HUBUNGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN RISIKO DEPRESI *POSTPARTUM*

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

ATHAYA ULIMA AZ-ZAHRA, 030002300139

PROGRAM SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JUNI, 2026

Bidang Ilmu: Klinik

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN RISIKO DEPRESI *POSTPARTUM*

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Athaya Ulima Az-Zahra, 030002300139

PROGRAM SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2026

PERSETUJUAN
PROPOSAL SKRIPSI

Judul:

HUBUNGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN RISIKO DEPRESI *POSTPARTUM*

Athaya Ulima Az-Zahra
NIM 030002300139

Telah disetujui untuk diuji di hadapan
Tim Penguji Proposal Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Rabu, Tanggal 1 Juli 2026

Pembimbing

Dr. dr. Tubagus Ferdi Fadilah, Sp.A, M.Kes, FISQua
NIK:2653/USAKTI

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul :

HUBUNGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN RISIKO DEPRESI *POSTPARTUM*

Athaya Ulima Az-Zahra

030002300139

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Proposal Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Rabu, Tanggal 1 Juli 2026

Ketua Penguji I			
Nama	:	**……**	…….
NIK	:		
Anggota Penguji I			
Nama	:	Dr. dr. Tubagus Ferdi fadilah, Sp.A, M.Kes, FISQua	…….
NIK	:		
Anggota Penguji II			
Nama	:	**……**	…….
NIK	:		

Jakarta, 1 Juli 2026

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK

NIK : 2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	:	Athaya Ulima Az-Zahra
NIM	:	030002300139
Program Studi	:	Pendidikan Dokter
Alamat Korespondensi	:	Provence Park Land, BSD, Tangerang Selatan, Banten.
Telepon / Mobile	:	081329002805
E-mail	:	030002300139@std.trisakti.ac.id
Judul Skripsi	:	Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Risiko Depresi *Postpartum*

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar meruapakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana semestinya.

Jakarta, 18 Juni 2026



Athaya Ulima Az-Zahra

030002300139

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN ii
PROPOSAL SKRIPSI ii
PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN iv
DAFTAR ISI v
DAFTAR GAMBAR vii
DAFTAR TABEL viii
DAFTAR LAMPIRAN ix
DAFTAR ARTI SINGKATAN ix

BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar belakang 1
1.2 Perumusan masalah 4
1.3. Tujuan 4
1.3.1 Tujuan umum 4
1.3.2 Tujuan khusus 4
1.4 Hipotesis 4
1.5 Manfaat 4
1.5.1 Bagi pengemban ilmu pengetahuan 4
1.5.2 Bagi profesi/institusi 4
1.5.3 Bagi masyarakat 5

BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 6
2.1 Tinjauan pustaka 6
2.1.1 Depresi *postpartum* 6
2.1.1.1 Definisi depresi *postpartum* 6
2.1.1.2 Epidemiologi depresi *postpartum* 6
2.1.1.3 Etiologi dan patofisiologi depresi *postpartum* 7
2.1.1.4 Faktor risiko depresi *postpartum* 8
2.1.1.4.1 Faktor sosial 8
2.1.1.4.1.1 Faktor demografi 8
2.1.1.4.2 Faktor biologis 9
2.1.1.4.2.1 Faktor obstetri 9
2.1.1.4.2.2 Faktor laktasi 10
2.1.1.4.3 Faktor psikososial 11
2.1.1.5 Tanda dan gejala depresi *postpartum* 11
2.1.1.6 Dampak depresi *postpartum* 12
2.1.1.7 Penilaian/skrining depresi *postpartum* 12
2.1.2 ASI eksklusif 13
2.1.2.1 Definisi ASI eksklusif 13
2.1.2.2 Manfaat ASI eksklusif 14
2.1.2.3 Faktor yang memengaruhi pemberian ASI eksklusif 14
2.1.3 Hubungan ASI eksklusif dengan risiko depresi *postpartum* 15
2.2 Ringkasan pustaka 17

2.3 Kerangka teori 19

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 20
3.1 Kerangka konsep 20
3.1.1 Variabel penelitian 20
3.1.1.1 Variabel bebas 20
3.1.1.2 Variabel tergantung 20
3.2 Definisi operasional 21

BAB IV METODE 26
4.1 Desain 26
4.2 Lokasi dan waktu 26
4.3 Populasi dan subjek 26
4.3.1 Populasi 26
4.3.1.1 Populasi target 26
4.3.1.2 Populasi terjangkau 26
4.3.2 Subjek 27
4.3.2.1 Kriteria inklusi pemilihan subjek 27
4.3.2.2 Kriteria eksklusi 27
4.3.2.3 Perhitungan jumlah subjek 27
4.4 Metode rekrutmen sampel penelitian 28
4.5 Bahan dan instrumen 29
4.5.1 Bahan penelitian 29
4.5.2 Instrumen penelitian 29
4.7 Alur kerja penelitian 31
4.8 Etika penelitian 31
4.9 Penjadwalan penelitian 32

DAFTAR PUSTAKA 34

LAMPIRAN 38

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori 19
Gambar 2. Kerangka konsep 20
Gambar 3. Alur kerja 31

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan pustaka 17
Tabel 2. Definisi operasional variabel bebas dan variabel terikat 21
Tabel 3. Definisi operasional karakteristik responden 22
Tabel 4. Penjadwalan pelaksanaan penelitian 32

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Distribusi Karakteristik Responden 38
Lampiran 2. Distribusi pemberian ASI eksklusif dan risiko depresi *postpartum* . 39
Lampiran 3. Hubungan pemberian ASI eksklusif dengan risiko depresi *postpartum* 39
Lampiran 4. Hubungan *confounding factors* dengan risiko depresi *postpartum* .. 39
Lampiran 5. Analisis multivariat 40
Lampiran 6. Kuesioner 41
Lampiran 7. *Informed consent* 47

DAFTAR ARTI SINGKATAN

ACTH : *Adrenocorticotropic hormone*

ASI : Air Susu Ibu

CFA : *Confirmatory Factor Analysis*

CFI : *Comparative Fit Index*

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

GABA : *Gamma-aminobutyric acid*

HPA : Hipotalamus-pituitari-adrenal

ICD : *International Classification of Diseases*

NFI : *Normed Fit Index*

VTA : Ventral tegmental area

WHO : *World Health Organization*

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Masa *postpartum* merupakan periode setelah persalinan ketika tubuh ibu berangsur kembali ke kondisi sebelum kehamilan sekaligus beradaptasi dengan peran baru sebagai orang tua. Periode ini ditandai oleh perubahan fisik, hormonal, dan psikologis yang signifikan. Perubahan tersebut menuntut kemampuan adaptasi yang tidak ringan, sehingga berpotensi menimbulkan berbagai tantangan emosional. Apabila ibu tidak memperoleh dukungan dan penanganan yang memadai, kondisi ini dapat berkembang menjadi gangguan suasana hati, salah satunya depresi *postpartum*.

Depresi *postpartum* merupakan gangguan mood yang serius dan berbeda dari *baby blues* yang bersifat ringan serta sementara. Depresi *postpartum* cenderung berlangsung lebih lama, mengganggu aktivitas sehari-hari.(1) Menurut *The International Classification of Diseases* -10 (ICD-10) Depresi *postpartum* muncul dalam enam minggu setelah persalinan. Namun, penelitian oleh Tebeka et al. (2021) menunjukkan bahwa depresi *postpartum* dapat muncul lebih lambat (*late-onset postpartum depression*) dan menetap hingga satu tahun setelah persalinan.(2) Sedangkan Kikuchi et al. (2021) menemukan bahwa sebagian kasus depresi pada satu tahun *postpartum* merupakan kasus yang baru muncul setelah periode *postpartum* awal. Penelitian-penelitian ini menunjukkan perlunya pemantauan kesehatan hingga 1 tahun *postpartum* karena, kondisi ini tidak hanya berdampak pada kesehatan mental ibu, tetapi juga dapat mempengaruhi kemampuan ibu dalam merawat diri dan bayinya, serta kualitas interaksi dan ikatan emosional antara ibu dan anak.(3) Oleh karena itu, depresi *postpartum* menjadi salah satu masalah kesehatan mental yang memerlukan perhatian khusus pada masa nifas.

Secara global, depresi *postpartum* diperkirakan terjadi pada sekitar 10–20% perempuan pasca persalinan, dengan variasi prevalensi yang dipengaruhi oleh faktor hormonal, psikologis, sosial, dan lingkungan.(4) Di Indonesia, angka kejadian depresi *postpartum* juga menunjukkan beban yang cukup signifikan. Di Indonesia,

kejadian depresi *postpartum* di 2023 mencapai 15-30%.[5] Sedangkan, prevalensi depresi *postpartum* di wilayah Jakarta berkisar antara 11-20%.[6]

Di sisi lain, masa *postpartum* juga merupakan periode penting dalam praktik pemberian Air Susu Ibu (ASI), khususnya ASI eksklusif. Pemberian ASI eksklusif memiliki peranan yang sangat krusial bagi kesehatan ibu dan bayi. Selain menyediakan nutrisi optimal sesuai kebutuhan bayi, ASI eksklusif juga memperkuat ikatan emosional ibu dan anak serta melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi maupun kronis. Meskipun demikian, cakupan ASI eksklusif di berbagai wilayah di Indonesia masih bervariasi, di DKI Jakarta persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Yang Mendapatkan ASI Eksklusif sebesar 74,10% berdasarkan data oleh Badan Pusat Statistik 2025.[7]

Sebuah studi longitudinal oleh Ryan et al. (2026) di Amerika Serikat menunjukkan bahwa ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif memiliki peluang peningkatan gejala depresi *postpartum* dua kali lebih besar dibandingkan yang ASI eksklusif.[8] Penelitian Meng at al. (2024) di China menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif memiliki peluang mengalami depresi *postpartum* yang lebih rendah dibandingkan ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif, bahkan setelah dikontrol terhadap berbagai factor perancu.[9] Namun demikian, temuan penelitian di tingkat global belum sepenuhnya konsisten. Sebuah penelitian oleh Fukui et al. (2020) menunjukkan metode menyusui termasuk ASI eksklusif tidak berpengaruh signifikan terhadap depresi pada ibu dalam periode awal *postpartum*.[10] Perbedaan hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara ASI eksklusif dan depresi *postpartum* masih belum dapat disimpulkan secara pasti, terutama pada populasi ibu *postpartum* di Indonesia dengan karakteristik dan lingkungan yang berbeda.

Topik ini dipilih mengingat pentingnya pemberian ASI eksklusif sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi, serta perlunya pemantauan kesehatan mental ibu selama periode *postpartum*. Meskipun berbagai penelitian menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif berpotensi menjadi faktor protektif terhadap depresi *postpartum*, hasil penelitian yang tersedia masih menunjukkan inkonsistensi. Oleh karena itu, hubungan antara pemberian ASI eksklusif dan depresi *postpartum* masih memerlukan penelitian lebih lanjut.

Penelitian ini akan dilaksanakan di Puskesmas Kecamatan Tambora, Jakarta Barat, dengan mempertimbangkan periode *postpartum* yang lebih luas, yaitu hingga 12 bulan setelah persalinan. Pemilihan periode tersebut didasarkan pada bukti bahwa depresi *postpartum* tidak hanya muncul pada minggu-minggu awal setelah melahirkan, tetapi juga dapat berkembang hingga satu tahun *postpartum*, baik sebagai *late-onset postpartum depression* maupun sebagai kasus yang baru teridentifikasi pada periode tersebut. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai hubungan antara pemberian ASI eksklusif dan depresi *postpartum* pada ibu hingga satu tahun setelah persalinan.

1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan risiko depresi *postpartum*?

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan risiko depresi *postpartum* pada ibu di wilayah kerja Puskesmas Tambora.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui gambaran pemberian ASI eksklusif.
2. Mengetahui gambaran risiko depresi *postpartum*.
3. Menganalisis hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan risiko depresi *postpartum*.

1.4 Hipotesis

Terdapat hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan risiko depresi *postpartum*.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi pengemban ilmu pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dalam memperkaya kajian ilmiah mengenai hubungan antara faktor laktasi dan kesehatan mental ibu pada masa *postpartum*.

1.5.2 Bagi profesi/institusi

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan bagi tenaga kesehatan dalam:

- Meningkatkan kewaspadaan terhadap risiko depresi *postpartum* pada ibu menyusui.
- Melakukan skrining dini gangguan psikologis pada masa nifas.
- Memberikan edukasi yang lebih komprehensif mengenai pentingnya ASI eksklusif serta kesehatan mental ibu.
- Mengintegrasikan aspek kesehatan mental dalam pelayanan maternal dan neonatal

- Bahan evaluasi pelayanan konseling laktasi.

1.5.3 Bagi masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi masyarakat, khususnya ibu *postpartum* dan keluarga, sebagai berikut:

- Meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan mental ibu pada masa nifas, sehingga depresi *postpartum* tidak lagi dianggap sebagai kondisi yang wajar atau harus ditanggung sendiri.
- Memberikan pemahaman mengenai pentingnya ASI eksklusif, tidak hanya bagi kesehatan fisik bayi, tetapi juga kemungkinan kaitannya dengan kesejahteraan psikologis ibu.
- Meningkatkan deteksi dini depresi *postpartum*, sehingga masyarakat lebih peka terhadap tanda dan gejala yang muncul dan dapat segera mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan.

BAB II

TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan pustaka

2.1.1 Depresi *postpartum*

2.1.1.1 Definisi depresi *postpartum*

Berdasarkan *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision* (DSM-5-TR), Depresi *postpartum* merupakan gangguan suasana hati yang terjadi setelah persalinan dan termasuk dalam kategori *major depressive disorder* dengan onset peripartum. Menurut ICD-10 Depresi *postpartum* dikategorikan sebagai gangguan mental dan perilaku yang berhubungan dengan masa nifas dan tidak termasuk dalam klasifikasi gangguan psikiatri spesifik lainnya, dengan onset yang timbul setelah persalinan hingga 6 minggu *postpartum*. Meskipun DSM-V dan ICD membatasi onset depresi *postpartum* pada beberapa minggu pertama persalinan, Tebeka et al. (2021) menunjukkan bahwa depresi *postpartum* dapat muncul hingga tahun pertama *postpartum*.[2] Temuan ini mendukung perlunya perhatian terhadap kasus depresi dengan onset lambat yang mungkin tidak teridentifikasi apabila hanya menggunakan batas waktu beberapa minggu setelah persalinan.

2.1.1.2 Epidemiologi depresi *postpartum*

Prevalensi depresi *postpartum* global dan di Indonesia bervariasi. Secara global, prevalensi depresi *postpartum* diperkirakan berkisar antara 10–20% pada ibu pasca persalinan.[4] Angka kejadian depresi *postpartum* di Indonesia tahun 2023 berkisar antara 15-30%.[5] Di wilayah-wilayah Indonesia pun bervariasi, sebuah studi di fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat di Kalimantan Selatan oleh Giyandari et al. (2025) melaporkan bahwa 33,65% ibu *postpartum* menunjukkan gejala depresi berdasarkan skor *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Penelitian oleh ulfah et al. (2024) di Pontianak juga melaporkan prevalensi sebesar 17,22%.[11,12] Di Jakarta, prevalensi depresi *postpartum* diperkirakan mencapai 11-20%.[6]

2.1.1.3 Etiologi dan patofisiologi depresi *postpartum*

Masa *postpartum* merupakan periode setelah persalinan yang ditandai dengan perubahan fisiologis tubuh ibu untuk mengembalikan ke keadaan sebelum hamil. Periode ini umumnya berlangsung selama enam minggu pertama pasca persalinan, meskipun dapat berlangsung lebih lama. Masa *postpartum* melibatkan proses adaptasi berbagai sistem dalam tubuh ibu, meliputi sistem reproduksi, hormonal, kardiovaskular, urinaria, serta aspek psikologis.[13]

Setelah melahirkan,salah satu faktor biologis penting yang terjadi pada tubuh ibu adalah perubahan hormon yang mempengaruhi suasana hati ibu. Selama kehamilan, kadar estrogen dan progesteron meningkat untuk pertumbuhan janin dan perkembangan plasenta. Namun, kadar kedua hormon ini akan turun setelah persalinan yang dapat berdampak pada regulasi neurotransmitter di otak dan perubahan mood yang signifikan. Selanjutnya, Oksitosin dan prolaktin berperan dalam laktasi dan ikatan emosi ibu dengan bayi *(maternal bonding)* dalam respon stres. Namun kaitannya fluktuasi drastis hormon oksitosin dan prolaktin dalam konteks depresi *postpartum* masih terbatas.[14]

Perubahan hormon *postpartum* mempengaruhi *neurotransmitter* utama seperti Serotonin. Serotonin merupakan *neurotransmitter* yang paling sering terkait dengan regulasi suasana hati. Perubahan hormon pasca persalinan, khususnya penurunan estrogen, dapat berdampak pada penurunan sintesis serotonin dan meningkatkan *reuptake* (penyerapan kembali), sehingga menurunkan kadar serotonin yang tersedia di otak dan berkontribusi pada munculnya gejala depresi. Dopamin berperan dalam sistem *reward* otak dan mempengaruhi motivasi dan kepuasan. Fluktuasi dopamin pasca persalinan dapat mempengaruhi energi, motivasi, serta respon terhadap pengalaman positif, yang semua ini berkontribusi pada *mood* ibu. Penelitian eksperimen pada hewan juga menunjukkan bahwa stres gestasional dapat mengubah sinyal dopamin dan oksitosin dalam sistem *reward* yang berkaitan dengan *mood* dan perilaku keibuan. Selain

serotonin dan dopamin, *neurotransmitter* lain seperti GABA *(gamma-aminobutyric acid)* juga berperan. Penurunan neurosteroid seperti allopregnanolone yang terkait dengan sistem GABA dapat mengganggu sinyal penghambatan di otak, sehingga berkontribusi terhadap *mood* yang tidak stabil dan depresi.[15,16]

2.1.1.4 Faktor risiko depresi *postpartum*

2.1.1.4.1 Faktor sosial

2.1.1.4.1.1 Faktor demografi

Beberapa karakteristik demografis diketahui berhubungan dengan risiko depresi *postpartum* seperti usia, pendidikan, dan status ekonomi. Usia reproduksi yang dianggap paling aman adalah 20-35 tahun, karena pada rentang usia tersebut organ reproduksi telah berkembang secara optimal. Sebaliknya, usia <20 tahun dan >35 tahun termasuk kelompok berisiko karena organ reproduksi belum berkembang secara optimal atau telah mengalami penurunan fungsi, sehingga risiko kemungkinan komplikasi selama kehamilan akan semakin tinggi.[17]

Penelitian oleh Devi dan Sari (2023) di Posyandu Desa Wadunggetas menunjukkan adanya hubungan antara usia ibu dan kejadian depresi *postpartum*, di mana ibu yang melahirkan pada usia>35 tahun memiliki risiko lebih tinggi akibat peningkatan komplikasi obstetri serta beban fisik dan psikologis yang lebih besar.[18] Selain itu, penelitian dengan algoritma Naive Bayes juga menemukan bahwa depresi *postpartum* berat lebih banyak terjadi pada ibu berusia <20 tahun dan >35 tahun.[19]

Penelitian oleh Bestari et al. (2025) menunjukkan bahwa tingkat Pendidikan dan status ekonomi berhubungan dengan risiko depresi *postpartum*. Ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik sehingga mampu beradaptasi dan menerapkan mekanisme koping yang lebih efektif dalam menghadapi perubahan pada masa *postpartum*. Sebaliknya, pendidikan yang rendah dapat membatasi akses terhadap depresi *postpartum*.[5] Selain itu, dengan status ekonomi yang lebih tinggi ibu memiliki risiko depresi *postpartum*

yang lebih rendah karena lebih mudah mengakses pelayanan Kesehatan dan berbagai sumber daya yang mendukung kesehatan ibu.[20,21]

2.1.1.4.2 Faktor biologis

2.1.1.4.2.1 Faktor obstetri

kondisi obstetri seperti jenis persalinan merupakan salah satu faktor yang diduga berhubungan dengan risiko depresi *postpartum*. Penelitian oleh Bestari et al. (2025) menunjukkan bahwa ibu yang menjalani persalinan secara *sectio caesarea* memiliki risiko mengalami depresi *postpartum* dibandingkan ibu yang melahirkan secara pervaginam.[5] Ibu yang menjalani persalinan melalui bedah sesar umumnya memerlukan waktu pemulihan yang lebih lama dibandingkan persalinan pervaginam. Kondisi tersebut dapat menghambat proses adaptasi terhadap peran baru sebagai seorang ibu, sehingga meningkatkan risiko terjadinya depresi *postpartum*.[22]

Komplikasi selama kehamilan dan persalinan merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi *postpartum*. *Systematic review* oleh Alqahtani et al. (2024) menunjukkan bahwa ibu dengan diabetes gestasional memiliki kecenderungan lebih tinggi mengalami depresi *postpartum* dibandingkan ibu tanpa diabetes gestasional. Selain itu, *systematic review* dan *meta-analysis* oleh Cárdenas et al. (2025) menunjukkan bahwa komplikasi persalinan berhubungan dengan peningkatan risiko depresi *postpartum*. Beberapa komplikasi persalinan yang ditemukan berhubungan signifikan dengan peningkatan risiko depresi *postpartum* meliputi persalinan sesar, sesar emergensi, persalinan prematur, serta nyeri persalinan berat.[23,24]

Komplikasi selama kehamilan maupun persalinan tersebut dapat mengharuskan ibu menjalani berbagai tindakan medis, seperti *sectio caesarea*, persalinan dengan bantuan forsep atau vakum, analgesia epidural, maupun induksi persalinan. Kondisi tersebut dapat memberikan dampak fisik dan psikologis yang berkepanjangan, seperti rasa nyeri, keterbatasan aktivitas, penurunan kepercayaan diri, serta gangguan dalam membangun

bonding dengan bayi. pengalaman tersebut dapat menjadi stressor psikososial yang memengaruhi kesejahteraan emosional ibu. Selain itu, komplikasi yang menyebabkan ketidaknyamanan fisik dan memperpanjang proses pemulihan dapat meningkatkan kecemasan dan stres, sehingga ibu menjadi lebih rentan mengalami depresi *postpartum*.[5,22]

Selain itu, paritas juga menjadi salah faktor risiko yang berhubungan dengan depresi *postpartum*. Penelitian oleh Nakamura et al. (2020) pada wanita Jepang menemukan bahwa ibu primipara memiliki tingkat *maternity blues* dan depresi *postpartum* yang lebih tinggi dibandingkan ibu multipara, serta skor kecemasan yang lebih tinggi. Hal ini dikarenakan ibu primipara umumnya belum memiliki pengalaman dalam merawat bayi sehingga cenderung memiliki kepercayaan diri yang lebih rendah terhadap perannya sebagai seorang ibu. Penelitian juga menunjukkan bahwa ibu primipara memiliki tingkat efikasi diri dalam perawatan bayi baru lahir yang lebih rendah dibandingkan ibu multipara.[25]

2.1.1.4.2.2 Faktor laktasi

Proses laktasi merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kondisi psikologis ibu pada periode *postpartum*. Selain berperan dalam pemenuhan kebutuhan bayi, laktasi melibatkan berbagai perubahan biologis dan emosional yang mendukung adaptasi ibu setelah persalinan. Pengalaman menyusui juga merupakan salah satu aspek penting yang dapat mempengaruhi psikologis ibu pada periode *postpartum*. Billings et al. (2024) melaporkan bahwa pengalaman menyusui yang tidak sesuai dengan harapan dapat menimbulkan berbagai respons emosional negatif, seperti perasaan tidak mampu, frustasi, kecemasan, dan kegagalan.[26]

Alimi et al. (2021) menemukan bahwa praktik menyusui, khususnya pemberian ASI eksklusif, berhubungan dengan penurunan risiko depresi *postpartum*. Temuan tersebut menunjukkan bahwa menyusui memiliki efek protektif terhadap Kesehatan mental ibu.[27] Oleh karena itu, dukungan yang memadai dan edukasi menyusui terkait dengan praktik ASI diperlukan

untuk membantu ibu menjalani proses menyusui serta mendukung kesehatan mental pada masa *postpartum*.

2.1.1.4.3 Faktor psikososial

Penelitian oleh Lindayani dan Marhaeni (2020) menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan signifikan dengan gejala depresi *postpartum*. Dukungan keluarga yang baik membuat ibu merasa diperhatikan, dihargai, dan dicintai sehingga dapat meningkatkan kenyamanan psikologis. Sebaliknya, kurangnya dukungan keluarga dapat menyebabkan ibu lebih rentan secara emosional dan meningkatkan risiko mengalami depresi *postpartum*.[28]

Masa *postpartum* sering kali disertai dengan kelelahan fisik akibat proses pemulihan setelah persalinan, perawatan bayi, dan aktivitas menyusui. Oleh karena itu, keterlibatan keluarga sangat diperlukan dalam membantu ibu menjani peran barunya, misalkan dengan membantu merawat bayi, menenangkan bayi saat menangis, memberikan apresiasi kepada ibu selama menyusui, serta memberikan kesempatan untuk beristirahat dengan cukup, serta menciptakan rasa aman dan tenang sehingga berkontribusi dalam menjaga kesehatan mental ibu *postpartum*.[29]

Selain dukungan keluarga, kesehatan mental sebelumnya merupakan determinan penting dalam terjadinya depresi *postpartum*. Bestari et al. (2025) melaporkan terdapat hubungan antara riwayat depresi dengan depresi *postpartum*. Kondisi psikologis ibu perlu mendapat perhatian khusus selama proses adaptasi terhadap peran barunya di masa nifas. Ibu yang gagal menjalani proses adaptasi tersebut cenderung mengalami berbagai gangguan psikologis, salah satunya depresi *postpartum*. Kondisi ini akan semakin berat apabila ibu memiliki riwayat depresi dan asietas atau gangguan kecemasan yang tidak tertangani sebelumnya.[5,30]

2.1.1.5 Tanda dan gejala depresi *postpartum*

Secara klinis, DSM-V TR menyebutkan bahwa episode depresi mayor ditandai oleh suasana hati depresif hampir sepanjang hari, kehilangan

minat atau kesenengan (anhedonia), perubahan berat badan atau nafsu makan, gangguan tidur berupa insomnia atau hypersomnia, serta penurunan energi atau kelelahan. Selain itu, dapat ditemukan gangguan psikomotor berupa agitasi maupun retardasi.(31)

2.1.1.6 Dampak depresi *postpartum*

Depresi *postpartum* merupakan gangguan kesehatan mental yang dapat terjadi dalam satu tahun setelah persalinan dan memiliki gejala yang lebih berat serta berlangsung lebih lama dibandingkan *baby blues*. Kondisi ini dapat mempengaruhi kemampuan ibu dalam menjalankan fungsi sehari-hari, termasuk merawat diri sendiri dan bayinya. Apabila tidak terdeteksi dan ditangani dengan tepat, depresi *postpartum* dapat menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan ibu, hubungan ibu dan bayi, serta perkembangan emosional dan perilaku anak.

Selain berdampak pada ibu, depresi *postpartum* juga dapat berdampak pada tumbuh kembang bayi, Alfayumi-Zeadna et al. (2025) menunjukkan bahwa depresi *postpartum* pada ibu berhubungan dengan peningkatan risiko keterlambatan perkembangan bayi terutama pada domain sosial-emosional, bahasa, dan motorik halus.(32) Selain mempengaruhi aspek tumbuh kembang bayi, kondisi psikologis ibu pada masa *postpartum* juga berperan penting dalam kualitas interaksi ibu dan bayi. Depresi *postpartum* pada ibu berhubungan dengan gangguan *mother-infant bonding*, yang ditandai dengan penurunan kualitas interaksi dan keterikatan emosional antara ibu dan bayi. (33)

2.1.1.7 Penilaian/skrining depresi *postpartum*

Deteksi dini depresi *postpartum* penting dilakukan untuk mengidentifikasi ibu yang berisiko sehingga dapat diberikan penanganan dan tindak lanjut yang sesuai dalam pelayanan kesehatan. Salah satu instrumen skrining yang paling banyak digunakan untuk depresi *postpartum* adalah *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) yang dikembangkan oleh John L.Cox dan kolega pada tahun 1987. EPDS terdiri dari 10 pertanyaan yang menilai kondisi emosional ibu selama 7 hari terakhir

dengan empat pilihan jawaban pada setiap item yang diberi skor 0–3, sehingga total skor berkisar antara 0–30. Instrumen ini mencakup tiga dimensi utama, yaitu anhedonia, kecemasan, dan depresi, sehingga banyak digunakan sebagai alat skrining gejala psikologis pada ibu *postpartum*.

EPDS telah diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia dan terbukti memiliki validitas serta reabilitas yang baik sebagai instrumen skrining depresi *postpartum*. Penelitian oleh Oktamurdiantri et al. (2020) menunjukkan bahwa uji validitas konstruk menggunakan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) menghasilkan nilai *loading factor* sebesar 0,56-0,92 pada seluruh item. Nilai *Comparative Fit Index* (CFI) sebesar 0,963 dan *Normed Fit Index* (NFI) sebesar 0,942. Sementara itu, uji reabilitas memperoleh nilai *Croncbach's alpha* sebesar 0,872. Dalam penelitian tersebut, skor EPDS >9 digunakan sebagai cut-off untuk mengidentifikasi ibu yang berisiko mengalami depresi *postpartum*. Ibu dengan skor >9 direkomendasikan untuk menjalani evaluasi lebih lanjut oleh tenaga kesehatan guna untuk memastikan diagnosis dan mendapatkan penatalaksaan yang sesuai.[34]

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, EPDS versi Indonesia dinyatakan memiliki validitas dan reabilitas yang baik sebagai instrumen skrining risiko depresi *postpartum*. Oleh karena itu, instrumen ini dapat digunakan untuk mendeteksi risiko depresi *postpartum* pada ibu di Indonesia, sehingga intervensi dapat diberikan secara lebih cepat dan tepat untuk mencegah perkembangan gangguan yang lebih berat.

2.1.2 ASI eksklusif

2.1.2.1 Definisi ASI eksklusif

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, ASI Eksklusif adalah Air Susu Ibu yang diberikan kepada Bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, tanpa menambah dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain.[35]

2.1.2.2 Manfaat ASI eksklusif

ASI merupakan sumber nutrisi terbaik bagi bayi karena mengandung berbagai zat gizi esensial, seperti vitamin ,mineral, protein, lemak, dan karbohidrat untuk mendukung pertumbuhan yang optimal,perkembangan otak, dan memberikan berbagai manfaat kesehatan. Pemberian ASI eksklusif memberikan kontribusi dalam upaya pencegahan penyakit pada bayi. Hal ini dikarenakan ASI mengandung IgA yang baik untuk pertahanan tubuh melawan penyakit. Selain itu, ASI turut memberikan kontribusi terhadap aspek pertumbuhan fisik, psikis, sosial, maupun spiritual anak.

Menyusui memberi manfaat lebih dari sekadar nutrisi fisik bagi bayi. Kontak kulit-ke-kulit selama proses menyusui membangun ikatan emosional yang kuat antara ibu dan bayi, sehingga turut memengaruhi kesehatan mental keduanya. Menyusui dapat menurunkan risiko kanker, terutama kanker payudara dan ovarium. Karena manfaatnya yang menyeluruh bagi ibu maupun bayi, pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama perlu terus didukung agar bayi dapat tumbuh optimal dan sehat.[36,37,39]

2.1.2.3 Faktor yang memengaruhi pemberian ASI eksklusif

Berdasarkan *systematic review* dan *meta-analysis* oleh Kalhor et al. (2025) melaporkan bahwa keberhasilan pemberian ASI eksklusif dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan. Faktor-faktor tersebut meliputi pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya menyusui, dukungan yang diberikan kepada ibu dari aspek sosial, psikologis, politik, ekonomi, dan kebijakan pemerintah, serta akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Selain itu, persalinan pervaginam, inisiasi menyusui dini pada jam-jam pertama setelah kelahiran, serta pelayanan ibu dan bayi yang optimal pada periode awal kehidupan juga berkontribusi terhadap keberhasilan pemberian ASI eksklusif.[38]

Oleh karena itu, upaya untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif perlu dilakukan melalui edukasi mengenai manfaat menyusui, penguatan

dukungan keluarga dan lingkungam, penyediaan kebijakan yang mendukung ibu menyusui, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, serta optimalisasi pelaksanaan inisiasi menyusu dini.

2.1.3 Hubungan ASI eksklusif dengan risiko depresi *postpartum*

Mekanisme neurohormonal yang mendasari efek protektif pemberian ASI terhadap risiko depresi *postpartum* melibatkan interaksi berbagai hormon, terutama oksitosin, prolaktin, dan dopamin. Menurut Kraus et al. (2025), proses laktasi diatur oleh sistem neuroendokrin yang mengoordinasikan pelepasan ketiga hormon tersebut selama menyusui.[39] Oksitosin merupakan hormon neuropeptida yang di sintesis di nukleus paraventricular (PVN) dan nukleus supraoptik di hipotalamus, kemudian dilepaskan dari hipofisis posterior ke dalam sirkulasi sebagai respons terhadap stimulasi menyusui untuk memicu refleks pengeluaran ASI *(milk ejection reflex)*. Selain dilepaskan ke dalam sirkulasi, oksitosin juga disekresikan melalui serabut daraf oksitosinergik yang berasal dari PVN menuju berbagai area regulasi di otak. Aktivasi sistem oksitosin selama menyusui memberikan berbagai efek adaptif, antara lain meningkatkan pelepasan prolaktin, menurunkan aktivitas sistem respons stres melalui inhibisi hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) aksis yang ditandai dengan penurunan kadar *adrenocorticotropic hormone* (ACTH) dan kortisol.[40]

Prolaktin diproduksi oleh hipofisis anterior dan berperan utama dalam merangsang produksi ASI. Selain fungsi tersebut, prolaktin juga berkontribusi terhadapat adaptasi ibu pada masa *postpartum* dengan mendukung perilaku maternal. Dopamin merupakan neurotrasmiter yang berperan dalam sistem penghargaan *(reward system)*. Selain itu, interaksi antara dopamin dan oksitosin berperan dalam mengaktivasi sistem penghargaan di otak, khususnya pada ventral tegmental area (VTA) dan *nucleus accumbens*, sehingga memperkuat ikatan emosional antara ibu dan bayi serta mendukung perilaku pengasuhan.[39]

Secara keseluruhan oksitosin,prolaktin, dan dopamin bekerja secara sinergis selama proses menyusui. Interaksi ketiga hormon tersebut tidak

hanya menunjuang keberhasilan laktasi, tetapi juga berperan dalam mengatur respons stres, memperkuat ikatan ibu dan bayi, serta mendukung adaptasi psikologis ibu pada masa *postpartum*.

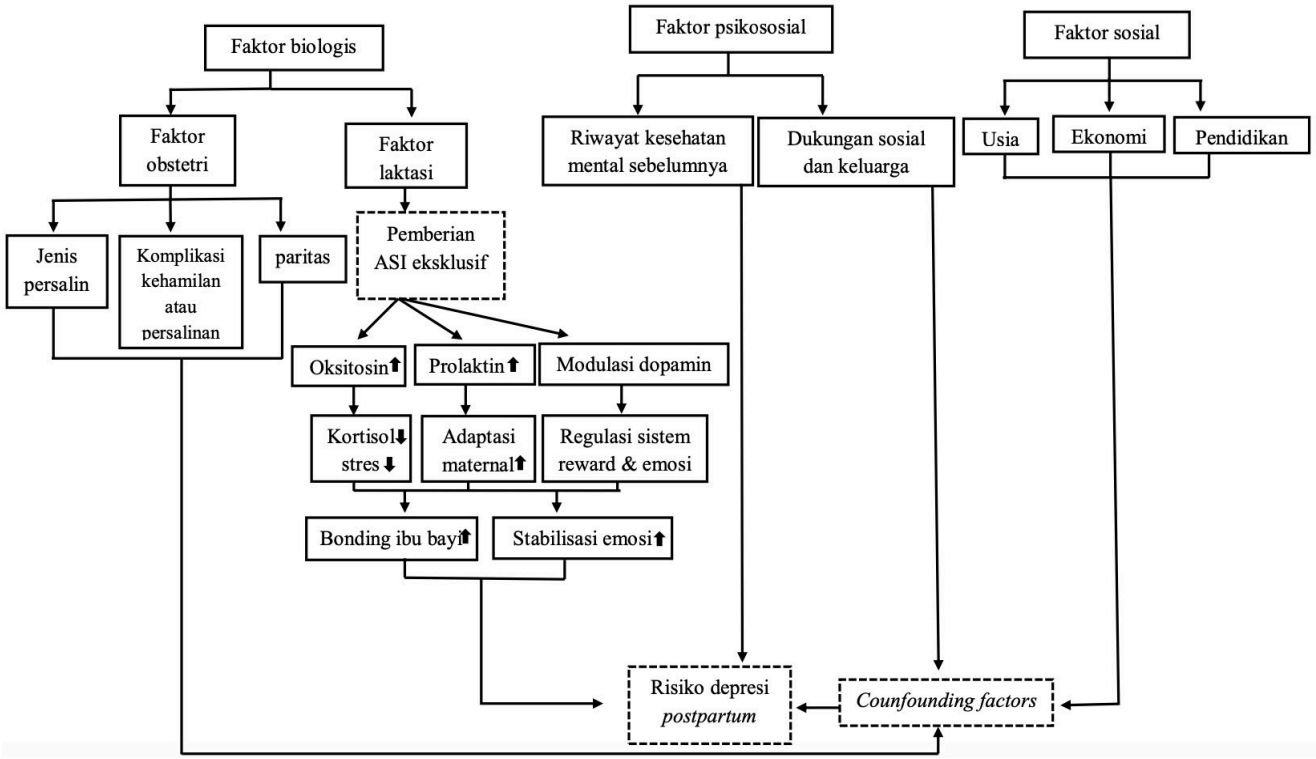
2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Ryan et al. [8]	Amerika Serikat Juli-November 2013	Studi longitudinal	2.022 ibu	Variabel Independen: status menyusui Variabel Dependen: gejala depresi *postpartum*	6 bulan	Ibu yang memberikan ASI non eksklusif berhubungan dengan peningkatan peluang gejala depresi *postpartum* sekitar 2 kali lebih besar dibandingkan ibu yang memberikan ASI eksklusif.
Meng et al. [9]	Shenzhen, China Januari 2016 – Juni 2020	Cross-sectional	7.685 ibu *postpartum*	Variabel independen: Status ASI eksklusif vs non-eksklusif Variabel dependen: *postpartum depression*	4 tahun	Pemberian ASI eksklusif berhubungan dengan peluang depresi *postpartum* yang lebih rendah dibandingkan pemberian ASI non eksklusif
Fukui et al. [10]	Jepang Maret 2017-Desember 2019	Cross-sectional	2.020 ibu	Variabel independen: Metode menyusui (ASI eksklusif dan non eksklusif) Variabel dependen: gejala depresi, kecemasan, bonding ibu anak	2 tahun	metode menyusui (termasuk ASI eksklusif) tidak berpengaruh signifikan terhadap depresi dalam periode awal *postpartum*.
Hilje et al. [41]	Jerman 2017-2019	Longitudinal observational cohort study	307 perempuan	Variabel independen : gaya pemberian makan (ASI eksklusif, susu	2 tahun	*Breastfeeding method* dengan skor EPDS yang menilai gejala depresi pada masa *postpartum* tidak menunjukan hasil yang jelas.

		formula eksklusif, campuran) Variabel dependen: gejala depresi prenatal & postnatal (EPDS); ikatan ibu-anak (PBQ)	

2.3 Kerangka teori



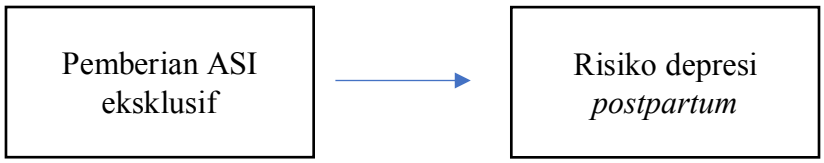
Sumber: Diadaptasi dari Devi & Sari (2023)[18],Anisa et al.(2021)[19],Mulyani et al.(2018)[20], Sinaga & Jober (2023)[21], Santiari et al. (2023)[22],Alqahtani et al. (2024)[23],Cárdenas et al.(2025) [24], Nakamura et al. (2020)[25] ,Lindayani & Marhaeni (2020)[28],Sulistyaningsih & Wijayanti (2020)[29], Ghaedrahmati et al. (2017)[30], Kraus et al. (2025)[39], dan Uvnäs-Moberg et al. (2020)[40]

Keterangan: ---------- : Variabel yang diteliti ———— : Variabel yang tidak ditelit

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

3.1.1 Variabel penelitian

3.1.1.1 Variabel bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah pemberian ASI eksklusif

3.1.1.2 Variabel tergantung

Variabel tergantung pada penelitian ini adalah risiko depresi *postpartum*

3.2 Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional variabel bebas dan variabel terikat

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Asi eksklusif	ASI yang diberikan kepada Bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain.	Kuesioner mengenai pemberian ASI eksklusif	wawancara	1. Ya, ASI eksklusif : bayi hanya menerima ASI sejak lahir hingga usia 6 bulan tanpa tambahan makanan atau minuman lain 2. Tidak ASI eksklusif : bayi menerima selain ASI sebelum usia 6 bulan meliputi: (Susu formula saja) (Kombinasi ASI dan susu Formula) (Makanan atau minuman Lainnya)	Nominal	Peraturan Pemerintah RI Nomor 33 (2012) [35]
Risiko depresi *postpartum*	Risiko seorang ibu *postpartum* mengalami gangguan depresi yang dapat muncul sejak empat minggu *postpartum* hingga dapat berlangsung selama satu tahun	*Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS)	wawancara	1. Tidak ada risiko : skor EPDS 0-9 2. Berisiko : skor EPDS >9	Ordinal	Ulfah et al., Oktamurdianti et al. [12,34]

Tabel 3. Definisi operasional karakteristik responden

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengkur	Hasil	Skala	Referensi
Usia	umur dalam tahun sejak lahir hingga waktu pengisian kuesioner berdasarkan ulang tahun terakhir. Untuk analisis, usia dikelompokkan berdasarkan usia risiko reproduksi. <20 & >35 tahun berisiko dan 20-35 tahun tidak berisiko	Kuesioner karakteristik responden	wawancara	1. Berisiko (<20 tahun & >35 tahun) 2. Tidak berisiko (20-35 tahun)	Nominal	Hapisah, *et al.* [17]
Pendidikan terakhir	Tingkat pencapaian Pendidikan formal terakhir yang dituntaskan oleh individu	Kuesioner karakteristik responden	wawancara	1. Rendah (≤ SMP) 2. Tinggi (≥ SMA)	Ordinal	Meyrinda *et al*. [42]

Status Ekonomi	Kelas sosial seseorang dalam masyarakat biasanya diukur melalui pendapatan	Kuesioner karakteristik responden	wawancara	1. Rendah (<UMP : di bawah sama dengan Upah Minimum Provinsi Jakarta, yaitu Rp 5.729.876) 2. Tinggi (≥ UMP : di atas sama dengan Upah Minimum Provinsi Jakarta, yaitu Rp 5.729.876)	Ordinal	Hidayanti *et al*., Kepgub DKI Jakarta No. 1142 Tahun 2025 tentang Upah Minimum Provinsi Tahun 2026 [43,44]
Komplikasi selama kehamilan/persalinan	Riwayat adanya gangguan kesehatan yang dialami ibu selama kehamilan dan/atau persalinan berdasarkan pengakuan responden, meliputi antara lain diabetes gestasional, persalinan sesar, sesar emergensi, persalinan prematur, serta nyeri persalinan berat	Kuesioner karakteristik responden	wawancara	1. Ya : adanya riwayat komplikasi seperti diabetes gestasional, persalinan sesar, sesar emergensi, persalinan prematur, serta nyeri persalinan berat 3. Tidak: tidak adanya riwayat komplikasi	Nominal	Alqahtani *et al*.,Cárdenas *et al.,* BKKBN *et al.* [23,24,45]

Paritas	klasifikasi ibu berdasarkan jumlah bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu, baik lahir hidup maupun lahir mati	Kuesioner karakteristik responden	wawancara	1. Primipara : wanita yang telah melahirkan seorang anak 2. Multipara : wanita yang telah melahirkan beberapa kali	Nominal	Alfarisi *et al.* [46]
Jenis persalinan	Cara mengeluarkan janin dari Rahim ibu pada saat proses melahirkan, dikategorikan berdasarkan ada/tidaknya tindakan pembedahan	Kuesioner karakteristik responden	wawancara	1. Sesar: persalinan melalui insisi bedah pada dinding abdomen dan uterus ibu 2. Vaginal: persalinan spontan melalui jalan lahir alami tanpa tindakan pembedahan	Nominal	Betrán *et al.*[47]

Riwayat kesehatan mental sebelumnya	Riwayat gangguan kesehatan mental yang pernah dialami dan/atau didiagnosis oleh psikolog atau psikiater pada ibu sebelum kehamilan atau persalinan saat ini, meliputi riwayat depresi dan/atau riwayat ansietas (kecemasan)	Kuesioner karakteristik responden	Wawancara	1. Ya 2. Tidak	Nominal	Ghaedrahmati *et al.* (30)
Dukungan keluarga	Bantuan informal dari anggota keluarga yang bersifat emosional maupun instrumental, yang diterima responden selama masa *postpartum*.	Kuesioner karakteristik responden	wawancara	1. Baik/mendukung 2. Tidak/ kurang medukung	Nominal	Kamaryanti *et al* (48)

BAB IV

METODE

4.1 Desain

Penelitian ini menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Desain ini dipilih karena bertujuan untuk menganalisis hubungan antara pemberian ASI eksklusif (variabel bebas) dengan risiko depresi *postpartum* (variabel terikat) pada periode tertentu setelah persalinan.

4.2 Lokasi dan waktu

- **Lokasi penelitian:**
  Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Tambora, yang berlokasi di Jakarta Barat. Lokasi ini dipilih karena memiliki jumlah ibu pasca persalinan yang cukup besar dan representatif, sehingga data mengenai pemberian ASI eksklusif dan depresi *postpartum* dapat diperoleh dengan memadai.
- **Waktu penelitian:**
  Penelitian dilaksanakan selama 3 bulan yaitu dari September 2026 sampai November 2026

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian adalah seluruh ibu *postpartum* yang terdaftar di Puskesmas Tambora pada periode penelitian September-November 2026 dan memenuhi kriteria inklusi.

4.3.1.1 Populasi target

Seluruh ibu *postpartum* yang melahirkan di Puskesmas Tambora pada rentang waktu 6 bulan – 1 tahun sebelum penelitian dilaksanakan (September 2025 – Maret 2026), dengan pengambilan data dilakukan pada bulan September-November 2026.

4.3.1.2 Populasi terjangkau

Seluruh ibu *postpartum* yang melahirkan dalam rentang waktu 6 bulan – 1 tahun sebelum periode penelitian (September 2025 – Maret 2026), yang berkunjung ke

posyandu wilayah kerja Puskesmas Tambora selama periode pengambilan data berlangsung, yaitu September-November 2026.

4.3.2 Subjek

Subjek penelitian adalah anggota populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

4.3.2.1 Kriteria inklusi pemilihan subjek

1. Ibu yang telah melahirkan ≥ 6 bulan dan ≤ 1 tahun sebelum penelitian dilaksanakan yaitu September 2025 - Maret 2026.
2. Ibu yang mampu membaca dan memahami Bahasa Indonesia.
3. Ibu yang bersedia menjadi responden penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

4.3.2.2 Kriteria eksklusi

1. Ibu dengan riwayat gangguan jiwa sebelum kehamilan.

4.3.2.3 Perhitungan jumlah subjek

Perhitungan jumlah subjek pada penelitian ini menggunakan rumus estimasi proporsi untuk desain penelitian *cross-sectional,* yaitu:

$$\boldsymbol{n = \frac{Z^2 \times P \times (1 - P)}{d^2}}$$

Keterangan

n = jumlah sampel

Z = nilai Z pada tingkat kepercayaan 95% = 1,96

P = prevalensi depresi *postpartum*

d = tingkat kesalahan *(margin of error)* = 0,05

Besar sampel pada penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus populasi finit dan infinit. Prevalensi di Indonesia tahun 2023 15-30% [5] dan jumlah ibu *postpartum* selama 1 tahun dari tahun 2025 – 2026 pada puskesmas Tambora sebanyak 261 ibu.

a. Rumus populasi infinit

$$n = \frac{(1{,}96)^2 \times 0{,}30 \times 0{,}70}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{3{,}8416 \times 0{,}21}{0{,}0025}$$

$$n = \frac{0{,}806736}{0{,}0025}$$

$$n = 322{,}694$$

Oleh karena itu, responden digenapkan menjadi 323 responden.

b. Rumus populasi finit

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

$$nf = \frac{323}{1 + \frac{322}{261}}$$

$$nf = \frac{323}{1 + 1{,}2337}$$

$$nf = \frac{264}{2{,}2337}$$

$$nf = 144{,}6$$

Oleh karena itu, responden digenapkan menjadi 145 responden.

***c. Drop out* 15%**

$$n\ akhir = \frac{145}{1 - 0{,}15}$$

$$n\ akhir = \frac{145}{0{,}85}$$

$$n\ akhir = 170{,}5$$

Oleh karena itu, responden digenapkan menjadi 171 responden.

4.4 Metode rekrutmen sampel penelitian

Subjek penelitian ini direkrut dengan konsekutif/non random sampling.

4.5 Bahan dan instrumen

4.5.1 Bahan penelitian

Bahan penelitian adalah kuesioner

4.5.2 Instrumen penelitian

Pengukuan variabel pada penelitian ini Pengukuran variabel pada penelitian ini dilakukan menggunakan instrumen berupa kuesioner yang terdiri atas kuesioner karakteristik responden, kuesioner pemberian ASI eksklusif, dan EPDS. Variabel bebas berupa pemberian ASI eksklusif diukur menggunakan kuesioner mengenai riwayat pemberian ASI kepada bayi sejak lahir hingga usia enam bulan. Responden dikategorikan memberikan ASI eksklusif apabila bayi hanya menerima ASI tanpa tambahan makanan atau minuman lain selama enam bulan pertama kehidupan. Sebaliknya, responden dikategorikan tidak memberikan ASI eksklusif apabila bayi memperoleh makanan atau minuman selain ASI sebelum usia enam bulan dan dilihat apakah hanya memberikan susu formula, campuran formula dengan ASI, atau memberikan makanan atau minuman diluar ASI.

Variabel terikat berupa risiko depresi *postpartum* diukur menggunakan EPDS versi Bahasa Indonesia yang telah melalui uji validitas dan reliabilitas. Instrumen ini terdiri atas 10 pertanyaan yang menilai kondisi emosional ibu dalam tujuh hari terakhir dengan rentang skor 0–30. Berdasarkan hasil validasi di Indonesia, responden dengan skor EPDS 0-9 dikategorikan tidak berisiko mengalami depresi *postpartum*, sedangkan responden dengan skor EPDS >9 dikategorikan berisiko mengalami depresi *postpartum*.

Karakteristik responden yang meliputi usia, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, komplikasi selama kehamilan dan/atau persalinan, paritas, jenis persalinan, serta dukungan keluarga diperoleh melalui kuesioner karakteristik responden. Seluruh variabel perancu dikumpulkan menggunakan instrumen ini. Usia dikelompokkan menjadi kategori berisiko (<20 tahun atau >35 tahun) dan tidak berisiko (20–35 tahun). Tingkat pendidikan dikategorikan menjadi rendah (≤SMP) dan tinggi (≥SMA). Status ekonomi dinilai berdasarkan pendapatan yang dikategorikan mengacu pada Upah Minimum Provinsi (UMP) DKI Jakarta, yaitu rendah (<UMP) dan tinggi (≥UMP).

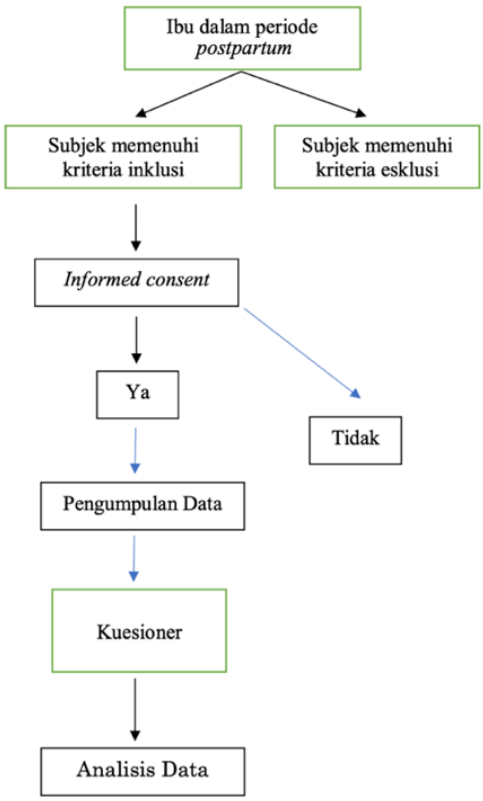
Komplikasi selama kehamilan dan/atau persalinan, jenis persalinan, dan dukungan keluarga dinilai berdasarkan jawaban responden sesuai kategori yang telah ditetapkan dalam definisi operasional. Paritas diklasifikasikan menjadi primipara dan multipara. Sementara itu, riwayat kondisi mental sebelumnya digunakan sebagai kriteria eksklusi, yang datanya diambil melalui kuesioner.

4.6 Analisis statistik

Analisis data dilakukan menggunakan analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel penelitian. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan risiko depresi *postpartum* menggunakan uji Chi-Square dengan tingkat signifikansi $p < 0,05$.

Selanjutnya, analisis multivariat dilakukan menggunakan uji regresi logistik untuk mengontrol variabel *confounding* yang berpotensi memengaruhi hubungan antara pemberian ASI eksklusif dan risiko depresi *postpartum*, seperti usia ibu, tingkat pendidikan, status ekonomi, paritas, jenis persalinan, riwayat komplikasi kehamilan atau persalinan, dan dukungan keluarga. Variabel yang pada analisis bivariat memiliki nilai $p < 0,25$ dimasukkan ke dalam model multivariat. Hasil analisis disajikan dalam bentuk nilai p dan Odds Ratio (OR)**,** dengan tingkat signifikansi ditetapkan pada $p < 0,05$.

4.7 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur kerja

4.8 Etika penelitian

Proposal penelitian akan diajukan ke Komite Etik Riset setelah lolos uji kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Setelah lolos kaji etik, akan mengajukan izin ke kepala Puskesmas Tambora. Pada penelitian ini, setiap responden akan menandatangani *informed consent* dan berhak mengundurkan diri.

4.9 Penjadwalan penelitian

Tabel 4. Penjadwalan pelaksanaan penelitian

KEGIATAN	WAKTU																							
	JAN		FEB		MAR		APR		MEI		JUN		JUL		AGUST		SEP		OKT		NOV		DES	
	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
Pemilihan judul																								
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)**																								
Penyusunan dan penyelesaian BAB II **(Tinjauan Pustaka)**																								
Penyusunan dan penyelesaian BAB III **(Kerangka konsep & definisi operasional)**																								
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(metode)**																								
Persiapan ujian seminar proposal																								

Seminar proposal																								
Revisi proposal																								
Pengurusan izin penelitian																								
Pengumpulan data																								
Pengolahan data																								
Analisis data																								
Pembuatan serta penuntasan BAB V **(Pembahasan)**																								
Pembuatan serta penuntasan BAB VI **(kesimpulan dan saran)**																								
Persiapan ujian seminar hasil																								
Ujian seminar hasil																								

DAFTAR PUSTAKA

1. Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and postpartum depression: an overview and methodological recommendations for future research. Depress Res Treat. 2016;2016:1–9. doi:10.1155/2016/4765310
2. Tebeka S, Le Strat Y, Mandelbrot L, Benachi A, Dommergues M, Kayem G, et al. Early- and late-onset postpartum depression exhibit distinct associated factors: the IGEDEPP prospective cohort study. BJOG. 2021;128(10):1683–93. doi:10.1111/1471-0528.16688
3. Kikuchi S, Murakami K, Obara T, Ishikuro M, Ueno F, Noda A, et al. One-year trajectories of postpartum depressive symptoms and associated psychosocial factors: findings from the Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study. J Affect Disord. 2021;295:632–8. doi:10.1016/j.jad.2021.08.118
4. Putri AS, Wurisastuti T, Suryaputri IY, Mubasyiroh R. Postpartum depression in young mothers in urban and rural Indonesia. J Prev Med Public Health. 2023;56(3):272–81. doi:10.3961/jpmph.22.534
5. Bestari AD, Westriningrum L, Didah, Gumilang L, Mandiri A. Faktor-faktor yang berhubungan dengan resiko depresi postpartum pada ibu nifas di Kota Bandung. MANUJU: Malahayati Nursing Journal. 2025;7(2):658–74. doi:10.33024/mnj.v7i2.17747
6. Handini TS, Puspitasari N. Differences in postpartum maternal depression levels based on maternal age and husband support. Indones J Public Health. 2021;16(1):124–33. doi:10.20473/ijph.v16i1.2021.124-133
7. Badan Pusat Statistik. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif menurut provinsi. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2025 [cited 2026 Jul 12]. Available from: https://www.bps.go.id/id/statistics-table/2/MTM0MCMy/persentase-bayi-usia-kurang-dari-6-bulan-yang-mendapatkan-asi-eksklusif-menurut-provinsi.html
8. Ryan RA, Berube LT, Deierlein AL. Exclusive breastfeeding and postpartum depression: a protective association that is not modified by feeding intentions. PLoS One. 2026;21(1):e0340269. doi:10.1371/journal.pone.0340269
9. Meng L, Wu M, Situ J, Gu Y, Peng S. Sex-specific associations between exclusive breastfeeding and postpartum depression in Chinese women. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24:829. doi:10.1186/s12884-024-07045-2
10. Fukui N, Motegi T, Watanabe Y, Hashijiri K, Tsuboya R, Ogawa M, et al. Exclusive breastfeeding is not associated with maternal-infant bonding in early postpartum, considering depression, anxiety, and parity. Nutrients. 2021;13(4):1184. doi: 10.3390/nu13041184.
11. Giyandari SA, Sinaga JP, Zakiah M, Sukmawati F, Alex. Overview of postpartum depression in the Sungai Durian Public Health Center area. J Psikiatri Surabaya. 2025;14(2):184–91. doi:10.20473/jps.v14i2.54679

12. Ulfah R, Zakiah M, Asseggaf SNYRS, Putri TH. Prevalence and factors associated with postpartum depression in Pontianak City. eJ Kedokt Indones. 2025;13(1):52–60. doi:10.23886/ejki.13.949.52
13. Chauhan G, Tadi P. Physiology, postpartum changes. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
14. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. Front Neuroendocrinol. 2019;52:165–80. doi:10.1016/j.yfrne.2018.12.001
15. Zhang K, He L, Li Z, Ding R, Han X, Chen B, et al. Bridging neurobiological insights and clinical biomarkers in postpartum depression: a narrative review. Int J Mol Sci. 2024;25(16):8835. doi:10.3390/ijms25168835
16. Haim A, Brooks CA, Brothers HM, Breach MR, Leuner B. Gestational stress disrupts dopamine and oxytocin signaling in the postpartum reward system of rats. Behav Brain Res. 2020;383:112507. doi:10.1016/j.bbr.2020.112507
17. Hapisah, Rusmilawaty, Sofia N, Hipni R, Megawati. Usia ibu dan hubungannya dengan kondisi kehamilan, persalinan, postpartum dan kondisi neonatal. Journal of Telenursing (JOTING). 2024;6(2):2699–713. doi:10.31539/joting.v6i2.13370
18. Devi SS, Sari DK. Hubungan usia ibu postpartum dengan kejadian depresi postpartum di Posyandu Desa Wadunggetas. Jurnal Keperawatan Duta Medika. 2023;3(2):48-53. doi:10.47701/dutamedika.v3i2.2605.
19. Anisa FN, Sarkiah, Hidayat A. Deteksi kejadian depresi post partum dengan algoritma Naïve Bayes. Dinamika Kesehatan: Jurnal Kebidanan dan Keperawatan. 2021;12(1):8-19. doi:10.33859/dksm.v12i1.678.
20. Mulyani C, Dekawaty A, Suzanna S. Faktor-faktor penyebab depresi pasca persalinan. Jurnal Keperawatan Silampari. 2022;6(1):635-49. doi:10.31539/jks.v6i1.3462.
21. Sinaga E, Jober NF. Karakteristik dan status kesehatan mental ibu postpartum. Jurnal Keperawatan Silampari. 2023;6(2):1717-29. doi:10.31539/jks.v6i2.5333.
22. Santiari NPI, Widiastini LP, Udayani NPMY. The relationship of the delivery process to the risk of postpartum depression at RSIA Pucuk Permata Hati. Jurnal Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan. 2023;5(1):28-31. doi:10.30872/j.kes.pasmi.kal.v5i1.7383.
23. Alqahtani SAS, Alasmre FA, Alasmre HA, Alasmre LA, Mohammed YM, Aljuaid N, et al. The relationship between gestational diabetes and postpartum depression: a systematic review. Cureus. 2024;16(7):e64219. doi: 10.7759/cureus.64219.
24. Cárdenas EF, Yu E, Jackson M, Humphreys KL, Kujawa A. Associations between maternal birth complications and postpartum depressive symptoms: a systematic narrative review and meta-analysis. Womens Health (Lond). 2025;21:17455057251320801. doi: 10.1177/17455057251320801.

25. Nakamura Y, Okada T, Morikawa M, Yamauchi A, Sato M, Ando M, et al. Perinatal depression and anxiety of primipara is higher than that of multipara in Japanese women. Sci Rep. 2020;10:17060. doi:10.1038/s41598-020-74088-8
26. Billings H, Horsman J, Soltani H, Spencer RL. Breastfeeding experiences of women with perinatal mental health problems: a systematic review and thematic synthesis. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24:582. doi:10.1186/s12884-024-06735-1
27. Alimi R, Azmoude E, Moradi M, Zamani M. Breastfeeding and reduced risk of postpartum depression: a meta-analysis. Breastfeed Med. 2022;17(4):290–6. doi:10.1089/bfm.2021.0183
28. Lindayani IK, Marhaeni GA. Prevalensi dan faktor risiko depresi post partum di Kota Denpasar tahun 2019. Jurnal Midwifery Update (MU). 2020;2(2):100-9. doi:10.32807/jmu.v2i2.94.
29. Sulistyaningsih D, Wijayanti T. Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi postpartum di RSUD I.A. Moeis Samarinda. Borneo Student Research. 2020;1(3):1641-53.
30. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: a narrative review. J Educ Health Promot. 2017;6:60. doi:10.4103/jehp.jehp_9_16.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., (DSM-5-TR). Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022. doi:10.1176/appi.books.9780890425787
32. Alfayumi-Zeadna S, Masarwe S, Findling Y, Ereli A, O'Rourke N. Postpartum depression and infant development: a systematic review. J Affect Disord. 2025;388:119558. doi:10.1016/j.jad.2025.119558
33. Maulina R, Sugiyani S, Fitrotul M, Ningrum DC, Maharani AD. Postpartum depression and mother-infant bonding. J Sains Kebidanan. 2025;7(2):122–32. doi:10.31983/jsk.v7i2.12876
34. Oktamurdiantri F, Hasnida, Saragih JI. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to detect postpartum depression risk. Int J Prog Sci Technol. 2020;19(1):31–4. doi:10.52155/ijpsat.v19.1.1585
35. Indonesia. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Jakarta: Sekretariat Negara; 2012.
36. Hasriyana D, Surani E. Pentingnya memberikan ASI eksklusif untuk kehidupan bayi dalam perspektif Islam dan kesehatan: literatur review. SALAM J Sos Budaya Syar-i. 2021;8(5):1435-48. doi:10.15408/sjsbs.v8i5.22241.
37. Oktaviani N, Damailia R, Garna H. Manfaat ASI eksklusif dalam pencegahan penyakit infeksi pada anak: kajian pustaka. Bandung Conference Series: Medical Science. 2022;2(1):941–4. doi:10.29313/bcsms.v2i1.1860
38. Kalhor M, Yazdkhasti M, Simbar M, Hajian S, Kiani Z, Khorsandi B, et al. Predictors of exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. Int Breastfeed J. 2025;20:52. doi:10.1186/s13006-025-00744-2

39. Kraus V Jr, Čižmárová B, Birková A. When your body tells you not to breastfeed: oxytocin, prolactin, dopamine, and the neurobiology of lactation. Int J Mol Sci. 2025;26(12):5909. doi:10.3390/ijms26125909
40. Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Buckley S, Massarotti C, Pajalic Z, Luegmair K, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding—a systematic review. PLoS One. 2020;15(8):e0235806. doi:10.1371/journal.pone.0235806
41. Hilje CC, Bauer NH, Reis D, Kapp C, Ostermann T, Vöhler F, et al. The role of breastfeeding and formula feeding regarding depressive symptoms and an impaired mother-child bonding. Sci Rep. 2024;14(1):11417. doi:10.1038/s41598-024-62168-y
42. Meyrinda L, Candra E, Zanzibar Z. Hubungan sikap, tingkat pendidikan, dan usia terhadap upaya pencegahan demam berdarah di Desa Tanjung Baru. J Wacana Kesehat. 2025;10(1):22-9. doi:10.52822/jwk.v10i1.672
43. Hidayati NID. Hubungan pendapatan keluarga dan ketahanan pangan dengan status gizi balita pada era pandemi covid-19 di Kabupaten Pasuruan. Media Gizi Kesmas. 2023;12(1):359–66. doi:10.20473/mgk.v12i1.2023.359-366
44. Gubernur Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Keputusan Gubernur Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 1142 Tahun 2025 tentang Upah Minimum Provinsi Tahun 2026. Jakarta: Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta; 2025.
45. BKKBN, BPS, Kemenkes, USAID. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: BKKBN, BPS, Kemenkes, USAID; 2018.
46. Alfarisi R, Hutasuhut AF, Kurniawan B, Taufiq SAH. Hubungan Paritas dan Status Gizi Ibu Selama Kehamilan dengan Berat Bayi Lahir di Klinik Bidan Ratna Sari Dewi Jakarta Selatan. MAHESA Malahayati Heal Student J. 2022;2(2):380-9. doi: 10.33024/mahesa.v2i2.4521
47. Betrán AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM, et al. WHO statement on caesarean section rates. BJOG. 2016;123(5):667–70. doi:10.1111/1471-0528.13526
48. Kamaryati NP, Malathum P. Family support concept analysis. Pac Rim Int J Nurs Res. 2020;24(3):403–1

LAMPIRAN

Lampiran 1. Distribusi Karakteristik Responden

Variabel	Jumlah (n)	Presentase (%)
Usia		
Berisiko		
<20 tahun & >35 tahun		
Tidak berisiko		
20-35 Tahun		
Pendidikan terakhir		
Rendah		
≤ SMP		
Tinggi		
≥ SMA		
Status ekonomi		
Rendah		
< UMP		
Tinggi		
≥ UMP		
Komplikasi selama kehamilan/persalinan		
Ya		
Tidak		
Jenis persalinan		
Operasi sesar		
Pervaginam/normal		
Paritas		
Primipara		
Multipara		
Dukungan keluarga		
Baik/mendukung		
Tidak/Kurang mendukung		

Lampiran 2. Distribusi pemberian ASI eksklusif dan risiko depresi *postpartum*

	n	%
Pemberian ASI esklusif		
Ya		
Tidak		
Susu formula		
Mix ASI + Formula		
Makanan/minuman lain		
Risiko depresi *postpartum*		
Tidak berisiko		
Berisiko		

Lampiran 3. Hubungan pemberian ASI eksklusif dengan risiko depresi *postpartum*

Pemberian ASI eksklusif	**Tidak berisiko n (%)**	**Berisiko depresi *postpartum* n(%)**	**Total n (%)**	**p-value**
Ya				
Tidak				

Lampiran 4. Hubungan *confounding factors* dengan risiko depresi *postpartum*

Risiko depresi *postpartum*	**Tidak berisiko**	**Berisiko**	**Total n (%)**	**P-value**
Usia				
Berisiko				
<20 tahun & >35 tahun				
Tidak berisiko				
20-35 Tahun				
Pendidikan terakhir				
Rendah				
≤ SMP				
Tinggi				
≥ SMA				
Status ekonomi				
Rendah				
< UMP				
Tinggi				
≥ UMP				
Komplikasi selama kehamilan/persalinan				
Ya				
Tidak				

Jenis persalinan			
Operasi sesar			
Pervaginam/normal			
Paritas			
Primipara			
Multipara			
Dukungan keluarga			
Baik/mendukung			
Tidak/Kurang mendukung			

Lampiran 5. Analisis multivariat

Risiko depresi *postpartum*	**p-value**	**OR**	**95%CI**
Usia			
Berisiko			
<20 tahun & >35 tahun			
Tidak berisiko			
20-35 Tahun			
Pendidikan terakhir			
Rendah			
≤ SMP			
Tinggi			
≥ SMA			
Status ekonomi			
Rendah			
< UMP			
Tinggi			
≥ UMP			
Komplikasi selama kehamilan/persalinan			
Ya			
Tidak			
Jenis persalinan			
Operasi sesar			
Pervaginam/normal			
Paritas			
Primipara			
Multipara			
Dukungan keluarga			
Baik/mendukung			
Tidak/Kurang mendukung			

Lampiran 6. Kuesioner

KUESIONER PENELITIAN

Nama :
Usia :
Tanggal lahir ibu:
Tanggal lahir bayi:

Pendidikan terakhir :

- ☐ SD
- ☐ SMP
- ☐ SMA/SMK
- ☐ Diploma (I/II/III/IV), S1,S2,S3

Pendapatan keluarga (UMP Jakarta Rp 5.729.876 per bulan) :

- ☐ < UMP
- ☐ ≥ UMP

Komplikasi selama kehamilan/persalinan (diabetes gestasional, persalinan sesar, sesar emergensi, persalinan prematur, serta nyeri persalinan berat) :

- ☐ Ya
- ☐ Tidak

Jenis persalinan :

- ☐ Operasi sesar
- ☐ Pervaginam/normal

Jumlah anak yang pernah dilahirkan :

- ☐ Melahirkan 1kali
- ☐ Melahirkan ≥2 kali

Riwayat gangguan mental sebelumnya (depresi & kecemasan) :

- ☐ Ya
- ☐ Tidak

Dukungan keluarga :

- ☐ Baik/mendukung
- ☐ Kurang/Tidak mendukung

STATUS PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

1. Apakah bayi ibu mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan?	
	Ya
	Tidak

2. Jika menjawab "Tidak", bayi ibu menerima:	
	Susu formula saja
	ASI + susu formula
	Makanan/minuman lainnya

KUESIONER
***EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE* (EPDS)**

Karena Anda baru saja melahirkan, kami ingin mengetahui bagaimana perasaan Anda. Silahkan pilih jawaban yang paling menggambarkan perasaan Anda selama **7 hari terakhir**, bukan hanya berdasarkan perasaan Anda pada hari ini.

Pilih satu jawaban untuk setiap pertanyaan sesuai dengan kondisi yang paling mendekati apa yang Anda rasakan. Tidak ada jawaban yang benar atau salah sehingga diharapkan Anda menjawab dengan jujur sesuai keadaan yang sebenarnya.

Berikut adalah contoh cara pengisian kuesioner.

Saya merasa senang :

	Ya, hampir setiap saat
✓	Ya, sering
	Kadang-kadang
	Tidak pernah sama sekali

Hal ini berarti : "sepanjang minggu lalu, saya sering merasa senang."

1. Saya bisa tertawa dan melihat sisi lucu dari berbagai hal :		
	Ya, seperti biasanya	
	Sekarang tidak terlalu sering	
	Sekarang agak jarang	
	Tidak sama sekali	

2. Saya memandang masa depan penuh harapan :		
	Seperti yang pernah saya lakukan dulu	

	Agak kurang dari biasanya	
	Jelas kurang dari biasanya	
	Hampir tidak sama sekali	

3. Saya menyalahkan diri saya sendiri ketika ada hal-hal yang salah* :		
	Ya, hampir selalu	
	Ya, kadang-kadang	
	Tidak terlalu sering	
	Tidak, tidak pernah	

4. Saya cemas atau khawatir tanpa alasan yang jelas :		
	Tidak, tidak sama sekali	
	Hampir tidak pernah	
	Ya, kadang-kadang	
	Ya, sangat sering	

5. Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang sangat jelas* :		
	Ya, cukup sering	
	Ya, kadang-kadang	
	Tidak, tidak sering	
	Tidak, tidak sama sekali	

6.	Banyak hal menjadi beban untuk saya* :	
	Ya, sering kali saya tidak dapat mengatasinya	
	Ya, kadang saya tidak dapat mengatasi seperti biasanya	
	Tidak, saya hampir selalu dapat mengatasinya dengan baik	
	Tidak, saya selalu dapat mengatasinya dengan baik seperti biasanya	

7.	Saya merasa tidak bahagia sehingga sulit tidur* :	
	Ya, sering kali	
	Ya, kadang-kadang Sekarang tidak terlalu sering	
	Tidak terlalu sering	
	Tidak, tidak sama sekali	

8.	Saya merasa sedih atau menderita* :	
	Ya, sering kali	
	Ya, cukup sering	
	Tidak terlalu sering	
	Tidak, tidak sama sekali	

9.	Saya merasa sangat tidak senang sehingga saya sering menangis* :	
	Ya, sering kali	

	Ya, cukup sering	
	Hanya sesekali	
	Tidak, tidak pernah	

10.	Pikirkan untuk menyakiti diri sendiri telah terfikir oleh saya** :	
	Ya, cukup sering	
	Kadang-kadang	
	Hampir tidak pernah	
	Tidak pernah	

Sumber: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–786.

Sistem penilaian Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): terdiri atas 10 item dengan rentang skor masing-masing 0–3, sehingga total skor berkisar antara 0–30. Item nomor 1, 2, dan 4 dinilai secara langsung (0–3), sedangkan item nomor 3 dan 5–10 menggunakan *reverse scoring* (3-0)

Interpretasi hasil :

1.Tidak berisiko : skor 0-9

2.Berisiko : skor >9

Lampiran 7. *Informed consent*

PENGANTAR LEMBAR PERSETUJUAN
LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN (*INFORMATION SHEET*)

Judul penelitian:

Hubungan Pemberian ASI Esklusif dengan Risiko Depresi *Postpartum*

Identitas Peneliti:

Peneliti

Nama	: Athaya Ulima Az-Zahra
NIM	: 030002300139
Program Studi	: Pendidikan Dokter
Fakultas	: Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti
Nomor Telepon	: 081329002805
Email	: 030002300139@std.trisakti.ac.id

Ibu yang terhormat,
Saya adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti yang sedang melakukan penelitian mengenai hubungan pemberian ASI Esklusif dengan Risiko Depresi *Postpartum.* Prosedur penelitian ini meliputi pengisian kuesioner mengenai depresi *postpartum*, menggunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale, ASI eksklusif, dan mengenai karakteristik demografi responden. Waktu yang diperlukan kurang lebih 10 menit, dan tidak terdapat Tindakan invasif atau pemberian obat dalam penelitian ini. Identitas responden akan dijaga kerahasiannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ilmiah

Saya berkeyakinan bahwa penelitian ini memiliki manfaat yang luas baik untuk memberikan informasi mengenai risiko depresi *postpartum* dan menambah data ilmiah terkait depresi *postpartum***.**

INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan Responden)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama	:
Umur	:
Orang tua dari	:
Alamat	:
Tanggal pengambilan data	:
Asal Posyandu	:

Saya telah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan penelitian. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu responden penelitian yang berjudul "Hubungan Pemberian ASI Esklusif dengan Risiko Depresi *Postpartum*".

Jakarta,…….

Peneliti	Responden
(.....)	(.....)
Athaya Ulima Az-Zahra	