah tangga. Beban ganda wanita terimplikasi pada peran kerja sebagai ibu rumah tangga (mencerminkan

feminine role), meski tidak langsung menghasilkan pendapatan. Secara produktif bekerja mendukung kaum pria sebagai kepala keluarga sekaligus pencari nafkah utama. Yang kedua wanita berperan sebagai pencari nafkah tambahan ataupun utama. Wanita yang memiliki peran publik ataupun peran domestik disebut wanita dengan beban ganda. (Hidayati, 2015).

Menurut Afrizal (2021) perempuan dengan beban ganda ialah perempuan yang memiliki peran domestik sekaligus memiliki peran sebagai individu dalam sektor publik.

2.1.2 Peran Wanita

Peran adalah bagian yang dimainkan individu pada setiap keadaan dan cara menyalurkan diri dengan keadaan. Wanita yang bekerja menghadapi situasi rumit yang menempatkan posisi mereka antara kepentingan keluarga dan kebutuhan untuk bekerja. Dalam hal ini, istri sendiri atau bersama suami berusaha memperoleh penghasilan, dengan demikian wanita yang bekerja dapat dianggap memiliki peran ganda (Akbar, 2017). Beban ganda merupakan partisipasi perempuan menyangkut tradisi dan transisi sebagai berikut:

- a. Peran tradisi atau domestic adalah mencakup peran perempuan sebagai seorang istri, ibu dan pengelola rumah tangga (Afrizal, 2021). Peran domestik akrab dengan sesuatu yang berkaitan dengan kegiatan didalam rumah tangga. Sosok yang dekat dengan kegiatan ini adalah perempuan. Hadirnya perempuan di ranah

domestic seolah menjadi kodrat alamiah. Hal ini dipicu karena proses untuk menjadi seorang perempuan yang berada dalam lingkungan domestik berkaitan dengan teori *nature*, yaitu sifat dasar manusia yang terbentuk karena faktor biologis. Perempuan yang telah menikah dan memiliki anak menjadi begitu lekat dengan ranah ini. Kegiatan domestik berupa apapun asal terjadi didalam lingkungan rumah, contohnya berbagai pekerjaan rumah tangga mulai dari membersihkan rumah hingga mengurus keperluan keluarga (Wahid & Lancia, 2018).

- b. Peran transisi meliputi peran perempuan sebagai tenaga kerja, anggota masyarakat dan manusia Pembangunan. Peran transisi perempuan sebagai tenaga kerja yaitu turut aktif dalam kegiatan ekonomi (mencari nafkah) diberbagai kegiatan sesuai keterampilan dan pendidikan yang dimiliki serta lapangan pekerjaan yang tersedia (Afrizal (2021).

2.1.3 Jenis – Jenis Kegiatan berdasarkan Peran

Berkaitan dengan peran gender tersebut, perlu diingat istilah-istilah kegiatan produktif, reproduktif dan kemasyarakatan yang digunakan dalam analisis gender terutama Model Moser dan Harvard, yaitu:

- a. Kegiatan produktif yaitu kegiatan yang dilakukan anggota masyarakat dalam rangka mencari nafkah. Kegiatan ini disebut juga kegiatan ekonomi karena menghasilkan uang secara langsung

atau barang yang dapat dinilai setara uang. Contoh kegiatan ini adalah bekerja menjadi buruh, petani, pengrajin dsb (Puspitawati, 2013). Kegiatan produktif untuk menghasilkan uang ini terbagi menjadi 2 jenis pekerjaan dalam sektor formal dan informal, yaitu sebagai berikut:

- 1) Pekerjaan sektor formal, yaitu seseorang yang bekerja secara terstruktur dan terorganisir serta syarat-syarat bekerja mereka dilindungi oleh peraturan dan hukum. Wanita yang memiliki pekerjaan disektor formal sangat terikat dengan peraturan dan hukum yang berlaku di tempat kerjanya. contohnya adalah buruh, pegawai swasta dan PNS (Hanifa Lisma Febita et al., 2021). Bekerja pada sektor formal artinya memiliki status pekerjaan yang berusaha dibantu buruh tetap/dibayar dan buruh/karyawan/pegawai.
- 2) Pekerjaan sektor informal umumnya merupakan usaha mandiri, penggunaan teknologi sederhana, modal yang kecil dan relative terorganisir. Beberapa alasan perempuan berkontribusi pada sektor informal yaitu tingginya tingkat pengangguran yang menyebabkan perempuan kehilangan kesempatan kerja di sektor formal, selain itu akibat keterampilan rendah, kondisi budaya dan tanggung jawab terhadap keluarga menyebabkan perempuan memilih untuk bekerja di sektor informal. Pada sektor ini tidak memiliki

persyaratan untuk memasukinya seperti keterampilan, pengalaman pelatihan dan syarat lain yang ada di sektor formal (Tyas Wandaweka & Purwanti, 2021). Contoh pekerjaan pada sektor informal adalah petani, pedagang, nelayan, asisten rumah tangga, pekerja lepas/*freelance*, seniman yang tidak berada dibawah lembaga seni, dsb (Kumparan, 2024).

- b. Kegiatan reproduktif yaitu kegiatan berhubungan erat dengan pemeliharaan dan pengembangan serta menjamin kelangsungan sumber daya manusia yang biasanya dilakukan dalam keluarga. Kegiatan ini tidak menghasilkan uang, biasanya dilakukan bersamaan dengan tanggung jawab domestik atau kemasyarakatan dalam beberapa referensi disebut reproduksi sosial. Contoh peran reproduksi adalah pengasuhan anak, pemeliharaan rumah, tugas-tugas domestik dan reproduksi tenaga kerja untuk saat ini dan masa yang akan datang (masak, bersih-bersih rumah).
- c. Kegiatan kemasyarakatan yang berkaitan dengan politik dan sosial budaya yaitu kegiatan yang dilakukan anggota masyarakat yang berhubungan dengan bidang politik, sosial dan kemasyarakatan dan mencakup penyediaan dan pemeliharaan sumber daya yang digunakan setiap orang seperti air bersih/irigasi, sekolah, Pendidikan, kegiatan

pemerintah local dan lain-lain. Kegiatan ini bisa menghasilkan uang dan bisa tidak menghasilkan uang (Puspitawati, 2013).

Tabel 2. 1 Peran Gender

No	Peran	Kegiatan	Contoh
1	Peran publik	Kegiatan Produktif	Bekerja baik di luar rumah maupun didalam rumah yang mendapatkan upah atau barang (<i>paid works</i>), misalnya wirausaha, penjahit, dokter, guru dsb
2	Peran Domestik	Kegiatan reproduktif	Bekerja didalam rumah sendiri dan tidak ada yang membayar (<i>Unpaid works</i>) karena untuk keperluan keluarga sendiri seperti memasak, menjahit, melatih anak, memijat suami dsb.
3	Peran kemasyarakatan	Kegiatan sosial	Kegiatan sosial budaya yang tidak dibayar tetapi memberikan manfaat bagi semua, misalnya pengajian, gotong royong, arisan, pertemuan adat dan sebagainya.

Sumber : (Puspitawati, 2013)

Kirantika (2020) dalam Afrizal (2021) mengatakan bahwa perempuan tidak lagi berperan sebagai ibu rumah tangga yang menjalankan fungsi reproduksi mengurus anak dan suami atau pekerjaan domestic lainnya, tetapi sudah berperan aktif dalam berbagai bidang kehidupan baik sosial, ekonomi maupun politik. Menurut Awaru dalam Sari & Agustang (2021) seorang wanita berkontribusi besar terhadap kesejahteraan keluarga karena partisipasinya dalam dunia kerja. Angka wanita pekerja di Indonesia dan juga di negara lain masih akan terus meningkat karena beberapa faktor seperti meningkatnya kesempatan belajar bagi wanita serta memungkinkan mereka untuk dapat menghandle masalah keluarga atau masalah kerja sekaligus. Menurut (Afrizal, 2021) hal ini menunjukkan bahwa beban kerja dan kebutuhan alokasi waktu bagi perempuan bertambah karena peran ganda yang dijalannya.

2.1.4 Faktor yang Memengaruhi Beban Ganda pada Wanita

Beban ganda pada wanita tak lepas dari budaya di masyarakat Indonesia yang dikenal sebagai budaya patriarki. Budaya patriarki adalah budaya dimana laki-laki mendapatkan wewenang lebih di masyarakat. Budaya ini menjadi akar terjadinya penguasaan atau dominasi laki-laki terhadap perempuan (D. Zuhri & Amalia, 2022). Dalam masyarakat patriarki wanita merupakan warga kelas dua yang berada di wilayah domestik (reproduktif) dan laki-laki ada di wilayah publik (produktif), kondisi tersebut seakan menjadi hal kodrati dalam pola

relasi pria dan wanita (Hidayati, 2015). Kurangnya keterlibatan laki-laki dalam urusan domestik membuat wanita yang memiliki pekerjaan di sektor publik terbebani (Mahardika, 2020).

Ketika wanita bekerja, wanita harus tetap melakukan perannya sebagai ibu rumah tangga karena dianggap sudah menjadi kodrat seorang wanita. Secara umum, faktor yang mendorong wanita untuk bekerja menurut Hidayati, (2015), yaitu:

a. Ekonomi

Faktor ekonomi menjadi satu dari sekian faktor pendorong wanita untuk berkarir. Suami yang tidak dapat mencukupi kebutuhan keluarganya akan secara langsung dan tidak langsung menuntut istri untuk ikut bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Selain itu, wanita yang merasa memiliki terlalu banyak kebutuhan tambahan akan sangat tertarik meniti karir agar kebutuhannya dapat terpenuhi tanpa harus bergantung kepada suaminya.

b. Eksistensi diri

Pendidikan tinggi serta kemampuan wanita mengharuskan wanita lebih eksis di masyarakat. Wanita yang memilih bekerja karena memiliki kebutuhan relasi sosial tinggi dan tempat kerja dapat mencukupi kebutuhan tersebut. Penerimaan sosial akan adanya identitas sosial yang diperoleh melalui rekan kerja membuat wanita memilih bekerja, karena menurut mereka bergaul dengan rekan kantor lebih menyenangkan daripada di rumah. Selain itu,

aktualisasi diri juga merupakan salah satu faktor pemicu peran ganda kepuasan dan keinginan untuk meningkatkan dirinya dapat diraih dengan manjajaki dunia karir, dimana peningkatan karier karena kinerja yang baik merupakan *reward*.

c. Alasan Sosial

Faktor sosial mendorong wanita berkarir adalah keinginan untuk ikut serta dalam lingkungan yang aktif. Jika seorang wanita bergaul di kalangan wanita karier tidak menutup kemungkinan wanita tersebut akan ikut menuai karier juga. Wanita yang memiliki status sosial yang tinggi, salah satu pencapaiannya adalah dengan berkarir. Seorang yang aktif dalam kehidupannya akan merasa kurang jika tidak melakukan karir dan memiliki profesi tertentu.

d. Alasan Budaya

Budaya atau adat yang ada di masyarakat tidak semuanya menuntut para pria untuk bekerja memenuhi kebutuhan hidup keluarga. Ada budaya yang justru menuntut para perempuan untuk bekerja memenuhi kebutuhan keluarga. Adat dan budaya yang seperti ini secara tidak langsung menuntut dan memaksa perempuan untuk bekerja dan berkarir menjadi tulang punggung keluarganya. Perempuan karier yang seperti inilah yang menuai pekerjaannya mungkin dengan agak sedikit terpaksa. Budaya yang ada membuat perempuan secara terpaksa harus berperan ganda menjadi ibu rumah tangga serta mencari nafkah bagi keluarga.

Selain faktor diatas, terdapat faktor yang menjadikan seorang wanita memiliki beban ganda yaitu adanya ketidakadilan gender yang didapatkan wanita, yaitu sebagai berikut:

a. Marginalisasi atau Peminggiran Perempuan

1) Marginalisasi merupakan proses pemiskinan dimana proses, perilaku masyarakat, sikap ataupun kebijakan negara yang berakibat pada penyesihan/pemiskinan bagi perempuan atau laki-laki.

2) Contoh marginalisasi dalam keluarga:

a) Suami meminta istri untuk tidak bekerja dan harus mengasuh anak tanpa meminta pendapat istri.

b) Orang tua memprioritaskan Pendidikan anak laki-laki lebih tinggi dibandingkan anak perempuan, karena terdapat anggapan bahwa anak perempuan akan menjadi istri dan ibu sehingga tidak memerlukan Pendidikan tinggi.

b. Subordinasi

1) Subordinasi merupakan keyakinan bahwa salah satu jenis kelamin dianggap lebih penting (lebih utama) dibanding yang lainnya sehingga ada jenis kelamin yang merasa tidak didengar suaranya dan dinomorduakan bahkan tenaganya cenderung dieksploitasi.

2) Contoh subordinasi dalam keluarga:

- a) Banyak pekerjaan yang dianggap sebagai pekerjaan perempuan yang dinilai rendah dibandingkan pekerjaan laki-laki seperti menjadi seorang guru di taman kanak-kanak, perawat dsb. Hal tersebut berpengaruh terhadap anak laki-laki dan perempuan.
- b) Apabilan seorang istri hendak mengikuti tugas belajar atau hendak bepergian, istri harus mendapat izin dari suaminya tetapi suami dapat mengambil keputusannya sendiri tanpa harus mendapat izin dari istri bila hendak bepergian. Hal ini menempatkan posisi yang kurang penting bagi perempuan.

c. Pandangan *Stereotype*

- 1) *Stereotype* merupakan sebuah pelabelan/penandaan, seringkali bersifat negatif secara umum kepada satu jenis kelamin tertentu. Hal ini melahirkan ketidakadilan dan diskriminasi bersumber dari pandangan gender.

2) Contoh *Stereotype* dalam keluarga:

- a) Label perempuan sebagai ibu rumah tangga yang merupakan sebagai pelaksana pekerjaan yang berkaitan dengan tugas domestik saja.
- b) Label laki-laki sebagai pencari nafkah utama (*A main breadwinner*) mengakibatkan apa saja yang dihasilkan oleh

perempuan dianggap sambilan saja (*A secondary breadwinner*) sehingga kurang dihargai.

c) Label laki-laki sebagai makhluk rasional sedangkan perempuan sebagai makhluk emosional. Sehingga apabila laki-laki marah, dianggap tegas tetapi bila perempuan marah atau tersinggung dianggap emosional dan tidak menahan diri.

d. Kekerasan

1) Kekerasan (*Violence*) merupakan serangan terhadap fisik ataupun integritas mental psikologi seseorang. Kekerasan tidak hanya serangan fisik (pemeriksaan, pemukulan, penyiksaan) tetapi dapat berupa nonfisik (pelecehan seksual, ancaman, paksaan) sehingga baik perempuan ataupun laki-laki yang mengalaminya secara emosional akan terusik batinnya.

2) Contoh kekerasan fisik ataupun psikologis dalam keluarga:

- a) Istri menghina kegagalan karier suami
- b) Istri tidak boleh bekerja oleh suami setelah menikah
- c) Istri tidak diperbolehkan mengikuti pelatihan atau upaya meningkatkan sumberdayanya.
- d) Istri tidak boleh mengikuti kegiatan sosial di luar rumah
- e) Suami membatasi dan memantau pengeluaran uang belanja secara ketat

f) Suami ataupun istri memukul atau melakukan kekerasan secara fisik pada pasangannya.

g) Orang tua memukul dan menghajar anaknya.

e. Beban Kerja

1) Beban kerja merupakan peran serta tanggung jawab dalam melakukan berbagai jenis kegiatan sehari-hari. Beban kerja ganda ini sering kali dipandang dari sudut budaya sebagai bentuk pengabdian dan pengorbanan. Namun, harus ada batasan dari pengorbanan ini karena pengorbanan tanpa batas berarti ada ketidakadilan.

2) Contoh beban kerja ganda dalam keluarga:

a) Perempuan menjalankan peran ganda (*double or triple roles*) sekaligus seperti peran sebagai ibu, istri, dan pekerja. Dengan demikian, perempuan melakukan beban ganda (*Double burden*) yang memberatkan seperti setelah pulang bekerja masih melakukan pekerjaan domestik, sedangkan laki-laki setelah bekerja lalu pulang dan istirahat di rumah.

b) Seorang ibu dan anak perempuannya memiliki tugas menyiapkan makan dan menyediakan di atas meja makan, kemudian merapikan kembali sampai mencuci piring kotor. Sedangkan seorang bapak dan anak laki-lakinya

meninggalkan mena makan setelah selesai tanpa merasa berkewajiban untuk merapihkan

- c) Istri yang bekerja harus tetap melakukan pekerjaan domestik karena dianggap harus tetap menjalankan kewajibannya (Puspitawati, 2013).

Konflik peran ganda muncul apabila wanita merasakan ketegangan antara peran pekerjaan dengan peran keluarga, Greenhaus dan Beutell dalam Akbar (2017) ada tiga macam konflik peran ganda yaitu:

- a. *Time-based conflict*

Waktu yang dibutuhkan untuk menjalankan salah satu tuntutan (keluarga atau pekerjaan) dapat mengurangi waktu untuk menjalankan tuntutan yang lainnya (pekerjaan atau keluarga).

- b. *Strain-based conflict*

Terjadi tekanan dari salah satu peran mempengaruhi kinerja peran lainnya.

- c. *Behavior-based conflict*

Berhubungan dengan ketidaksesuaian antara pola perilaku dengan yang diinginkan oleh kedua bagian (pekerjaan atau keluarga)

2.1.5 Dampak Beban Ganda pada Wanita

- a. Dampak positif peran ganda perempuan bekerja antaranya:
 - 1) Menambah penghasilan keluarga. Ibu yang memiliki pekerjaan bertujuan untuk membantu memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga.
 - 2) Terbangun rasa saling pengertian antara anggota keluarga. Ibu yang bekerja lebih banyak menghabiskan waktunya di tempat kerja sehingga waktu untuk bertemu dengan anggota keluarga terbatas sehingga akan terbangun rasa saling mengerti.
- b. Dampak negative peran ganda perempuan bekerja antaranya:
 - 1) Waktu untuk berkumpul dengan keluarga menjadi terbatas
Waktu yang dimiliki oleh pekerja perempuan banyak dihabiskan untuk bekerja sehingga waktu berkumpul dengan keluarga terutama dengan suami dan anaknya.
 - 2) Adanya beban kerja ganda yang ditanggung Perempuan
Banyaknya tanggung jawab yang harus dijalankan oleh buruh perempuan membuat mereka memiliki beban kerja ganda. Beban kerja ganda yang harus di tanggung sebagai pekerja yang harus menjalankan kegiatan dalam lingkungan kerjanya sebelum dan setelah pulang mereka masih harus menjalankan kegiatan dalam lingkungan (Gussevi et al., 2021).

2.1.6 Dampak Beban Ganda terhadap masalah Psikologis

Menurut Wulandhari dalam (Agustin, 2023) keputusan seorang wanita untuk berkarir ditengah perannya sebagai seorang ibu rumah tangga merupakan hal yang perlu dipikirkan dengan matang, karena harus membagi waktu antara berkarir dan juga mengurus rumah tangga. Permasalahan yang dihadapi ibu peran ganda muncul saat memiliki rasa tegang antara peran formal dalam pekerjaannya dan juga perannya sebagai ibu rumah tangga di keluarganya (Ayu & Priastuty, 2021). Menjalankan peran sebagai ibu rumah tangga sekaligus wanita karir dapat memicu konflik-konflik yang terjadi dalam kehidupan serta dapat menyebabkan terjadinya kelelahan secara fisik, mental, dan juga emosional yang biasa dikenal dengan istilah burnout (Khamndiniyati, 2019). Menurut Rizka dalam Agustin (2023) kondisi burnout yang muncul dapat mengakibatkan gangguan pada kesehatan yang berakibat terjadinya penurunan kualitas dalam diri. Burnout adalah kondisi dimana seseorang merasa kelelahan secara fisik, emosional dan mental yang biasa terjadi karena tuntutan peran yang harus dijalankan secara bersamaan.

Faktor yang menjadi penyebab terjadinya burnout menurut Maslach & Leite dalam (Agustin, 2023) yaitu, beban kerja (workload), kontrol (control), penghargaan (reward), komunitas (community), ketidakadilan (fairless), nilai (values). Usia dan lamanya bekerja memiliki pengaruh yang sangat penting terhadap level stress dan juga

sindrom burnout, dimana pekerja dengan usia lebih tua dan lebih lama bekerja berpotensi memiliki level stress dan resiko yang lebih tinggi terkena sindrom burnout (Stanetic & Tesanovic dalam Agustin, 2023).

Menurut Mundar dalam (Ginting, 2019) menyatakan bahwa tuntutan dalam menjalankan peran ganda tentu berbeda dengan ibu yang tidak menjalankan peran ganda. Karena ibu peran ganda memiliki tanggung jawab yang lebih besar dalam mengurus pekerjaan dan juga mengurus keluarga, tidak jarang yang mengalami burnout karena tuntutan-tuntutan tersebut. Wanita yang memiliki peran ganda rentan mengalami stress kerja, hal ini karena keikutsertaan wanita terhadap beberapa peran yang dimilikinya khususnya sebagai ibu rumah tangga dan wanita pekerja yang terkadang sering memicu kesulitannya sendiri. Konflik pekerjaan terjadi apabila pengalaman dalam pekerjaan mengganggu peran dalam keluarga atau konflik keluarga yang bertentangan dengan tuntutan peran dari pekerjaan, yang artinya peran dalam keluarga mengganggu peran dalam pekerjaan. Desi wulandari dalam (Ginting, 2019) mengungkapkan seandainya semakin tinggi konflik peran ganda maka akan semakin tinggi stress kerja yang dialami, namun sebaliknya semakin rendah konflik peran ganda maka akan semakin rendah stress kerja.

Menurut Greenhaus & Beutell dalam Iswari & Pradhanawati, 2018) menyatakan bahwa seseorang yang mengalami konflik peran ganda akan merasakan ketegangan dalam bekerja. Konflik peran ini bersifat

psikologis, gejala yang terlihat pada individu yang mengalami konflik peran ini adalah frustrasi, rasa bersalah, kegelisahan, keletihan. Faktor-faktor penyebab konflik peran ganda, diantaranya:

- a. Permintaan waktu akan peran yang tercampur dengan pengambilan bagian dalam peran yang lain;
- b. Stres yang dimulai dalam satu peran yang terjatuh ke dalam peran lain dikurangi dari kualitas hidup dalam peran itu;
- c. Kecemasan dan kelelahan yang disebabkan ketegangan dari satu peran dapat mempersulit untuk peran yang lainnya;
- d. Perilaku yang efektif dan tepat dalam satu peran tetapi tidak efektif dan tidak tepat saat dipindahkan ke peran yang lainnya

2.1.7 Alat ukur Beban Ganda

Alat ukur yang akan digunakan untuk mengukur beban ganda ialah profil kegiatan atau *Harvard Analytical Framework* yang merupakan alokasi waktu antara laki-laki dan perempuan dalam keluarga, analisis ini dapat dipakai untuk melihat relasi perempuan dan laki-laki berdasarkan pembagian waktu. Profil kegiatan yakni mengidentifikasi tugas-tugas produktif dan reproduktif dalam keluarga dan komunitas. Pertanyaan utama adalah siapa “siapa melakukan apa?”. Parameter lain yang dapat diukur adalah gender dan umur, alokasi waktu, tempat kegiatan, atau dapat ditambahkan kategori kegiatan sosial kemasyarakatan, keagamaan, bahkan politik. Berdasarkan waktunya, profil kegiatan ini dapat dibuat harian, bulanan dan

musiman. Berdasarkan data-data profil kegiatan dapat memperlihatkan beban kerja yang dilakukan antara laki-laki dan perempuan. Umumnya perempuan beban kerjanya lebih berat dibandingkan dengan laki-laki, beban ini diwariskan secara turun temurun sehingga dianggap kelaziman dan tidak bernilai ekonomis (Nurjismi et al., 2013).

a. Tujuan Alat analisis *Harvard* yaitu:

- 1) Menunjukkan investasi dan kontribusi ekonomi gender
- 2) Membantu perencanaan proyek yang efisien dan efektif
- 3) Mencari informasi rinci (efisiensi proyek dan pencapaian kesetaraan gender)
- 4) Memetakan tugas perempuan dan laki-laki di tingkat masyarakat beserta faktor pembeda (Puspitawati, 2013)

b. Kelebihan dari Kerangka *Harvard*

- 1) Mudah digunakan khususnya pada analisis mikro yakni level komunitas dan keluarga
- 2) Berguna untuk informasi yang detail
- 3) Fokus pada hal kasat mata, fakta objektif, fokus pada perbedaan gender dan bukan pada kesenjangan
- 4) Mudah disimulasikan pada pemula/awam

c. Keterbatasan kerangka *Harvard*:

- 1) Tidak efektif untuk sumberdaya yang tidak kasat mata seperti jaringan sosial dan sosial kapital, karena berfokus pada sumberdaya yang kasat mata

- 2) Menyederhanakan relasi gender yang kompleks, sehingga aspek negosiasi, tawar menawar dan pembagian peran tidak terlihat (Sholichah et al., 2022).

Beban ganda diidentifikasi berdasarkan jumlah jam kerja/kegiatan yang dilakukan ibu sebagai pandangan gender dalam keluarga. Berikut merupakan kategori beban ganda berdasarkan frekuensi jam kerja sektor publik dan domestik menurut Naimah & Yudianti (2018) adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 2 Kategori beban kerja berdasarkan frekuensi jam kerja sektor publik dan domestic

Sektor Publik	Sektor Domestik
Rendah (<409 menit/hari)	Rendah (<90 menit/hari)
Sedang (409-684 menit/hari)	Sedang (90 – 25 menit/hari)
Tinggi (>684 menit/hari)	Tinggi (>250 menit/hari)

Sumber : Naimah & Yudianti (2018)

Tabel 2. 3 Kategori beban ganda

Beban Ganda
Tinggi (> 856 menit/hari)
Sedang (579 – 856 menit/hari)
Rendah (<579 menit/hari)

Sumber: Naimah & Yudianti (2018)

Berikut merupakan contoh profil kegiatan Harvard:

Tabel 2. 4 Contoh profil kegiatan keluarga

waktu	Kegiatan	Pelaku Kegiatan				Tipe Kegiatan		
		Lk	Perem- puan	Anak Laki- laki	Anak- Perem- puan	Pro- duktif	Repro duktif	sosial
05.00	Bangun		X		X		X	
05.30	Memasak		X		X		X	
06.00	Mencuci				X		X	
06.30	Makan pagi	X	X	X	X		X	
07.00	Ke kebun	X				X		
	Dst...							

Sumber : (Nurjasmii et al., 2013)

Tabel 2. 5 Contoh profil kegiatan istri

Waktu	Kegiatan	Tipe Kegiatan		Jenis Sektor			Lama waktu yang dipakai
		Produktif	Reproduktif	Sosial	Publik	domestik	
04.00	Bangun tidur						
04.00- 04.10	Sholat						
04.10- 05.00	Masak		V			V	50 menit
05.00- 05.30	Bersih- bersih		V			V	30 menit
05.30- 06.00	Mandi						
06.00- 06.10	Menyiapkan makan		V			V	10 menit
06.10- 06.20	Makan pagi						
06.20- 06.30	Cuci piring		V			V	10 menit
07.00- 15.00	Kerja	V			V		480 menit
15.00- 15.30	Belanja		V			V	30 menit
15.45- 16.00	Menyiapkan makan		V			V	15 menit

16.30-16.40	Cuci piring	V	V	10 menit
16.40-17.00	Mandi dan sholat			
17.00-18.00	Cuci baju	V	V	60 menit
18.00-18.10	sholat			
18.10-18.20	Menyiapkan makan	V	V	10 menit
18.30-18.40	Makan malam			
18.40-18.40	Cuci piring	V	V	10 menit
18.50-19.20	Setrika baju	V	V	30 menit
19.20-21.00	Menonton tv			
21.00	Tidur malam			

(A. Putri, (2017)

Tabel 2. 6 Contoh profil kegiatan suami

Waktu	Kegiatan	Tipe Kegiatan		Jenis Sektor			Lama waktu yang dipakai
		Produktif	Reproduktif	Sosial	Publik	domestik	
05.30	Bangun tidur						
05.30-06.00	Mandi dan sholat						
06.00-06.30	Minum kopi						
06.30-06.40	Mandi						
07.00-15.00	Kerja	V			V		480 menit
15.30-16.00	Mandi dan sholat						
15.50-16.00	Makan						
16.00-16.10	Baca koran						
18.00-18.10	sholat						
18.10-18.30	Nonton tv						

18.30-	Makan
18.40	malam
18.40-	Nonton tv
21.00	
21.00	Tidur

Sumber : A. Putri, (2017)

Analisis profil kegiatan yaitu merekap keseluruhan kegiatan keluarga berdasarkan pelaku kegiatan, tipe kegiatan serta jenis sektor (publik/domestik) kecuali aktivitas tidru, sholat, mandi, makan dan menonton tv. Contoh diatas merupakan profil kegiatan keluarga yang terdiri dari istri dan suami. Dalam sehari terhitung kegiatan suami dalam sektor public dengan curahan waktu sebanyak 8 jam. Sedangkan kegiatan istri dalam sektor public dengan curahan waktu sebanyak 8 jam dan sektor domestik sebanyak 4 jam 35 menit sehingga total waktu yang dikerjakan istri (sektor publik dan domestik) sebanyak 12 jam 35 menit dalam satu hari (A. Putri, 2017).

2.1.8 Standar Deviasi

Standar deviasi adalah nilai yang menunjukkan tingkat (derajat) variasi kelompok data atau ukuran standar penyimpangan dari meannya, yang umumnya diberi lambang atau SD (Rosalina et al., 2023). Berikut merupakan rumus untuk menentukan standar deviasi:

$$\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

Keterangan:

x_i = data tengah (median dari tiap interval)

\bar{x} = rata-rata (mean)

n = banyaknya data sampel.

Penentuan jumlah jam kerja dengan standar deviasi ialah penentuan kedudukan dengan membagi kelompok, tiap kelompok dibatasi oleh standar deviasi tertentu. Menurut Azwar (2012) untuk menentukan kategori hasil pengukuran menjadi tiga kategori menggunakan rumus sebagai berikut:

- a. Kategori Rendah = $X < M - 1SD$
- b. Kategori Sedang = $X - 1SD \leq X < M + 1SD$
- c. Kategori Tinggi = $M + 1SD \leq X$

Keterangan :

M : Mean

SD : Standar Deviasi

2.2 Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir Ketika alat kandungan kembali seperti keadaan semula sebelum hamil, masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Adapun asuhan pada masa nifas dilakukan bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga (Wahyuningsih, 2018). Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu puerperium dini (*immediate puerperium*), *puerperium intermedial* (*early puerperium*) dan *remote puerperium* (*later puerperium*).

2.2.1 Puerperium dini (Immediate puerperium)

Puerperium dini yaitu pemulihan saat ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0 – 24 jam postpartum)

2.2.2 Puerperium intermediate (*Early puerperium*)

Yaitu masa pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu

2.2.3 Remote Puerperium (*Later puerperium*)

Yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi. (Sulfanti et al., 2021)

2.3 Perubahan Psikologi Ibu Nifas

Perubahan psikologis memiliki peranan penting. Pada masa ini, ibu nifas menjadi sangat sensitive, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga terdekat. Setelah proses kelahiran tanggung jawab keluarga bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir, dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif bagi ibu. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan melalui fase sebagai berikut:

2.3.1 Fase Taking In

Fase *taking in* merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini ibu memiliki fokus perhatian terutama pada bayinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya,

pada fase ini ibu cenderung pasif terhadap lingkungannya, kelelahan membuat ibu memerlukan istirahat cukup untuk mencegah kurang tidur dan mudah tersinggung (Khasanah & Sulistyawati, 2017).

2.3.2 Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayinya. Perasaan sensitif pada fase ini membuat ibu mudah tersinggung, oleh karena itu sangat diperlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat bayinya sehingga tumbuh percaya diri. Ada kalanya ibu mengalami perasaan sedih berkaitan dengan bayinya yang sering disebut *baby blues* yang disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil, sehingga sulit menerima kehadiran bayinya. Banyak ketakutan dan kekhawatiran pada ibu yang baru saja melahirkan yang dapat menimbulkan stres psikologis, namun hal itu dapat dicegah dan diantisipasi apabila ibu mendapatkan dukungan oleh suami, keluarga terdekat ataupun tenaga kesehatan (Khasanah & Sulistyawati, 2017).

2.3.3 Fase Letting Go

Fase *letting go* terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayinya, ibu harus beradaptasi dengan kebutuhan bayinya yang sangat

bergantung yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dalam berhubungan sosial. Pada fase *letting go* pada umumnya terjadi depresi postpartum (Khasanah & Sulistyawati, 2017).

2.4 Depresi Postpartum

2.4.1 Definisi

Depresi postpartum merupakan gangguan psikologis yang muncul setelah beberapa minggu postpartum, biasanya minggu 2-3 bahkan dapat berlanjut sampai 1-2 tahun dengan gejalanya berupa perasaan sedih, mudah tersinggung, menangis tanpa sebab yang jelas, gangguan makan, gangguan tidur, mudah lelah, kesulitan dalam melakukan aktifitas sehari-hari, susah berkonsentrasi, perasaan bersalah, perasaan tidak berharga, kehilangan harapan akan masa depan, curiga, kurangnya minat terhadap bayi dan perasaan tidak mampu menjadi ibu (Kusuma, 2019). Dalam referensi lain disebutkan bahwa depresi pascapersalinan paling sering terjadi dalam waktu 6 minggu setelah melahirkan. PPD terjadi pada sekitar 6,5% hingga 20% wanita. Penyakit ini lebih sering terjadi pada remaja putri, ibu yang melahirkan bayi prematur, dan wanita yang tinggal di daerah perkotaan. Menurut Sari (2020) depresi postpartum dialami oleh ibu 4 minggu setelah melahirkan. Tanda-tanda yang menyertai adalah perasaan sedih, menurunnya suasana hati, hilang minat dalam kegiatan sehari-hari, peningkatan atau penurunan berat badan yang signifikan, merasa bersalah atau tidak berguna, penurunan konsentrasi, kelelahan serta

timbulnya ide bunuh diri. Pada kasus yang berat depresi dapat menjadi psikotik, dengan halusinasi, waham dan pikiran untuk membunuh bayi.

Menurut Wahyuni dalam Sari (2020) dampak negatif dari depresi postpartum tidak hanya dialami ibu namun dapat berdampak pada anak dan keluarganya. Ibu yang mengalami depresi tersebut, minat dan ketertarikan terhadap bayinya dapat berkurang. Ibunya kurang merespon dengan positif seperti pada saat bayi menangis. Ibu dengan depresi postpartum tidak mampu merawat bayinya secara optimal dan menjadi malas memberikan ASI secara langsung.

Prevalensi depresi postpartum sangat tinggi di beberapa negara dan mungkin disebabkan oleh variabel lintas budaya, faktor kerentanan biologis dan lingkungan sosio-ekonomi yang berbeda, seperti tingkat dukungan sosial dan stress (Coca et al., 2023).

2.4.2 Etiologi

Penyebab depresi postpartum belum diketahui secara pasti, namun banyak penelitian dan Pustaka yang menyebutkan penyebab tersebut berasal dari faktor biologis ataupun psikososial. Penurunan hormon progesteron yang signifikan dapat mempengaruhi suasana hati dari ibu. Berbagai faktor fisiologis dan psikososial diteliti dapat menjadi penyebab dari depresi postpartum. Menurut Brummelte & Galea dalam Sari (2020) beberapa hal yang diduga menjadi etiologi depresi postpartum antara lain:

a. Neurologi postpartum

Depresi postpartum secara mekanisme biologi berhubungan dengan adanya gangguan depresif mayor. Secara umum, depresi berintegritas dengan penyakit pada sirkuit neuron dengan ditandai adanya pengurangan volume otak. Pengurangan ini terjadi pada seseorang yang mengalami gejala depresi mayor. Semakin lama seseorang mengalami gejala tersebut, maka akan semakin berkurang volume otaknya. Jumlah yang berkurang yaitu protein otak yang berfungsi mencetuskan pertumbuhan neuron dan formasi sinaps. Adanya stres dan depresi dapat mengurangi jumlah protein otak tersebut. Penelitian juga menunjukkan bahwa setelah dilahirkannya plasenta pada saat persalinan maka kadar estrogen dan progesterone plasma dari sang ibu mulai turun secara drastis. Kedua hormon tersebut memiliki efek neural pada konsentrasi psikologis. Maka dari itu, dengan adanya penurunan drastis dari hormon tersebut dapat berefek pada psikologis.

b. Gangguan Autoimun

Selama persalinan, seorang ibu terpapar berbagai antigen fetal. Suatu penelitian menduga bahwa akibat adanya paparan tersebut berefek pada kondisi psikologis ibu. Seorang ibu menjadi cenderung emosional yang diduga asalnya dari gangguan autoimun tersebut

c. Gangguan Tidur dan Ritme Sikardian

Ketika seorang ibu melahirkan maka ia akan mengalami masa adaptasi untuk perannya yang baru. Dengan adanya peran baru tersebut, seorang ibu menjadi kekurangan waktu tidurnya karena harus menjaga bayinya. Aktivitas itu cenderung membuat ibu menjadi kelelahan atau fatigue sehingga bisa memicu terjadinya depresi. Kurangnya waktu tidur menyebabkan hormone tidur yang dihasilkan di kelenjar pineal otak menjadi berkurang. Hormon tersebut adalah hormon melatonin. Terganggunya produksi hormon tersebut merupakan kontributor terhadap depresi postpartum.

2.4.3 Patofisiologi

Patofisiologi depresi postpartum dapat disebabkan oleh perubahan beberapa sistem biologis dan endokrin, misalnya sistem imunologi, sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA), dan hormon laktogenik. Sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) diketahui terlibat dalam proses penyakit depresi pasca melahirkan. Sumbu HPA menyebabkan pelepasan kortisol pada trauma dan stres, dan jika fungsi sumbu HPA tidak normal, maka respon pelepasan katekolamin menurun sehingga menyebabkan respon stres yang buruk. Hormon pelepas HPA meningkat selama kehamilan dan tetap meningkat hingga 12 minggu setelah melahirkan (Mughal et al., 2022).

Menurut Cardaillac C et.al dalam Mughal et al. (2022) perubahan cepat pada hormon reproduksi seperti estradiol dan progesteron setelah melahirkan dapat menjadi pemicu stres pada wanita yang rentan, dan perubahan ini dapat menyebabkan timbulnya gejala depresi. Oksitosin dan prolaktin juga berperan penting dalam patogenesis depresi postpartum. Hormon-hormon ini mengatur refleksi pengeluaran ASI serta sintesis ASI. Sering diamati bahwa kegagalan laktat dan timbulnya depresi postpartum terjadi pada waktu yang bersamaan. Tingkat oksitosin yang rendah terutama terlihat pada depresi postpartum dan penyapihan dini yang tidak diinginkan. Selama trimester ketiga, kadar oksitosin yang lebih rendah dikaitkan dengan peningkatan gejala depresi selama kehamilan dan setelah melahirkan.

2.4.4 Tanda Gejala

Depresi pascapersalinan didiagnosis ketika setidaknya lima gejala depresi muncul selama minimal 2 minggu. Dalam Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM-5), depresi pascapersalinan dianggap ketika pasien mengalami episode depresi berat bersamaan dengan permulaan peripartum, dan tidak disebutkan sebagai penyakit terpisah. Menurut definisi, ini didefinisikan sebagai episode depresi berat yang terjadi pada awal kehamilan atau dalam waktu 4 minggu setelah melahirkan. Kesembilan gejala tersebut muncul hampir setiap hari dan mewakili perubahan dari rutinitas

sebelumnya. Diagnosis harus mencakup depresi atau anhedonia (kehilangan minat) selain lima gejala yang akan didiagnosis.

- a. Suasana hati yang tertekan muncul hampir sepanjang hari
- b. Kehilangan minat atau kesenangan, hampir sepanjang hari
- c. Insomnia atau hypersomnia
- d. Retardasi atau agitasi psikomotor
- e. Ketidakberhargaan atau rasa bersalah
- f. Kehilangan energi atau kelelahan
- g. Ide atau Upaya bunuh diri dan pikiran berulang tentang kematian
- h. Gangguan konsentrasi atau keragu-raguan
- i. Perubahan berat badan atau nafsu makan (perubahan berat badan 5% selama 1 bulan)

Tanda dan gejala PPD identik dengan depresi non-nifas dengan tambahan riwayat melahirkan. Gejalanya meliputi suasana hati tertekan, kehilangan minat, perubahan pola tidur, perubahan nafsu makan, perasaan tidak berharga, ketidakmampuan berkonsentrasi, dan keinginan untuk bunuh diri. Wanita juga mungkin mengalami kecemasan. Pasien yang menderita PPD mungkin juga memiliki gejala psikotik, termasuk delusi dan halusinasi (suara yang mengatakan akan menyakiti bayi). (Mughal et al., 2022)

Pieter dan Lubis (2010) dalam (Susilowati, 2014) mengemukakan bahwa gejala fisik dari depresi postpartum antara lain:

- a. Sakit kepala atau pusing

- b. Nyeri lambung dan mual bahkan muntah-muntah
- c. Nyeri dada dan sesak napas
- d. Gangguan tidur/sulit tidur
- e. Jantung berdebar-debar
- f. Tidak nafsu makan atau makan berlebihan
- g. Diare
- h. Lesu dan tidak bergairah
- i. Gerakan lambat
- j. Berat badan turun
- k. Gangguan menstruasi dan tidak respon pada hubungan seks

Wanita dengan depresi postpartum tidak mudah diidentifikasi, dapat menunjukkan tanda dan gejala yang bervariasi. Gejala awal terjadinya tidak mudah untuk ditentukan, biasanya penderita sudah menampakkan tanda sebelum memasuki masa postpartum. Tanda dan gejalanya seperti mudah menangis, putus asa, tidak bergairah dalam kehidupannya, selalu ada dalam keadaan sedih, adanya keinginan untuk bunuh diri, cemas, dan adanya kekhawatiran yang berlebihan (irrational thinking) dengan kesehatan dirinya dan bayinya. Depresi postpartum merupakan gangguan perasaan yang dialami ibu setelah melahirkan dimana yang bersangkutan merasakan kesedihan, kehilangan energi, susah berkonsentrasi, gundah gulana, dan perasaan bersalah dan tak berharga. Depresi postpartum dapat terjadi kapanpun dalam jangka satu tahun setelah melahirkan. (Susilowati, 2014)

2.4.5 Faktor Resiko

a. Faktor sosiodemografi

Menurut Zaidi F et.al. dalam Muacevic & Adler (2022) wanita pasca melahirkan berusia dibawah 25 tahun tiga kali lipat beresiko mengalami depresi postpartum. Status hubungan ibu, termasuk perkawinan formal, perkawinan “de facto” atau tidak adanya hubungan apapun dengan ayah kandung bayi menjadi salah satu faktor yang sering di pelajari pada depresi postpartum. Status sosial ekonomi yang lebih rendah ditunjukkan oleh faktor-faktor seperti pendapatan rendah, tingkat pendidikan yang lebih rendah, rendahnya tingkat melek huruf, dan pengangguran, yang telah diimplikasikan sebagai faktor risiko depresi postpartum, terutama di negara-negara berkembang. Ada dugaan bahwa kurangnya pendidikan mungkin disebabkan oleh kurangnya informasi dan pemahaman tentang metode efektif dalam perawatan pascapersalinan dan pengasuhan anak. Pada saat yang sama, keterbatasan finansial dapat mengakibatkan penurunan pengeluaran untuk kesehatan dan kesejahteraan ibu. Imigrasi merupakan faktor risiko yang rumit untuk depresi postpartum, hal ini tidak berdiri sendiri namun dipengaruhi oleh faktor-faktor lain, termasuk dukungan sosial, akulturasi budaya, dan kedudukan ekonomi, yang memainkan peranan penting. Lebih khusus lagi, akulturasi, dukungan sosial yang terbatas, posisi sosial ekonomi yang buruk,

dan isu-isu lain yang terkait dengan imigrasi mempengaruhi depresi postpartum, bukan status imigran itu sendiri.

b. Faktor fisik dan biologis

Tingkat obesitas berkorelasi positif dengan risiko depresi postpartum. Faktor lain yang terkait erat dengan obesitas, yaitu citra tubuh, juga telah diteliti, dan bukti menunjukkan adanya hubungan positif, meskipun lemah, antara ketidakpuasan terhadap citra tubuh dan kejadian depresi postpartum. Menurut Ruyak et,al. dalam Muacevic & Adler (2022) wanita yang mengalami obesitas mungkin mengalami tingkat peradangan dan stres yang lebih tinggi.

c. Faktor Psikologis

Menderita depresi atau kecemasan selama kehamilan atau memiliki riwayat gangguan depresi merupakan salah satu prediktor terkuat terjadinya depresi pascapersalinan. Prediksi timbulnya dan perkembangan berbagai gejala depresi postpartum ditemukan sangat terkait dengan tingkat kecemasan yang lebih tinggi. Depresi postpartum memiliki kemungkinan 1:3 untuk berkembang pada wanita yang memiliki riwayat menderita gangguan mood tertentu. Telah diketahui juga bahwa wanita yang pernah menderita depresi di masa lalu memiliki risiko 30% lebih tinggi terkena depresi postpartum, yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang tidak memiliki riwayat penyakit kejiwaan. Patut dicatat bahwa wanita tersebut juga memiliki prevalensi postpartum blues yang

jauh lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak memiliki riwayat gangguan afektif. keadaan hidup yang penuh tekanan dapat menyebabkan berkembangnya depresi. Orang yang tidak memiliki riwayat gangguan mood mungkin mengalami episode depresi yang dipicu oleh peristiwa stres seperti kehilangan orang yang dicintai, berakhirnya suatu hubungan atau perceraian, dan beberapa perubahan besar dalam hidup seperti pindah rumah atau kehilangan pekerjaan. (Muacevic & Adler, 2022)

Menurut Robertson et.al. wanita yang memiliki masalah perkawinan saat hamil memiliki peluang lebih tinggi terkena depresi postpartum. Hal ini akan menunjukkan emosi kesepian dan kurangnya dukungan. Hubungan perkawinan dan dukungan pasangan merupakan salah satu faktor paling penting yang mempengaruhi PPD. Dukungan pasangan membantu mengurangi ketegangan pada ibu baru, sehingga mengurangi risiko PPD. Kekuatan dan kualitas hubungan perinatal seorang perempuan serta jaringan dukungan sosial selama kehamilan mempengaruhi risiko PPD, dengan hubungan yang sehat dan suportif bertindak sebagai faktor pelindung, sedangkan kekerasan, pelecehan, konflik dalam hubungan, dan kurangnya dukungan sosial meningkatkan risiko. Dukungan keluarga sangat penting khususnya di negara-negara Asia, sumber dukungan sosial yang potensial mencakup anggota keluarga, rekan kerja dan teman. Dukungan dapat diwujudkan

dalam beberapa cara seperti instrumental, emosional dan informasional. (Muacevic & Adler, 2022)

d. Faktor obstetric dan pediatrik

Menurut Zhao dkk dalam Muacevic & Adler (2022) wanita yang menjalani operasi Caesar, baik prosedur darurat maupun elektif dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya depresi postpartum yang dapat memperburuk stress pasien. Kelahiran kembar dan pengalaman melahirkan yang negatif juga dikaitkan dengan risiko PPD yang lebih tinggi. Penelitian yang dilakukan Zhao dkk menunjukkan peningkatan risiko PPD pada ibu yang memiliki bayi prematur dan berat badan lahir rendah, terutama pada tahun pertama pascapersalinan, dibandingkan dengan ibu yang mengandung bayi cukup bulan. Kemungkinan penyebab hubungan ini adalah meningkatnya stres terhadap kesehatan bayi dan risiko penyakit atau komplikasi.

e. Faktor budaya

Di negara-negara Asia seperti India, Vietnam, dan Tiongkok, serta di beberapa negara Afrika seperti Mesir, kelahiran anak perempuan juga telah diidentifikasi sebagai faktor risiko. Terdapat preferensi gender terhadap anak laki-laki karena mereka dianggap sebagai pencari nafkah keluarga di masa depan. Di sebagian besar budaya, tradisi menyatakan bahwa anak laki-laki harus mengurus keluarga secara ekonomi dan menghidupi orang tua di hari tua.

Sebaliknya, anak perempuan dianggap sebagai beban, terutama di kalangan masyarakat ekonomi lemah, dan dianggap sebagai bagian dari keluarga melalui pria setelah menikah. (Muacevic & Adler, 2022)

f. Gaya Hidup

Menurut Mughal et al. (2022) gaya hidup seperti kebiasaan makan, siklus tidur, aktivitas fisik, dan olahraga dapat memengaruhi depresi pascapersalinan. Vitamin B6 diketahui terlibat dalam depresi pascapersalinan melalui konversinya menjadi triptofan dan, kemudian, serotonin, yang pada gilirannya memengaruhi suasana hati. Siklus tidur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi risiko depresi. Jelaslah bahwa penurunan waktu tidur dikaitkan dengan depresi pascapersalinan. Aktivitas fisik dan olahraga mengurangi gejala depresi. Olahraga menurunkan harga diri rendah yang disebabkan oleh depresi. Olahraga meningkatkan endorfin dan opioid endogen, yang membawa efek positif pada kesehatan mental. Hal ini juga meningkatkan rasa percaya diri dan meningkatkan kapasitas pemecahan masalah, serta membantu dalam fokus pada lingkungan sekitarnya

g. Usia

Menurut Manuaba dalam Solama et al., (2023) usia antara 20–30 tahun adalah periode yang optimal bagi perawatan bayi

oleh seorang ibu. Tetapi apabila usia perempuan <20 tahun saat kehamilan dan persalinan seringkali dikaitkan dengan kesiapan mental perempuan tersebut untuk menjadi seorang ibu. Juga sebaliknya apabila wanita saat melahirkan dengan usia >35 tahun biasanya mudah terkena depresi dengan gejala penurunan energi dan mudah lelah. Berdasarkan penelitian Solama et al., (2023), usia responden yang berisiko (usia < 20 tahun dan > 35 tahun) lebih banyak yang terkena depresi. Bagi ibu dengan usia < 20 tahun secara fisik dan mental belum siap dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Dari segi fisik akan mendapat kesulitan persalinan karena rahim dan panggul ibu belum tumbuh mencapai ukuran dewasa dan dari segi mental ibu belum siap untuk menerima tugas dan tanggung jawab sebagai orang tua baru. Pada umur lebih dari 35 tahun juga akan mengalami kesulitan, dari segi fisik pada umur tersebut akan mudah terkena penyakit akibat organ kandungan yang telah menua dan jalan lahir akan bertambah kaku sehingga akan menyebabkan persalinan macet bahkan pendarahan. Dari segi mental pada umur tersebut kebanyakan ibu telah mengalami persalinan sebelumnya dan tidak menginginkan kehamilan kembali sehingga ada beban tersendiri bagi ibu karena telah memiliki banyak tanggung jawab terhadap anak sebelumnya.

h. Paritas

Menurut Ling dan Duff dalam Solama et al., (2023) gangguan postpartum berkaitan dengan status paritas. Riwayat obstetric pasien meliputi riwayat hamil sampai bersalin, serta adanya komplikasi dari kehamilan dan persalinan sebelumnya, lebih banyak terjadi pada wanita primipara. Wanita yang melahirkan pertama kali (primipara) belum mempunyai pengalaman dibandingkan dengan yang pernah melahirkan (multipara). Hal ini akan berpengaruh terhadap cara adaptasi klien, dimana wanita primipara lebih sering mengalami postpartum blues karena setelah melahirkan wanita primipara mengalami proses adaptasi yang lebih dibandingkan pada multipara. Namun tidak menutup kemungkinan pada ibu dengan paritas multipara banyak yang mengalami depresi postpartum. Hal ini bisa disebabkan karena pada ibu multipara telah memiliki tanggung jawab yang lebih banyak terhadap anak sebelumnya. Penyebab lain yang menyebabkan ibu multipara depresi karena pada kehamilan yang tidak diinginkan sehingga menyebabkan beban tersendiri karena kehamilannya tersebut.

i. Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan ibu semakin rendah risiko mengalami depresi postpartum. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap efektif tidaknya strategi coping yang digunakan. Orang

yang berpendidikan tinggi akan lebih realistis dan lebih aktif dalam memecahkan masalah dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Semakin tinggi tingkat pendidikan diharapkan akan lebih mampu menyesuaikan diri. Menurut Kurniasih dalam Solama et al., (2023) ibu nifas dengan pendidikan tinggi masih dapat beresiko depresi karena umumnya mereka memiliki perasaan ambivalensi antara peran sebagai ibu dalam merawat anak dan keluarga dengan keinginan ibu untuk meningkatkan karier sehingga ibu dengan tingkat Pendidikan tinggi lebih rentan mengalami depresi.

j. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat diberikan secara emosional yang mencakup rasa cinta dan sayang yang akan membuat ibu nifas merasa diperhatikan dan dapat mengurangi kesedihannya. Sedangkan pemberian informasi yang meliputi pemberian nasehat untuk mengatasi masalah membuat ibu mempunyai tempat untuk berkeluh kesah dan membantu ibu dalam mempelajari dan beradaptasi dengan peran barunya sebagai ibu. Pemberian bantuan yang berbentuk materi dan fisik seperti menyiapkan makanan, menggantikan menjaga anak dan membantu pekerjaan rumah tangga membuat ibu merasa terbantu dalam merawat bayi sehingga ibu pun memiliki waktu untuk beristirahat dan memiliki waktu untuk beristirahat dan memiliki kualitas tidur yang baik karena

harus terbangun di malam hari untuk menyusui bayinya. Adapun dukungan keluarga yang sangat diharapkan selain dukungan suami yaitu dukungan orang tua terutama ibu. Dukungan sosial yang muncul untuk menurunkan kemungkinan sakit dan mempercepat kesembuhan dan dukungan keluarga adalah salah satu bentuk dukungan sosial (Solama et al., 2023a)

2.4.6 Skrining Depresi postpartum

Evaluasi wanita dengan kemungkinan depresi postpartum membutuhkan anamnesis yang cermat untuk memastikan diagnosis, mengidentifikasi apakah ada gangguan lainnya, dan mengelola masalah medis dan psikososial yang berkontribusi didalamnya. Sekitar 70% dari ibu yang baru melahirkan memiliki gejala depresi ringan yang umumnya akan memuncak pada rentang 2 hingga 5 hari setelah melahirkan. Gejala tersebut biasanya mulai mereda secara spontan dalam waktu 2 minggu, namun jika tidak terdeteksi dengan cepat dan terlambat ditangani, dapat berkembang menjadi depresi yang disebut depresi postpartum (Stewart & Vigod, 2016).

Gjerdingen & Yawn dalam (R. Sari, 2020) menyatakan dalam skrining penegakan diagnosis depresi postpartum dapat digunakan beberapa instrumen skrining. Skrining depresi berpotensi meningkatkan deteksi dan pengelolaan depresi masa hamil pascapersalinan. Skrining depresi melibatkan penggunaan kuesioner gejala depresi yang dilaporkan untuk mengidentifikasi ibu di atas nilai

batas yang ditentukan sebelumnya untuk evaluasi lebih lanjut untuk menentukan apakah ada depresi (Rospia et al., 2023). Levis et. al dalam Rospia et al., (2023) *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) adalah alat skrining depresi yang paling umum digunakan dalam perawatan perinatal. *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) merekomendasikan skrining depresi pascapersalinan menggunakan form EPDS. EPDS ini pertama kali dikembangkan oleh Cox, et al. pada tahun 1987, dan kemudian oleh Cox dan Holden dengan 13 item pertanyaan. Sedangkan sekarang, EPDS yang digunakan di berbagai negara memiliki 10 item pertanyaan yang mudah digunakan.

Dari setiap item EPDS ini sendiri memiliki nilai yang beragam sekitar 0 – 3 yang dimana skoring ini disesuaikan dengan tingkat keparahan perasaan ibu yang dirasakan selama 7 hari kebelakang sebelum dilakukan skrining menggunakan kuisisioner EPDS. Karena EPDS ini menilai perubahan *mood* dengan rentan waktu yang cukup singkat, maka EPDS ini dapat mendeteksi secara dini pada ibu yang telah melahirkan dan tidak menunggu waktu yang lama sehingga muncul gejala yang lebih berat pada ibu yang baru saja melahirkan. EPDS dapat dengan mudah digunakan selama 6 minggu pasca persalinan. Menurut Gondo (2017) EDPS berupa kuisisioner yang terdiri dari 10 pertanyaan mengenai bagaimana perasaan pasien dalam satu minggu terakhir.

Dalam melakukan pengisian kuesioner EPDS terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan dan pasien ibu pasca melahirkan, yaitu:

- a. Para ibu diharapkan untuk memberikan jawaban tentang perasaan yang terdekat dengan pertanyaan yang tersedia dalam 7 hari terakhir dengan sejujurnya
- b. Semua pertanyaan yang ada harus diisi dengan baik dan jelas
- c. Jawaban dari kuisisioner tersebut merupakan jawaban pribadi tanpa adanya dorongan dari orang lain ataupun tidak sesuai dengan apa yang dirasakan
- d. Harus diselesaikan oleh pasien yang bersangkutan, kecuali jika mengalami kesulitan dalam membaca atau memahami bahasa yang digunakan, apabila ada kendala dalam memahami pertanyaan dari kuisisioner EPDS, maka yang membantu pengisian kuisisioner harus sesuai dengan jawaban dari pasien tanpa adanya perubahan sedikitpun (Adli, 2022)

Widjaja (2014) dalam (Adli, 2022) menyatakan bahwa penggunaan EPDS sebagai instrumen untuk melakukan skrining PPD memiliki beberapa keuntungan dan kerugian, antara lain:

- a. Keuntungan:
 - 1) Diinterpretasikan hanya dengan total skor pada setiap pertanyaan kuesioner
 - 2) Sederhana dan waktu pengerjaan singkat sekitar 5 – 10 menit

- 3) Mendeteksi dini adanya depresi pada ibu setelah melahirkan karena hanya membutuhkan waktu 7 hari kebelakang dalam melakukan evaluasi
- 4) Mudah dipahami oleh pasien
- 5) Tidak membutuhkan biaya besar

b. Kerugian:

- 1) Tidak bisa untuk mendiagnosis depresi postpartum secara pasti
- 2) Hanya untuk alat skrining awal
- 3) Skrining EPDS tidak dapat mengetahui penyebab spesifik dari depresi yang dialami ibu yang baru melahirkan baik dari aspek sosial, ekonomi, keluarga dan lain-lain.

Penilaian klinis merupakan bagian integral dalam menafsirkan skor EPDS, dalam beberapa kasus skor tersebut mungkin tidak secara akurat mewakili kesehatan mental seorang wanita. Skor mungkin dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk pemahaman pasien terhadap Bahasa yang digunakan, ketakutan mereka terhadap konsekuensi jika teridentifikasi depresi dan perbedaan dalam cadangan emosi serta tingkat stigma yang dirasakan terkait dengan depresi (COPE, 2024).

Berikut adalah 10 daftar pertanyaan pada EPDS beserta score pada setiap pertanyaan:

- 1) Saya dapat tertawa dan melihat sisi yang menyenangkan dari suatu hal
 - 0: Sebanyak-banyaknya
 - 1: Sekarang ini tidak terlalu banyak
 - 2: Sedikit
 - 3: Tidak sama sekali
- 2) Saya gembira menghadapi segala sesuatu
 - 0: Sebanyak-banyaknya
 - 1: Berkurang sedikit dari biasanya
 - 2: Sangat kurang dari biasanya
 - 3: Hampir tidak pernah
- 3) Saya menyalahkan diri sendiri secara tidak semestinya bila keadaan buruk
 - 0: Tidak, tidak pernah
 - 1: Tidak terlalu sering
 - 2: Ya, kadang-kadang
 - 3: Ya, hampir selalu
- 4) Saya merasa khawatir atau cemas tanpa alasan yang jelas
 - 0: Tidak, tidak sama sekali
 - 1: Hampir tidak pernah
 - 2: Ya, kadang-kadang

- 3: Ya, sangat sering
- 5) Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang jelas
- 0: Tidak sama sekali
- 1: Tidak, tidak banyak
- 2: Ya, kadang-kadang
- 3: Ya, cukup sering
- 6) Sesuatu membebani saya
- 0: Tidak, saya bisa mengatasinya dengan baik seperti biasa
- 1: Tidak, hampir selalu saya bisa mengatasinya dengan baik
- 2: Ya, kadang-kadang saya tidak bisa mengatasinya sebaik biasanya
- 3: Ya, hampir selalu saya tidak bisa mengatasinya
- 7) Saya merasa tidak bahagia hingga saya merasa sulit untuk tidur
- 0: Tidak sama sekali
- 1: Tidak terlalu sering
- 2: Ya, kadang-kadang
- 3: Ya, hampir setiap waktu
- 8) Saya merasa sedih dan jengkel tidak menentu
- 0: Tidak sama sekali
- 1: Tidak, tidak banyak
- 2: Ya, kadang-kadang
- 3: Ya, hampir setiap waktu
- 9) Saya merasa sangat tidak bahagia hingga saya menangis

- 0: Tidak sama sekali
- 1: Tidak begitu sering
- 2: Ya, cukup sering
- 3: Ya, hampir setiap waktu

10) Pikiran untuk melukai diri sendiri telah terjadi pada saya

- 0: Tidak pernah
- 1: Hanya sesekali
- 2: Ya, cukup sering
- 3: Ya, hampir setiap waktu

Interpretasi dari penilaian EPDS menurut (Cox et al., 1987) adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 7 Interpretasi penilaian EPDS Score

EPDS Score	Interpretasi	Aksi
Skor < 8	Tidak terjadi depresi	Lanjutkan dukungan
Skor 9 – 11	Depresi Mungkin Terjadi	Beri dukungan, lakukan skrining ulang 2 -4 minggu. Pertimbangkan rujukan ke pelayanan kesehatan primer
Skor 12 – 13	Kemungkinan cukup tinggi depresi	Pantau, dukung dan tawarkan pendidikan kesehatan serta lakukan rujukan ke pelayanan kesehatan primer
Skor > 14	Kemungkinan depresi	Penilaian diagnostik dan pengobatan oleh spesialis di pelayanan kesehatan primer
Terisi nilai 1 – 3 pada pertanyaan nomor 10 (Resiko bunuh diri)		Rujuk ke spesialis kesehatan mental untuk mendapatkan penilaian dan intervensi lebih lanjut. Urgensi rujukan bergantung pada beberapa faktor termasuk apakah ide bunuh diri disertai dengan rencana, apakah pernah ada

riwayat upaya bunuh diri,
apakah ada gangguan
psikotik atau ada
kekhawatiran akan
membahayakan bayinya.

Sumber : (Cox et al., 1987)

2.5 Hubungan Beban Ganda dengan Resiko Depresi Postpartum

Seorang ibu dikatakan memiliki peran ganda bila ibu memiliki tanggung jawab terhadap tugas-tugas domestik yang berhubungan dengan rumah tangga seperti membersihkan rumah, memasak, merawat anak, serta Ketika ibu bertanggung jawab atas kegiatan public berkaitan dengan pekerjaannya diluar rumah, terkadang berperan sebagai pencari nafkah utama (R. Sari & Agustang, 2021). Memiliki peran sebagai ibu rumah tangga sekaligus wanita karier dapat memicu konflik yang terjadi dalam kehidupan serta dapat menyebabkan terjadinya kelelahan fisik, mental dan juga emosional. Kesejahteraan psikologis merupakan hal penting dalam pertumbuhan pribadi dan sosial seorang ibu. Masalah yang dihadapi oleh ibu bekerja bukan hanya datang dari lingkungan pekerjaan namun juga dari keluarga serta anak. Dukungan sosial penting bagi tiap ibu, rendahnya dukungan sosial mengakibatkan kemungkinan adanya masalah psikologis seperti depresi, kesepian dan kecemasan (Yosita et al., 2022). Menurut Puspitacandri dalam (Eva et al., 2021) kondisi stress banyak dialami pada ibu bekerja. Tidak hanya itu tingkat stress akan mengakibatkan kesejahteraan psikologis yang negatif.

Periode kehamilan dan persalinan memiliki potensi stress lebih besar dibanding kondisi lainnya. Ibu dalam masa kehamilan dan masa postpartum cenderung memiliki stress yang besar. Hal ini akibat dari terbatasnya kondisi

fisik ibu sehingga membatasi aktivitas fisik dalam proses adaptasi psikologi. Kondisi ini berlangsung selama kehamilan dan saat nifas berlangsung 6 minggu atau 42 hari. Ibu yang mengalami depresi postpartum akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-harinya (Arimurti et al., 2020).

Ibu postpartum akan melalui 3 tahapan fase adaptasi psikologi antara lain fase taking in, fase taking hold/on dan fase letting go. Fase taking in dimulai dari hari pertama sampai kedua setelah melahirkan, pada fase ini ibu lebih fokus pada dirinya sehingga akan menceritakan pengalaman melahirkannya secara berulang-ulang. Pada fase taking in seorang ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Fase berikutnya yang dilalui ibu postpartum adalah fase taking hold/taking on, periode fase taking hold dimulai dari hari ketiga sampai hari kesepuluh setelah melahirkan. Pada fase ini seorang ibu postpartum merasa cemas dengan ketidak mampuannya dalam merawat bayi karena tanggung jawab barunya. Fase taking hold ini seorang ibu postpartum memerlukan dukungan dari orang-orang terdekatnya dalam merawat bayi. Pada fase ini merupakan kesempatan yang sangat baik dalam memberikan penyuluhan tentang cara merawat diri dan cara merawat bayi. Namun harus hati-hati dalam memberikan kalimat karena ibu akan mudah tersinggung (Achmad & Wabula, 2023).

Setelah melahirkan, wajar jika ibu baru mengalami kelelahan, kekhawatiran, atau perubahan suasana hati ringan lainnya yang terjadi dalam waktu singkat yang menyertai penyesuaian hidup dengan bayinya yang baru

lahir, contohnya ibu mengalami baby blues. Namun, perubahan suasana hati dan kecemasan ini dapat berlanjut lebih dari dua minggu setelah melahirkan atau menjadi parah yang memungkinkan ibu mengalami depresi. Ketika depresi muncul pada masa nifas dua minggu atau lebih setelah melahirkan, hal ini disebut depresi pascapersalinan (Lim, 2021). Menurut (Karimah & Sutarno, 2023) wanita normal mengalami perasaan sedih, mudah kelelahan pada minggu pertama pasca melahirkan terhadap peran barunya. Namun, jika berkelanjutan hingga ibu merasa kelelahan yang berlebihan terutama dari segi fisik maupun emosional hal inilah yang perlu diperhatikan. Dalam mengurangi depresi pada masa postpartum, dukungan suami memberikan pengaruh yang signifikan. Seorang wanita yang diberikan dukungan oleh suaminya merasa dihargai, dicintai dan diperhatikan. Salah satu perempuan mengalami depresi setelah melahirkan dikarenakan kurangnya dukungan sosial berupa dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan informatif dan dukungan penghargaan.

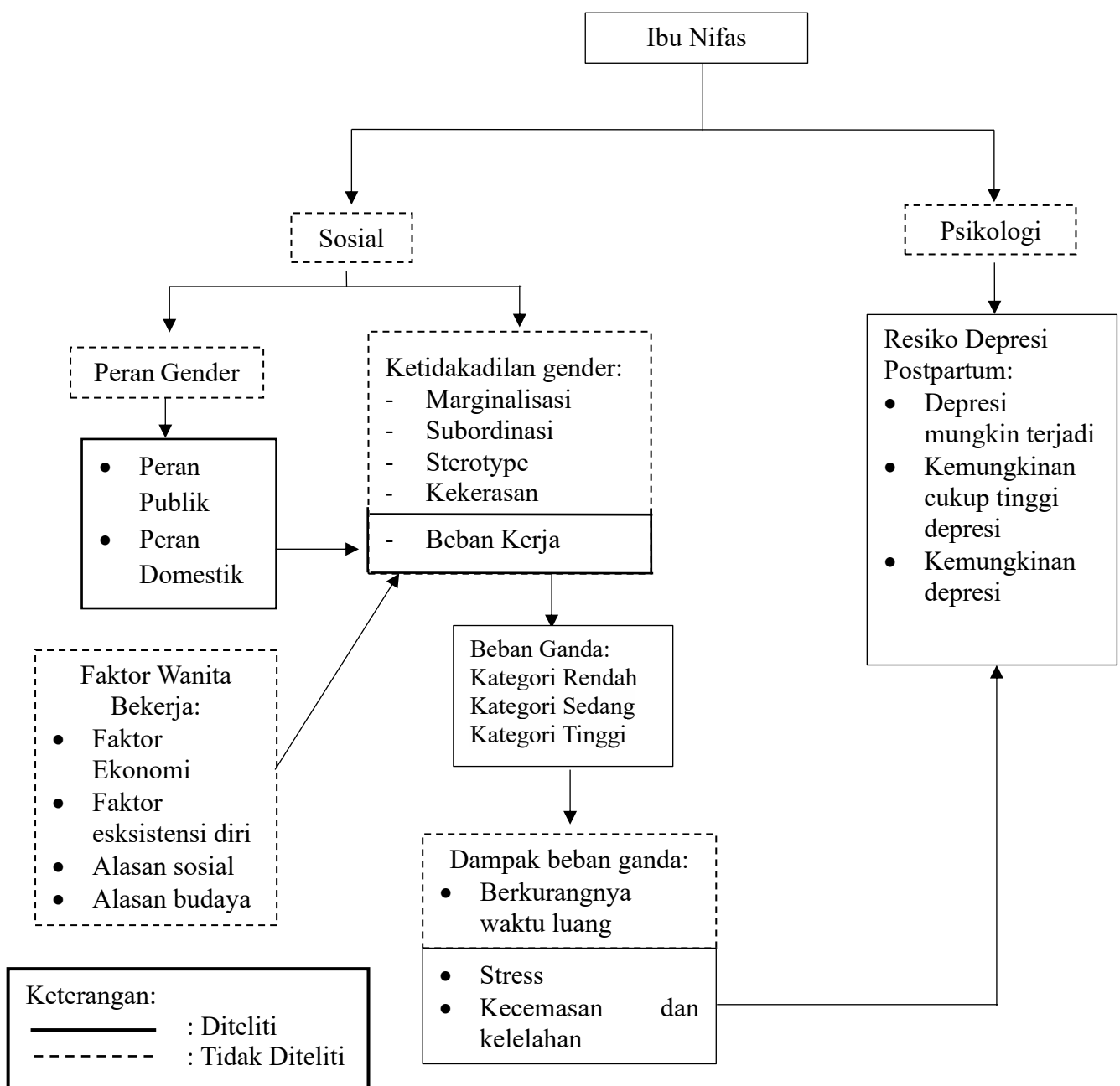
Menurut Ambarawati (2008) dalam (Ernawati et al., 2020) Ibu dapat mengalami krisis situasi dan mengalami gangguan perasaan bila ibu hanya bekerja di rumah mengurus anak-anaknya, hal ini diakibatkan oleh kelelahan dan rasa letih yang dirasakan. Ibu rumah tangga yang mengurus semua urusan rumah tangga sendiri kemungkinan memiliki tekanan terhadap tanggung jawabnya baik sebagai istri maupun sebagai ibu. Menurut Anoraga dalam Ernawati et al., (2020) menyebutkan bahwa wanita pekerja lebih banyak akan kembali pada rutinitas bekerja setelah melahirkan cenderung

memiliki peran ganda yang menimbulkan gangguan emosional. Wanita yang bekerja dapat mengalami postpartum blues yang dapat berlanjut menjadi depresi postpartum bila tidak segera ditangani, hal ini disebabkan adanya konflik peran ganda yang menimbulkan masalah baru bagi wanita. Wanita yang bekerja merasa memiliki tanggung jawab yang lebih besar dalam rumah tangga yaitu sebagai istri dan seorang ibu yang mempunyai tanggung jawab dalam urusan pekerjaan. Namun, dalam penelitian lain menyebutkan bahwa status pekerjaan ibu yang memiliki penghasilan tetap atau tidak bekerja (hanya menjalankan tugas rutinitas sebagai ibu rumah tangga) cenderung tidak memengaruhi kondisi psikologis ibu nifas, sebab status pekerjaan ibu lebih berpengaruh terhadap peningkatan penghasilan keluarga. Tingkat kecemasan ibu yang tidak bekerja cenderung berhubungan dengan adanya keterbatasan dana saat ibu memerlukan pelayanan kesehatan, berbeda dengan ibu yang bekerja yang kemungkinan memiliki dana yang baik untuk melakukan pemeliharaan kesehatan (Ammah & Arifiyanto, 2021).

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan penjelasan terstruktur mengenai konsep penelitian yang akan dilakukan. Kerangka konsep terdiri dari beberapa variabel yang telah dipilih menjadi fokus penelitian (Handayani, 2020)

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Beban Ganda dengan Resiko Depresi Postpartum

2.7 Hipotesis

Hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini yaitu:

H0: Tidak ada hubungan antara beban ganda ibu nifas dengan resiko depresi postpartum

H1: Ada hubungan antara beban ganda ibu nifas dengan resiko depresi postpartum