

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Gangguan Mood Postpartum

Terdapat tiga gangguan mood yang biasanya terjadi setelah kelahiran bayi, antara lain : (1) postpartum blues ; (2) depresi postpartum ; (3) psikosis postpartum. Diperkirakan lebih dari 85% wanita postpartum akan mengalami postpartum blues.⁶ Mood yang berfluktuasi cepat, perasaan yang penuh dengan kesedihan, mudah tersinggung, dan cemas merupakan gejala yang sering terjadi. Puncak gejala terjadi pada hari keempat dan kelima setelah persalinan dan bertahan selama beberapa hari, tetapi secara umum waktunya terbatas dan dengan spontan mengalami remisi pada 2 minggu pertama postpartum. Gejala-gejala *baby blues* tidak mempengaruhi kemampuan fungsional ibu dan menjaga bayinya. Wanita dengan gejala mudah marah dan bertahan lebih dari 2 minggu harus dilakukan skrining terjadinya depresi postpartum. Sedangkan psikosis postpartum merupakan penyakit psikiatri postpartum yang terberat. Kondisi ini jarang dan terjadi pada 1-2 dari 1000 wanita setelah persalinan. Wanita yang paling beresiko tinggi adalah yang memiliki riwayat gangguan bipolar atau episode psikosis postpartum sebelumnya. Psikosis postpartum memiliki onset yang dramatis, secepatnya terjadi pada 48-72 jam pertama postpartum, atau pada umumnya terjadi sekitar 2 minggu pertama postpartum. Kondisinya berupa episode manik atau campuran dengan gejala seperti kelelahan dan insomnia, mudah tersinggung, mood yang sangat mudah berubah, dan

perilaku yang tidak teratur. Ibu dapat mengalami delusi yang berhubungan dengan anaknya (seperti anaknya diculik atau sekarat, anaknya setan atau Tuhan) atau mungkin mengalami halusinasi pendengaran yang menyuruhnya untuk melindungi dirinya dari sang anak.⁷

2.2. Depresi Postpartum

2.2.1. Definisi Depresi Postpartum

Depresi postpartum adalah suatu kondisi mood depresi yang berat yang terjadinya sekitar 4 minggu setelah kelahiran bayi . Depresi postpartum mungkin muncul terlambat 30 minggu dari postpartum, bahkan sebagian mengatakan kurang dari 12 bulan pertama postpartum. Manifestasinya berupa menangis, insomnia, depresi, kelemahan, cemas, tidak bergairah dan konsentrasi yang buruk. bisa saja mengalami gejala yang ringan, sedang ataupun berat. Berdasarkan atas *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*, depresi postpartum bukan merupakan wujud yang terpisah, melainkan bagian dari spektrum depresi mayor, yang terkode dengan suatu modifikasi terhadap onset postpartum. DSM-IV memutuskan bahwa onsetsnya harus sekitar 4 minggu setelah kelahiran bayi.^{1,3,8,9}

Sinopsis Kriteria DSM –IV terhadap Episode Depresi Mayor, dengan onset postpartum^{3,10,11}

1. Pasien harus memiliki sedikitnya satu dari hal berikut selama periode waktu 2 minggu:

- Penurunan mood, atau
- Anhedonia

2. Sedikitnya lima dari simptom berikut harus muncul dalam interval waktu 2 minggu :

- Seringkali merasa tertekan, bahkan hampir setiap hari
- Berkurangnya kesenangan atau minat hampir pada semua aktifitas sehari-hari
- Perubahan selera makan (ditandai dengan penurunan berat badan)
- Gangguan tidur (insomnia, hiperinsomia)
- Retardasi psikomotor atau agitasi hampir setiap hari
- Kurangnya energi atau fatigue hampir setiap hari
- Perasaan berlebihan terhadap hal yang tidak penting atau perasaan bersalah yang berlebihan atau perasaan tidak berguna
- Kesulitan untuk berkonsentrasi, atau membuat keputusan hampir setiap hari
- Seriiing berpikir untuk mati, bunuh diri atau rencana untuk bunuh diri

3. Simptom yang muncul menyebabkan gangguan yang signifikan atau distres dalam sosial, berbicara, atau fungsi hidup sehari-hari yang penting.
4. "Onset Postpartum Spesifik" jika onset simptom terjadi dalam 4 minggu setelah kelahiran bayi

2.2.2. Prevalensi

Depresi postpartum mempengaruhi sekitar 10-15% dari seluruh ibu baru, namun dapat lebih tinggi hingga 35% pada kelompok demografi.^{2,12} Pada negara berkembang, prevalensinya berkisar antara 5-25%.⁴ Satu studi menemukan 19,2% ibu baru yang didiagnosa dengan depresi mayor atau minor dalam tiga bulan pertama postpartum, 7,1% diantaranya mengalami depresi mayor. Pada studi lain dari 214 wanita, 86 diantaranya memiliki gejala depresi (40,2%), tetapi hanya 25 (11,7%) yang secara nyata didiagnosa sebagai suatu depresi. Survey lainnya menyebutkan sepertiga wanita yang dinilai dengan batas resiko depresi pada delapan bulan postpartum, tetap mengalami depresi 12-18 bulan kemudian, dan hanya 15% yang meminta pertolongan atau dirujuk ke ahli kesehatan mental. Depresi postpartum jarang terdiagnosa dan menjadi komplikasi paska kelahiran bayi serta gangguan psikiatri perinatal tersering, dengan resiko tertinggi pada wanita postpartum tahun pertama.^{2,12} Satu penelitian menunjukkan bahwa terdapat tiga kali lipat peningkatan resiko untuk menjadi depresi pada 3 sampai 6 bulan setelah kelahiran bayi.⁴

2.2.3 Etiologi

Etiologi pasti dari depresi postpartum masih belum jelas, namun berbagai faktor fisiologis dan psikososial telah diinvestigasi. Berikut beberapa hal yang diduga menjadi etiologi dari depresi postpartum.

a. Neurobiologi postpartum ^{2,3,13,14,15,16}

Mekanisme biologi dari depresi postpartum dipercaya berhubungan dengan gangguan depresif mayor. Depresi secara umum merupakan penyakit dengan integritas sirkuit neuron, yang telah ditunjukkan pada studi dengan pengurangan volume otak seseorang yang didiagnosa dengan gangguan depresif mayor. Yang menarik, jumlah volume yang hilang secara langsung berhubungan dengan lama penyakit. Stres dan depresi bekerja dengan mengurangi jumlah protein otak yang mencetuskan pertumbuhan neuron dan formasi sinaps. Dan penyebab neurobiologi ini berinteraksi dengan kemampuan genetik dan faktor lingkungan atau psikososial.²

Setelah dilahirkannya plasenta pada saat persalinan, kadar estrogen dan progesteron plasma ibu mulai turun secara cepat. Hormon tersebut diketahui memiliki efek neural pada konsentrasi yang fisiologis, maka diduga perubahan kadarnya memiliki efek psikologis. Pada suatu penelitian pada tikus, stimulasi reseptor GABA pada otak menyebabkan relaksasi dan tranquliti, dan mengalami penurunan regulasi selama kehamilan oleh neurosteroid yang berasal dari progesteron. Pada saat postpartum, reseptornya akan segera melepaskan ikatannya. Yang

menarik, tikus dengan reseptor GABA yang rusak, secara signifikan mengalami gejala depresi postpartum seperti anhedonia. Sebagian menyebarkan kotorannya, bahkan ada yang memakan sesamanya. Peneliti menduga bahwa pengobatan dengan agonis reseptor GABA dapat efektif pada kasus tersebut. Suatu penelitian lain meneliti wanita yang diberikan dosis tunggal progestin sintetik atau estrogen transdermal pada 48 jam postpartum, kemudian diskoring dengan EPDS pada saat 4 atau 6 minggu postpartum dan diulangi pada saat 12 minggu postpartum. Pada kelompok progestin, terdapat peningkatan gejala mood negatif pada 6 minggu postpartum, namun tidak muncul pada saat 12 minggu, jika dibandingkan dengan plasebo. Sedangkan pada kelompok estrogen, hanya sedikit gejala depresi yang muncul dibandingkan dengan plasebo.

13,

Sebenarnya kadar estrogen dan progesteron tidak menunjukkan korelasi langsung yang konsisten terhadap perubahan mood, namun mungkin saja kalau kadar steroid neuroaktif dipengaruhi oleh kadar hormon tersebut. Suatu penelitian meneliti hubungan kadar estradiol pada kehamilan 36 minggu dan saat postpartum, dan dijumpai kadar estradiol dan estriol yang menurun pada hari 34, 36, dan 38 antepartum dan hari 1-4, 6 dan 8 postpartum. Mereka juga menemukan kadar estriol total yang tinggi pada hari 2 dan 3 postpartum pada wanita dengan *baby blues*. Penelitian lain yang meneliti wanita dengan *baby blues* dan depresi postpartum, menemukan kadar estrogen yang sama pada kedua kelompok wanita tersebut baik dengan atau tanpa gangguan mood.

Penurunan kadar estrogen hingga 100-1000 x selama 3-4 hari postpartum diduga memiliki hubungan dengan densitas Monoamine Oxidase A (MAO-A), yaitu suatu enzim yang primer berlokasi di membran mitokondria luar yang terdeteksi di neuron dan glia dan peningkatannya diduga berperan dalam episode depresif mayor. Sedangkan progesteron diduga sebagai pencetus gejala depresi postpartum dan telah diteliti oleh beberapa kelompok, dimana didapatkan hubungan yang lemah antara pengurangan progesteron dengan perkembangan depresi postpartum. Dan sebagian juga menemukan kadar progesteron saliva yang tinggi pada antepartum dan rendah pada postpartum, namun tidak terjadi pada kadarnya dalam plasma.^{3,14,15,16}

Penelitian terbaru menunjukkan efek mood yang mungkin terjadi akibat metabolit neuroaktif dan prekursor dari progesteron, seperti allopregnanolone, 3 α ,5 α -tetrahydroprogesterone (3 α ,5 α -THP), 3 α ,5 α -tetrahydrodeoxycorticosterone (3 α ,5 α -THDOC), dan banyak lainnya. Hormon steroid secara klasik bekerja dengan cara berikatan reseptor intraselluler yang mencetuskan suatu kaskade peristiwa yang menghasilkan modifikasi transkripsi, yang memberikan efek di kemudian hari. Steroid neuroaktif dapat mencetuskan efek neurologi dengan cara berikatan dengan reseptor pada permukaan sel atau channel ion pada neuron dan membangkitkan eksitabilitas sel. Steroid neuroaktif bekerja sebagai allosteric modulator pada reseptor γ -aminobutyric acid A (GABAA), menambah aksi inhibisi reseptor ini yang juga menurunkan eksitabilitas neuron. Subunit delta yang mengandung reseptor GABAA

telah diidentifikasi sebagai target dari steroid neuroaktif. Sebagai tambahan, allopregnanolon bekerja sebagai modulator pelepasan dopamin sebagai respon perubahan steroid ovarium yang dapat mempengaruhi neurokimia yang mencetuskan gangguan mood.¹⁴

Disequilibrium dari steroid neuroaktif diduga menjadi faktor dalam patofisiologi depresi. Bukti menyatakan bahwa terapi antidepresan dapat bekerja dengan tingkat modulasi dari steroid neuroaktif.^{2,14} Pasien dengan depresi mayor, memiliki kadar $3\alpha,5\alpha$ -THP dan $3\alpha,5\beta$ -THP levels yang menurun dan kadar $3\beta,5\alpha$ yang meningkat. Dan kadar ini kembali normal jika diikuti dengan terapi antidepresan. Dampak dari steroid neuroaktif juga diperiksa dalam hubungannya dengan kadar hormonal wanita. Kadar 5α -dihydroprogesterone (5α -DHP) secara signifikan meningkat pada wanita hamil 27 dan 37 minggu yang mengalami depresi, dan metabolit progesteron ini tetap tinggi selama 7 minggu postpartum, sedangkan progesteron akan kembali normal pada hari 2-7 postpartum.¹

b. Gangguan Autoimun¹⁷

Kondisi fisiologis yang cenderung ke kemarahan setelah kelahiran bayi bisa berasal dari autoimun. Satu penelitian menduga bahwa kemarahan ibu berasal dari paparan ibu terhadap berbagai antigen fetal selama persalinan. Sebagai contoh, tiroiditis postpartum merupakan suatu kondisi dengan autoantibodi tiroid yang terdeteksi di plasma diantara 6 minggu hingga 6 bulan postpartum. Hal tersebut terjadi pada 6-9 % wanita yang tidak memiliki riwayat penyakit tiroid. Pada sebagian kasus, penyakit ini muncul dengan fase hipertiroid yang diikuti dengan fase hipotiroid, atau hanya muncul dengan hipertiroidisme atau hipotiroidisme saja. Beberapa studi telah mencoba untuk menentukan kejadian depresi yang mana yang berhubungan dengan penyakit tiroid itu sendiri. Belum ada kesimpulan pasti yang berhasil didapatkan, namun depresi postpartum mungkin berdasarkan tiroid.

c. Gangguan Tidur dan Ritme Sirkadian¹⁷

Sedikitnya 5 studi sejak tahun 1968 telah menduga bahwa gangguan tidur dapat menyebabkan depresi postpartum. Ibu baru tidak selalu dapat tidur ketika mereka membutuhkannya, karena mereka harus menjaga bayinya. Kecenderungan wanita tersebut untuk menjadi depresi mungkin disebabkan oleh kelelahan atau *fatigue*.

Melatonin adalah hormon tidur yang dihasilkan di kelenjar pineal otak. Konsentrasinya dalam plasma akan mulai meningkat di sekitar waktu tidur dan memuncak pada pukul 3 dini hari, dan selanjutnya akan

menurun hingga hampir tidak terdeteksi pada saat bangun. Paparan terhadap cahaya, terutama cahaya biru dengan panjang gelombang sekitar 470 nm akan menghambat pelepasan *melatonin*.

Pada suatu penelitian kecil melaporkan bahwa subjek dengan depresi postpartum yang menggunakan kacamata dengan lensa berwarna biru ketika ia bangun di malam hari untuk menjaga bayinya yang baru lahir, secara signifikan akan sembuh lebih cepat dibandingkan kontrol dengan depresi postpartum yang tidak menggunakan kacamata. Hal ini menyimpulkan bahwa gangguan produksi melatonin pada malam hari merupakan kontributor terhadap depresi postpartum.

2.2.4 Faktor Resiko Depresi Postpartum^{3,5,6,17,18,19}

Wanita yang paling beresiko tinggi menderita depresi postpartum adalah yang memiliki riwayat depresi, episode depresi postpartum sebelumnya, atau depresi selama kehamilan. Tekanan hidup seperti menjaga anak, kurangnya dukungan sosial (terutama dari pasangan), kehamilan yang tidak diinginkan, dan status yang tidak jelas telah divalidasi sebagai faktor resiko. The National Health and Medical Research Council (NHMRC) (2000: 50-67) mengelompokkan faktor resiko menjadi empat kategori berdasarkan pengukuran hubungan bukti yang mendukung. Empat kategori tersebut antara lain : faktor resiko yang pasti didapat (riwayat depresi, depresi selama kehamilan, hubungan pernikahan, kurangnya dukungan dan kehidupan yang penuh tekanan) dengan persetujuan hampir 75% dari penelitian menggunakan desain

kohort, faktor resiko yang diduga didapat (riwayat keluarga dengan kelainan psikosis, karakteristik personal, fungsi kognitif negative, pengalaman melahirkan dan komplikasi obstetrik, kesehatan infan, neurotransmitter) dengan persetujuan 40-60% pada setiap penelitian yang dipublikasikan, faktor resiko yang mungkin didapat (disfungsi tiroid, persalinan prematur dan kejahatan seksual pada anak) dengan bukti yang sangat sedikit atau temuan yang meragukan, faktor proteksi (penghargaan diri, dukungan yang meningkat) membutuhkan investigasi lebih lanjut ^{18,19}

Lebih dari seperempat semua wanita mengalami Episode Depresif Mayor semasa hidupnya, dengan puncak insidensi terjadi selama usia reproduksi (*American psychiatric Association, DSM-IV-TR, 2000*). Terdapat badan penelitian substansial yang memeriksa faktor-faktor terkait dengan perkembangan depresi postpartum. Sayangnya, banyak penelitian ini telah memiliki keterbatasan metodologi (seperti sampel kecil) dan begitu saja, kesimpulan definitive mengenai faktor-faktor risiko dalam onset depresi postpartum tidak dapat ditarik dari data-data tersebut. Dalam ulasan penelitian tahun 2005 menyimpulkan penelitian dengan karakteristik metodologi kuat dan mengusulkan pemeriksaan faktor-faktor risiko dalam hal prediktor sedang sampai kuat, sedang, dan lemah. Dalam ulasan mereka, mereka menyajikan ukuran efek dengan jumlah yang lebih tinggi yang mencerminkan lebih kuatnya hubungan dan ukuran efek negatif yang mengindikasikan adanya hubungan terbalik. Prediktor tertinggi depresi postpartum adalah riwayat depresi sebelumnya atau

gangguan psikiatrik lainnya. Kemudian resiko sedang-berat yaitu kurangnya dukungan sosial dan adanya tekanan hidup seperti perceraian, pengangguran, kematian orang yang disayangi, kekerasan masa kecil, konflik pernikahan, dan kekerasan lainnya. Yang menjadi resiko sedang adalah kepribadian ibu. Selanjutnya yang juga menjadi faktor resiko depresi postpartum namun hanya memiliki sedikit efek yaitu riwayat keluarga dengan gangguan psikiatrik, status sosioekonomi, faktor obstetrik seperti persalinan dengan seksio sesarea, serta komplikasi kehamilan lainnya, etnis, dan usia.^{3,19,20}

Penelitian juga telah membuktikan adanya hubungan antara masalah maternal dan medis fetus dan onset depresi postpartum. Khususnya, ibu-ibu yang mengalami peningkatan gejala klinis fisik (seperti sakit kepala, nyeri punggung dan perdarahan per vaginal), memiliki keterbatasan dalam fungsi secara fisik (seperti mandi dan memberi bayi makan), dan dilaporkan memiliki bayi yang menyusahkan, lebih cenderung memiliki depresi postpartum. Menariknya, satu penelitian menunjukkan bahwa adanya peningkatan jumlah sakit dan tingginya jumlah kunjungan antenatal secara klinis merupakan prediktor terbaik depresi postpartum. Sebagai tambahan, masalah medis bayi, termasuk memiliki bayi yang meresahkan, tampaknya meningkatkan risiko ibu untuk terkena depresi postpartum.³

Berikut, beberapa hasil penelitian berupa metaanalisis mengenai faktor resiko depresi postpartum.⁶

Metaanalisis *O'Hara and Swain (1996)* dikutip dari review

*Stewart et al (2003)*⁶

Jumlah penelitian & subjek	Tempat Penelitian	Variabel yang diteliti	Tingkat Efek	Keterangan
77 Penelitian & 12.210 subjek	-Eropa	Sosiodemografi	Tidak signifikan	Meta analisis yang dirancang dengan sangat baik Memiliki kekuatan untuk mendeteksi ukuran efek Semua penelitian menggunakan instrument untuk
	-Amerika Utara	Faktor klinis	Sedang/Kuat	
	-Asia	- Depresi selama kehamilan	Sedang	
	-Jepang	- Ansietas prenatal	Sedang	
	-Australia	- Riwayat depresi sebelumnya	Tidak berhubungan	
		- Riwayat depresi dalam keluarga		
		Faktor yang Berkaitan dengan Obstetrik & Infan		

		- Komplikasi obstetrik	Lemah	mengukur faktor resiko yang telah distandarisasi
		Faktor Psikologi		
		- Atribusi kognitif	Lemah	
		- Neurotisme	Sedang	
		Faktor Sosial		Banyak penelitian yang digunakan untuk diagnose
		- Pengalaman hidup	Sedang	
		- Dukungan sosial	Sedang	
		- Status pernikahan	Tidak berhubungan	
		- Hubungan pernikahan	Lemah	Keterbatasan : 3/77
		- Pendapatan	Lemah	penelitian tidak dipublikasikan

Metaanalisis Beck (2001) dikutip dari review Stewart et al (2003)⁶

Jumlah penelitian & subjek	Tempat Penelitian	Variabel yang diteliti	Tingkat Efek	Keterbatasan
84 Penelitian & 3000 subjek	Eropa Amerika Utara Asia Jepang Australia Afrika Timur Tengah Cina	<p>Faktor klinis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresi selama kehamilan - Ansietas prenatal - Riwayat depresi sebelumnya - Riwayat depresi dalam keluarga <p>Faktor yang Berkaitan dengan Obstetrik & Infan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kehamilan yang tidak 	<p>Sedang</p> <p>Sedang</p> <p>Lemah</p> <p>Sedang</p>	<p>30/84 penelitian tidak dipublikasikan</p> <p>Tidak mampu untuk menghitung jumlah sampel yang akurat karena banyaknya jumlah penelitian</p> <p>Faktor yang diukur pada postpartum dipengaruhi oleh mood depresif ibu</p> <p>Tidak dapat menentukan instrument mana yang digunakan untuk beberapa variabel</p>

		diinginkan	Lemah	Beberapa faktor menunjukkan keadaan mood seperti kebanggaan atas diri sendiri, perilaku anak
		- Stres menjaga anak	Sedang	
		- Karakter anak	Sedang	
		Faktor Psikologi		Beberapa penelitian menggunakan wawancara klinis untuk mendiagnosa depresi
		- Kebanggaan atas diri sendiri	Sedang	
		Faktor Sosial		Tidak dapat menentukan perbedaan nilai ketika instrumen yang berbeda digunakan Sedikit konsep definisi yang tajam digunakan untuk
		- Pengalaman hidup	Sedang	
		- Dukungan sosial	Sedang	
		- Status pernikahan	Lemah	
		- Hubungan pernikahan	Sedang	
		- Pendapatan	Lemah	

				membandingkan dengan <i>O'Hara & Swain</i>
--	--	--	--	---

Faktor-faktor resiko terjadinya depresi postpartum tersebut kemudian diurutkan dari yang terkuat sampai yang terlemah yang dikenal dengan *Cohen's Effect Size* .⁶

Kuat ke Sedang

- Depresi selama kehamilan
- Kecemasan selama kehamilan
- Tekanan hidup saat ini
- Kurangnya dukungan sosial
- Riwayat depresi sebelumnya

Sedang

- Tingkat stress yang tinggi pada waktu anak-anak
- Pertahanan diri yang rendah
- Neurotisme
- Kelainan perilaku pada masa bayi

Kecil

- Komplikasi obstetrik
- Keterlibatan kognitif
- Kualitas hubungan dengan pasangan
- Status sosialekonomi

Tidak ada efek

Etnis

Usia ibu

Tingkat pendidikan

Paritas

Jenis kelamin anak (pada komunitas barat)

2.2.5. Skrining Depresi Postpartum

Depresi postpartum merupakan gangguan mood serius yang mempengaruhi banyak wanita dari berbagai kultur. Gangguan ini sering tidak terdeteksi, disebabkan karena banyak wanita sering terlambat untuk mencari pertolongan profesional, dan yang kedua adalah ketidakinginan pasien untuk mengungkapkan masalah emosional mereka. Banyak wanita yang mengalami kesulitan untuk memahami masalah yang mereka alami, dan sering beranggapan bahwa pertahanan adalah hal normal saat menjadi ibu. Pada wanita seperti ini, onset gejala mempengaruhi sebab dari depresi lainnya, seperti kelelahan atau gangguan hubungan. Sebaliknya, beberapa wanita menyadari gejala sebagai depresi tetapi ketakutan untuk mencari bantuan profesional seperti menjadi sakit mental atau ibu yang tidak sehat. Meskipun setelahnya wanita tersebut memutuskan untuk mencari bantuan profesional, namun mereka sering merasa malu, kecewa, atau frustrasi.^{3,6}

Semua ibu, terutama yang memiliki faktor risiko, harus diskriminasi selama kehamilan dan pada tahun pertama postpartum. Hampir

seperempat wanita yang menderita depresi postpartum memiliki gejala depresi yang dimulai selama kehamilan mereka, yang menunjukkan kebutuhan untuk skrining awal dan edukasi. Pentingnya wanita postpartum diskriminasi adalah bukti untuk meningkatnya gangguan psikiatrik selama periode postpartum, termasuk meningkatnya tingkat rawat inap psikiatrik postpartum. Depresi postpartum dapat berkembang kapan saja selama tahun pertama postpartum. Meskipun belum terdapat bukti empirik, menurut bagian pediatrik, waktu terbaik untuk melakukan skrining adalah saat kunjungan anak sehat bukan anak sakit, dengan interval waktu 2 minggu, kemudian 2,4,6,9 dan 12 bulan postpartum.^{6,21,22}

Institusi kesehatan masyarakat di Massachusetts tahun 2012 menetapkan suatu *Standards for Effective Postpartum Screening and Recommendation for Health Plans and Health Care Providers* yang dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan skrining depresi postpartum, mencakup siapa yang dapat melakukan skrining, kapan dan dimana dilakukan dan bagaimana data tersebut diolah. Menurut standar tersebut, semua profesional yang berhubungan dengan perawatan kesehatan wanita postpartum, anaknya dan keluarga harus dilatih untuk menskrining depresi postpartum. Skrining depresi postpartum dilakukan sedikitnya satu kali pada setiap wanita postpartum diantara kelahiran hingga 6 bulan setelah kelahiran. Penelitian menyatakan bahwa indikasi depresi postpartum meningkat dengan skrining multipel yang dimulai saat prenatal dan dilanjutkan hingga periode postpartum, yang dapat dilakukan saat kunjungan prenatal, kunjungan postpartum dengan ahli kebidanan

atau bidan. Neonatal Intensive Care Unit (NICU), kunjungan ke pediatri saat anak sehat, program kunjungan ke rumah, dan pelayanan komunitas sosial. Pelaksanaan skrining depresi postpartum harus didahulukan pada populasi yang mengancam, seperti wanita postpartum yang masih remaja, wanita tunawisma, wanita yang mengalami kekerasan dari pasangannya, imigran, wanita tanpa identitas penduduk, wanita yang mengalami kematian atau kehilangan anak atau yang anaknya mengalami perhatian khusus, wanita yang mengalami kelahiran prematur atau komplikasi kehamilan, wanita dengan riwayat depresi, orang tua adopsi atau asuh, serta keluarga dengan masalah finansial.²³

Banyak tenaga kesehatan yang memiliki keterbatasan untuk menilai dan menangani depresi postpartum. Misalnya, mereka sering tidak menyadari gejala-gejala yang muncul mengindikasikan kejadian depresi atau mereka merasa tidak yakin mengenai bagaimana membantu secara efektif dan segan untuk mengungkapkan masalah tersebut. Untuk itu, penelitian menduga bahwa skrining secara signifikan dapat membantu tenaga kesehatan profesional untuk mendeteksi depresi postpartum. Pada suatu penelitian di USA, 391 ibu diikutkan dalam suatu kelompok skrining postpartum, dimana *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* digunakan, atau kelompok kontrol yang terdiri dari deteksi spontan melalui pemeriksaan klinis rutin. Sesuai yang diharapkan, insidensi deteksi gejala depresi secara signifikan lebih tinggi pada kelompok skrining daripada kelompok yang terdeteksi secara spontan (35.4% vs. 6.3%; $p < 0.001$). Temuan yang sama juga ditemukan pada penelitian lainnya di USA

dimana wanita yang mengisi *EPDS* secara signifikan lebih mudah teridentifikasi gejala depresi postpartum dibandingkan dengan kelompok pemeriksaan rutin (11 dari 37 wanita (30%) vs 0 dari 35 wanita ($p < 0.001$))

.^{6,21}

Sejumlah wawancara terstandarisasi tersedia untuk menegakkan diagnosa depresi postpartum. Instrumen-instrumen ini secara khusus digunakan dalam tujuan penelitian dan berdasarkan atas kriteria kuat untuk memastikan diagnosa yang sistematis dan dapat dipercaya. Penggunaannya terbatas untuk klinisi terlatih atau peneliti yang memiliki pengetahuan lebih dari DSM, RDC, atau sistem ICD untuk diagnose dan penilaian klinis. Beberapa instrumen tersebut membutuhkan waktu, mahal, dan tidak direkomendasikan untuk praktisi klinis umum.⁶ Berikut merupakan beberapa instrumen yang dapat dipakai untuk skrining depresi postpartum.

1. *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)*.

SADS terdiri dari pertanyaan-pertanyaan terbuka yang berkenaan dengan setiap gejala dengan penjajakan untuk pertanyaan berikutnya. Terdapat 11 gejala depresif (tujuh somatik dan empat afektif kognitif) dalam delapan kategori yaitu gangguan makan, gangguan tidur, kelelahan, kurang semangat, perasaan bersalah, gangguan konsentrasi, keinginan bunuh diri, dan gangguan motorik. Keberadaan dan keparahan setiap gejala dinilai dari 1 hingga 6 oleh pemantau dan setiap gejala harus mendapatkan nilai minimal 3 (ringan) atau tinggi (parah atau sering dialami) dan terjadi minimal 2 minggu.

2. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-R (SCID).*

SCID merupakan wawancara klinis yang menggabungkan diagnose DSM-IV dan memiliki versi berbeda untuk digunakan pada pasien rawat inap, rawat jalan dan bukan populasi klinis. Instrumen ini terbagi atas enam modul yang memerlukan waktu 45-60 menit untuk melengkapinya.⁶

3. *Standard Psychiatric Interview (SPI).*

SPI (yang juga dikenal sebagai *Clinical Interview Schedule; CIS*) merupakan wawancara semi struktur yang digunakan untuk survey komunitas. SPI lebih sedikit dari wawancara terstandarisasi lainnya dan terdiri dari pertanyaan-pertanyaan yang didesain untuk menelaah keberadaan atau ketiadaan dari 10 gejala psikiatrik. Wawancaranya sering dimodifikasi dengan menambahkan masalah yang menyangkut gangguan makan dan penurunan berat badan postnatal.⁶

4. *Present State Examination (PSE).*

PSE merupakan wawancara klinis semi struktur yang mencari gejala psikiatri yang terjadi selama 4 minggu sebelumnya. PSE sering digunakan pada sejumlah studi depresi postpartum.⁶

5. *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD).*

HRSD digunakan untuk menilai keparahan depresi pada pasien yang telah terdiagnosa untuk mendapatkan penilaian klinis. Terdiri dari 17

gejala depresif, dan skala ini sering digunakan pada beberapa literatur depresi postpartum.⁶

6. *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).*

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) adalah alat pelaporan sendiri yang direkomendasikan untuk mengkonfirmasi gejala depresif pada wanita postpartum (Level Evidens III).²⁵ EPDS adalah 10 jenis skala yang didesain secara khusus untuk menggambarkan tingkat depresi postpartum pada sampel komunitas. Setiap pertanyaan bernilai 4 poin skala (dari 0-3), dengan total skor berkisar antara 0-30. Setiap pertanyaan ditulis dalam bentuk lampau, termasuk pertanyaan yang berhubungan dengan perasaan ibu selama 7 hari sebelumnya dan merujuk kepada mood depresif, anhedonia, perasaan bersalah, kecemasan, dan keinginan untuk bunuh diri. Satu tantangan dari skala ini adalah tidak mengikutkan beberapa gejala somatic umumnya seperti insomnia dan gangguan makan, yang mungkin muncul secara alami pada wanita postpartum, tetapi hanya satu pertanyaan yang mengarah ke gejala somatik dan berhubungan dengan mood, yaitu “ Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga saya mengalami kesulitan untuk tidur”. Satu kekurangan dari skala ini antara lain tidak mencakup simtom somatik seperti insomnia dan perubahan selera makan, yang umum terjadi pada wanita postpartum.^{6,10}

Edinburgh Postnatal Depression Scale adalah 10 macam kuesioner yang mudah untuk dilakukan, merupakan alat skrining yang efektif.

Sebuah nilai *cut-off* dari 9 atau 10 telah direkomendasikan di Inggris untuk tahap pertama skrining dan merupakan indikator adanya depresi postpartum yang dapat diandalkan pada wanita di Amerika Serikat. Jika seorang wanita memiliki total skor pada *Edinburgh Postnatal Depression Scale* lebih dari 13 atau pada pertanyaan "pemikiran untuk melukai diri sendiri telah terjadi kepada saya" menunjukkan hasil "kadang-kadang" (skor 2) atau "cukup sering" (Skor 3), dianjurkan untuk melakukan wawancara klinis singkat untuk meninjau gejala dan menetapkan diagnosis depresi.^{6,21,26,27} Rekomendasi lain menyatakan bahwa nilai *cut-off* EPDS lebih dari 12 dapat digunakan untuk menentukan gejala pada wanita yang dapat berbahasa Inggris. Kriteria *cut-off* harus diinterpretasi lebih hati-hati pada wanita yang tidak mampu berbahasa Inggris, yang menggunakan bahasa Inggris sebagai bahasa kedua, dan wanita dengan kultur yang berbeda (*Level of Evidence = III*).^{25,28}

EPDS yang orisinal didapat setelah meneliti 84 orang wanita Edinburgh yang sebelumnya telah diidentifikasi berpotensi menjadi depresi pada 6 minggu postpartum oleh tenaga kesehatan profesional pada tahun 1987. Skor EPDS telah dibandingkan dengan *Research Diagnostic Criteria (RDC)* yang diperoleh dari *Standard Psychiatric Interview (SPI)*, dan memiliki sensitivitas 86%, spesifisitas 78% dan nilai prediksi positif 73%. Penelitian lain yang membandingkan EPDS dengan *Beck Depression Inventory (BDI)*, sensitivitas EPDS berkisar 95% dan spesifisitas 93%.^{6,21,25} Sedangkan jika dibandingkan dengan *Inventory of*

Depressive Symptomatology, nilai sensitifitas EPDS berkisar 78%, spesifitas 90%, nilai prediksi positif 66% dan nilai prediksi negatif 94%.²⁹

Penting untuk diketahui, bahwa tidak ada penelitian yang pasti menyatakan periode postpartum yang tepat untuk menggunakan EPDS. Pada tiga penelitian yang dilaporkan sebelumnya menyatakan bahwa EPDS dapat digunakan kapan saja selama 12 bulan pertama postpartum (saat kelahiran hingga 12 bulan) untuk mengkonfirmasi gejala depresif (Level Evidens III).^{24,25} Penelitian berikutnya menyatakan bahwa validitas EPDS yang digunakan pada wanita yang sama secara berulang, memiliki sensitivitas dan spesifitas yang sama selama periode postpartum.²⁴ Pada studi di bagian pediatri, menyatakan skrining rutin untuk depresi postpartum adalah sebelum 2 bulan postpartum. Kesimpulan ini didukung oleh data epidemiologi yang menyatakan bahwa prevalensi postpartum *blues* memuncak pada saat tersebut. Dan penelitian sebelumnya menyatakan bahwa nilai prediksi positif skor EPDS yang didapat selama 5 hari pertama postpartum untuk diagnosa simptom depresif mayor adalah rendah (< 60%).²⁴

EPDS harus diisi oleh satu orang. Dukungan harus diberikan agar ibu dapat menyelesaikan kuesioner sendiri, dimana dia merasa dapat menjawab pertanyaan sejujurnya. Ibu mungkin memerlukan bantuan dalam EPDS jika dia memiliki keterbatasan kemampuan membaca atau pemahaman dalam bahasa Inggris.^{25,26}

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)³⁰

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time .This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

1. I have been able to laugh and see the funny side of things
 - As much as I always could
 - Not quite so much now
 - Definitely not so much
 - Not at all
2. I have look forward with enjoyment to things
 - As much as i ever did
 - Rather less than i used to
 - Defenitely less than i used to
 - Hardly at all
3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong*
 - Yes, most of the time
 - Yes, some of the time
 - Not vey often
 - No, never
4. I have been anxious or worried for no good reason
 - No, not at all
 - Hardly ever
 - Yes, sometimes
 - Yes, very often
5. I have felt scared or panicky for not very good reason*
 - Yes, quite a lot
 - Yes, sometimes
 - No, most of the time I have coped quite well
 - No, I have been coping as well as ever
6. Things have been getting on top of me *
 - Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
 - Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
 - No, most of the time I have coped quite well
 - No, I have been coping as well as ever
7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping *
 - Yes, most of the time
 - Yes, sometimes
 - Not very often
 - No, not at all
8. I have felt sad or miserable *
 - Yes, most of the time
 - Yes, quite often
 - Not very often
 - No, not at all
9. I have been so unhappy that I have been crying*
 - Yes, most of the time
 - Yes, quite often
 - Only occasionally
 - No, never
10. The thought of harming myself has occured to me *
 - Yes, quite often
 - Sometimes
 - Hardly ever
 - Never

Skrining rutin untuk depresi postpartum dengan menggunakan EPDS berhubungan dengan peningkatan lebih dari dua kali lipat diagnosa depresi postpartum pada populasi. Banyak diagnosa depresi (85%) dibuat pada kunjungan selama 6 minggu postpartum dimana skrining diselesaikan. Perawatan depresif ditawarkan kepada seluruh wanita dengan diagnosa depresi postpartum. Wanita dengan peningkatan skor EPDS adalah 7 kali lebih sering terdiagnosa dengan depresi postpartum. Meskipun hanya sebuah ukuran keluaran intermediate, mendapatkan pengobatan untuk depresi postpartum adalah langkah pertama untuk mengefektifkan keluaran pasien, seperti meningkatkan kemampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari, kemampuan untuk merawat anak, dan pencegahan bunuh diri. Pola diagnosa awal pada periode postpartum sama dengan yang pernah dilaporkan pada penelitian sebelumnya dengan kebanyakan wanita memperoleh diagnosa sekitar 6 bulan kelahiran. Selama evaluasi depresinya, banyak wanita dengan depresi postpartum melaporkan bahwa simptom muncul sekitar beberapa minggu kelahiran dan masih dapat ditolerir hingga diagnosa dibuat.^{5,24}

Skrining EPDS dilakukan pada satu titik waktu, dan tidak semua depresi postpartum adalah bukti pada atau sebelum waktu tersebut. Hal itu penting untuk terus mempertimbangkan depresi postpartum sebagai diagnosis bagi perempuan yang tidak memiliki tanda-tanda atau gejala pada kunjungan postpartum 6 minggu tapi hadir di lain waktu dengan temuan yang mungkin konsisten dengan depresi. Skor rendah EPDS bisa

menjadi negatif palsu atau apakah wanita ini tidak bergejala pada saat skrining EPDS.²⁴

Beberapa wanita yang memiliki diagnosis pertama depresi postpartum pada 3 sampai 9 bulan setelah melahirkan menyebutkan bahwa gejala telah hadir sejak bayi berusia lebih muda dari 1 bulan dan memiliki skor tinggi skrining EPDS. Perempuan ini mungkin menunjukkan meningkatnya kejelasan dari belakang, kegagalan dokter untuk mengatasi skor EPDS, keterbatasan kemampuan dokter untuk mengevaluasi depresi yang adekuat atau kegagalan perempuan untuk mengungkapkan keparahan gejala mereka.²⁴ Pentingnya mengurangi diagnosa yang terlambat dicontohkan oleh wanita dengan usaha bunuh diri sekitar 3 bulan setelah melahirkan. Catatan ICU yang selesai pada saat rawat inap untuk pengobatan suatu percobaan bunuh diri lewat overdosis menyatakan dia telah memiliki gejala sejak lama setelah kelahiran bayi. Hal ini tidak jelas apakah dokter tidak melihat respon, tidak menjawab, atau tidak mendokumentasikan respon mereka (yaitu, telepon *follow-up* tidak dilaporkan). Jika pasien telah mempertimbangkan rencana untuk melakukan tindakan atas pikiran bunuh diri atau memiliki pemikiran tentang merugikan bayinya, direkomendasikan ketentuan untuk keamanan dan rujukan yang mendesak terhadap pengobatan untuk kejiwaannya. Perempuan yang memiliki gangguan fungsional utama (terbukti oleh adanya sikap menghindari keluarga atau teman-teman, ketidakmampuan untuk mengurus kebersihan, atau ketidakmampuan untuk merawat bayi secara adekuat) dan mereka dengan adanya penyalahgunaan zat juga

merupakan calon diperlukan rujukan yang cepat. Perempuan yang melaporkan gejala depresi tanpa keinginan bunuh diri atau gangguan fungsional utama (atau skor antara 5 dan 9 pada EPDS) harus dievaluasi lagi dua sampai empat minggu kemudian dalam rangka untuk menentukan apakah episode depresi telah berevolusi atau apakah gejala mereda. Mengumpulkan riwayat secara hati-hati dan pemeriksaan fisik diperlukan pada semua wanita dengan depresi postpartum. Fungsi tiroid harus dinilai, karena hipotiroidisme dan hipertiroidisme lebih sering terjadi selama periode postpartum dan dapat berkontribusi terhadap terjadinya perubahan mood. Namun, pada wanita dengan hipertiroidisme atau hipotiroidisme, pengobatan gangguan tiroid dan depresi biasanya diperlukan.^{4,15}

2.2.6 Diferensial Diagnosis

Meskipun depresi postpartum merupakan gangguan afektif postpartum yang paling umum terjadi, terdapat beberapa gangguan postpartum lainnya. Gangguan paling parah yang terjadi pada periode postpartum diketahui sebagai psikosis postpartum. Jika ada, ibu mungkin mengalami pikiran psikotik yang menempatkan dia sendiri dan anak-anaknya dalam bahaya. Seorang ibu yang didiagnosis dengan psikosis postpartum khasnya mengalami halusinasi (auditorius dan/atau visual), pikiran delusi (kepercayaan palsu) dan agitasi. Psikosis postpartum khasnya memiliki onset awal dan lebih umum terjadi pada wanita dengan riwayat gangguan bipolar. Meskipun gangguan ini jarang terjadi (1-2%), seorang pasien harus segera dirujuk untuk intervensi krisis karena

dampak yang sangat berbahaya dan berpotensi membahayakan diri sendiri dan orang lain.⁶ Selain itu juga terdapat kumpulan gangguan kecemasan, yang dikenal sebagai gangguan kecemasan postpartum (seperti gangguan panik, gangguan obsesif kompulsif), dimana seorang ibu mengalami gejala klinis yang semakin meningkat secara perlahan-lahan yang lebih nyata setelah kelahiran bayi. Gangguan obsesif-kompulsif merupakan gangguan kecemasan postpartum yang paling umum terjadi, dimana ibu-ibu biasanya mengalami obsesi signifikan terhadap kesejahteraan anaknya. Jika tidak diobati, banyak yang menderita gangguan kecemasan postpartum akhirnya mengalami depresi postpartum.⁶

2.3. Kerangka Teori

