

Skrining Depresi Postpartum: Definisi, Faktor Risiko, Instrumen, Prosedur, dan Intervensi

1. Definisi

Depresi postpartum adalah gangguan kesehatan mental yang muncul setelah ibu melahirkan. Kondisi ini bukan sekadar “baby blues” biasa, tetapi keluhan yang lebih berat, lebih lama, dan dapat mengganggu kemampuan ibu merawat diri sendiri maupun bayinya. Gejalanya bisa berupa sedih terus-menerus, mudah menangis, merasa tidak berharga, cemas berlebihan, sulit tidur walaupun bayi tidur, hilang minat, sampai muncul pikiran menyakiti diri sendiri atau bayi.

Skrining depresi postpartum berarti proses menyaring atau mendeteksi dini kemungkinan depresi pada ibu setelah melahirkan. Tujuannya bukan menegakkan diagnosis pasti, tetapi mencari ibu yang berisiko atau sudah menunjukkan tanda depresi agar bisa segera ditindaklanjuti. Dengan skrining, tenaga kesehatan dapat menemukan masalah lebih awal sebelum kondisi menjadi lebih berat.

2. Faktor Risiko

Faktor risiko adalah keadaan yang membuat seorang ibu lebih rentan mengalami depresi postpartum. Faktor ini tidak selalu menyebabkan depresi, tetapi meningkatkan kemungkinan terjadinya gangguan.

Beberapa faktor risiko yang sering dibahas adalah:

1. Riwayat depresi sebelumnya, baik sebelum hamil maupun saat hamil.
2. Riwayat gangguan mental dalam keluarga.
3. Kurangnya dukungan dari suami, keluarga, atau lingkungan sekitar.
4. Konflik rumah tangga atau hubungan pasangan yang buruk.
5. Kehamilan yang tidak direncanakan.
6. Persalinan yang sulit, lama, traumatis, atau disertai komplikasi.
7. Bayi lahir dengan kondisi sakit, prematur, atau perlu perawatan khusus.
8. Masalah ekonomi dan stres sosial.
9. Kelelahan berat, kurang tidur, dan kesulitan menyusui.

10. Rasa tidak percaya diri menjadi ibu, terutama pada ibu pertama kali melahirkan.

3. Instrumen yang sering dipakai

Instrumen skrining yang paling sering digunakan adalah Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). EPDS terdiri dari 10 pertanyaan singkat yang menilai suasana hati, kecemasan, kemampuan menikmati sesuatu, rasa bersalah, dan pikiran menyakiti diri sendiri. Alat ini sering dipakai karena mudah, cepat, dan cocok untuk ibu nifas. EPDS bukan alat diagnosis final. Artinya, hasil skor tinggi tidak otomatis berarti pasti depresi, tetapi menunjukkan perlunya pemeriksaan lebih lanjut. Sebaliknya, skor rendah juga tidak selalu menjamin ibu bebas masalah jika gejalanya jelas. Selain EPDS, dalam praktik tertentu bisa dipakai wawancara klinis atau alat skrining lain, tetapi EPDS adalah yang paling dikenal untuk depresi postpartum.

1) Prosedur Skrining

Prosedur skrining depresi postpartum biasanya dilakukan seperti ini:

a. Menjelaskan tujuan

Tenaga kesehatan menjelaskan bahwa pertanyaan yang diajukan bertujuan untuk mengetahui kondisi emosional ibu, bukan untuk menghakimi. Ini penting agar ibu merasa nyaman dan jujur saat menjawab.

b. Mengisi kuesioner

Ibu diminta mengisi EPDS atau alat skrining lain. Pertanyaan biasanya dijawab berdasarkan kondisi beberapa hari terakhir. Bila ibu kesulitan membaca atau memahami, tenaga kesehatan dapat membacakan dengan bahasa yang sederhana.

c. Menilai skor

Setelah diisi, skor dihitung. Jika hasil melewati batas tertentu, ibu dianggap memiliki kemungkinan depresi dan perlu evaluasi lanjut. Nilai ambang bisa berbeda sesuai pedoman atau konteks pelayanan, tetapi umumnya skor yang lebih tinggi perlu ditindaklanjuti.

d. Mengkaji tanda bahaya

Kalau ada jawaban yang menunjukkan pikiran menyakiti diri sendiri, itu dianggap tanda bahaya. Kondisi ini memerlukan perhatian segera, bukan hanya pemantauan biasa.

e. Tindak lanjut

Jika hasil skrining positif, ibu perlu dinilai lebih lanjut oleh dokter, psikolog, atau psikiater. Bila hasil negatif tetapi keluhan kuat, tetap perlu observasi karena skrining bukan alat diagnosis mutlak.

2) Intervensi

Intervensi tergantung pada berat-ringannya gejala.

a. Edukasi

Ibu dan keluarga diberi penjelasan bahwa depresi postpartum adalah kondisi medis yang nyata, bukan kelemahan pribadi. Edukasi ini membantu mengurangi stigma dan mendorong keluarga memberi dukungan.

b. Dukungan psikososial

Dukungan dari suami, keluarga, dan lingkungan sangat penting. Ibu perlu bantuan dalam merawat bayi, istirahat cukup, makan teratur, dan mendapatkan waktu untuk pemulihan.

c. Konseling atau terapi

Pada kasus ringan sampai sedang, konseling psikologis seperti terapi suportif atau terapi perilaku kognitif bisa sangat membantu. Ibu diajak memahami pikiran negatif dan mengelola stresnya.

d. Rujukan

Pada kasus sedang sampai berat, atau bila ada ide bunuh diri, rujukan ke psikiater atau psikolog klinis perlu dilakukan. Bila diperlukan, dokter dapat mempertimbangkan obat antidepresan dengan memperhatikan kondisi menyusui dan keamanan ibu-bayi.

e. Pemantauan lanjutan

Setelah intervensi, ibu tetap perlu dipantau. Perbaikan gejala perlu dinilai, termasuk kemampuan tidur, makan, menyusui, merawat bayi, dan kualitas hubungan dengan keluarga.

Contoh Kasus

Kasus Ny. A (28 tahun), 6 Minggu Pascamelahirkan Ny. A datang ke puskesmas untuk mendampingi bayinya melakukan imunisasi bulan kedua. Bidan yang bertugas memperhatikan penampilan Ny. A yang tampak sangat lelah, kontak mata minim, dan tampak cemas berlebihan ketika bayinya menangis kecil.

Hasil Skrining: Bidan memberikan kuesioner EPDS. Ny. A mendapatkan skor 14 (di atas ambang batas risiko 10). Ia memilih poin "sering merasa bersalah tanpa alasan", "tidak bisa menikmati hal-hal yang dulu ia sukai", dan "mengalami kesulitan tidur bahkan saat bayinya sedang tidur tenang". Untungnya, pertanyaan nomor 10 terkait ide menyakiti diri sendiri diisi dengan jawaban "tidak pernah".

Tindak Lanjut & Intervensi: Bidan melakukan konseling awal dan memanggil suami Ny. A untuk memberikan edukasi mengenai pembagian tugas asuh agar Ny. A bisa beristirahat. Karena skor menunjukkan risiko sedang ke berat, puskesmas memberikan rujukan Ny. A ke psikolog klinis di rumah sakit daerah untuk mendapatkan terapi CBT. Bidan juga menjadwalkan kunjungan rumah (home visit) satu minggu kemudian untuk memantau perkembangannya.

Tanda bahaya gangguan psikologi masa nifas (Babyblues, depresi dan psikosis.

1. Pendahuluan

Masa nifas (puerperium) adalah periode rentan secara psikologis bagi seorang ibu akibat perubahan hormonal drastis, kelelahan fisik, adaptasi peran baru, serta beban tanggung jawab merawat bayi. Gangguan psikologi masa nifas terbagi menjadi tiga tingkatan berdasarkan keparahan: baby blues (ringan), depresi postpartum (sedang–berat), dan psikosis postpartum (berat, kegawatdaruratan psikiatri).

2. Perbedaan Umum Ketiga Kondisi

Aspek	Baby Blues	Depresi Postpartum	Psikosis Postpartum
Relevansi	50-80% ibu nifas.	10-20% ibu nifas.	0,1-0,2% (1-2 per 1000 kelahiran).
Onset	Hari ke-3 sampai hari ke-5 pascapersalinan.	Dalam 4 minggu – 6 bulan pascapersalinan.	Dalam 2 minggu pertama, sering hari ke 2-3.
Durasi	Beberapa hari, maksimal 2 hari.	Berminggu – minggu berbulan – bulan bila tidak ditangani.	Kondisi darurat butuh penanganan segera.
Sifat Gejala	Fluktuatif, ringan.	Menetap, mengganggu fungsi harian.	Berat, disertai gangguan realistik (halusinasi).
Tilikan Diri	Ibu masih menyadari, bisa cerita.	Ibu menyadari tapi sulit keluar sendiri.	Sering tidak menyadari (tilikan buruk).
Resiko Bahaya	Sangat rendah.	Ada resiko bunuh diri/menyakiti diri.	Tinggi-bunuh diri & membahayakan bayi.
Penanganan	Dukungan emosional, edukasi, dan istirahat.	Konseling psikoterapi, kadang farmakoterapi.	Rawat inap, psikiatri segera.

3. Tanda dan Gejala Masing-masing

a. Baby Blues

- 1) Mudah menangis tanpa sebab jelas
- 2) Cemas, mudah tersinggung, mood labil
- 3) Merasa lelah dan kewalahan dengan peran baru
- 4) Sulit tidur meski ada kesempatan istirahat
- 5) Membaik sendiri dalam 10–14 hari

b. Depresi Postpartum

- 1) Sedih berkepanjangan ≥ 2 minggu, hampir tiap hari
- 2) Kehilangan minat/kesenangan, termasuk terhadap bayi
- 3) Rasa bersalah berlebihan, merasa gagal jadi ibu
- 4) Gangguan tidur dan nafsu makan
- 5) Kelelahan ekstrem, sulit konsentrasi
- 6) Menarik diri dari lingkungan sosial
- 7) Pikiran menyakiti diri sendiri, bahkan ide bunuh diri pada kasus berat
- 8) Kadang muncul pikiran mengganggu (intrusive thoughts) menyakiti bayi tanpa niat melakukannya

c. Psikosis Postpartum

- 1) Onset mendadak, biasanya dalam 2 minggu pertama
- 2) Halusinasi (dengar/lihat sesuatu yang tidak nyata)
- 3) Waham (misalnya merasa bayinya ditukar atau jahat)
- 4) Kebingungan berat, disorientasi
- 5) Mood ekstrem: mania/agitasi berat atau sangat pendiam
- 6) Perilaku aneh, gelisah luar biasa, tidak tidur berhari-hari
- 7) Bicara kacau
- 8) Risiko tinggi bunuh diri dan membahayakan bayi (infanticide)

4. Dampak pada Ibu dan Bayitn t,uk

Kondisi	Dampak Pada Ibu	Dampak Pada Bayi
Baby Blues	Bisa ganggu kenyamanan bonding sementara.	Minimal bila cepet pulih.
Depresi Postpartum	Gsngguan fungsi harian, berhubungan dengan pasangan memburuk, resiko bunuh diri.	Gangguan bonsing, keterlambatan kognitif/emosional, pola asuh tidak konsisten.
Psikosis Postpartum	Bahaya nyawa langsung butuh rawat inap, stigma soaial.	Resiko keselamatan langsung (cedera penelantaran, bahkan kematian), trauma jangka panjang.

5. Kapan Harus Dirujuk

- Baby Blues: rujuk bila gejala menetap >2 minggu atau memberat
- Depresi Postpartum: rujuk segera bila gejala ≥ 2 minggu mengganggu aktivitas, muncul pikiran menyakiti diri/bayi, atau ibu tidak mampu merawat bayi
- Psikosis Postpartum: RUJUK SEGERA/EMERGENSI — ada halusinasi/waham, perubahan perilaku drastis, disorientasi, ancaman menyakiti diri/bayi, atau insomnia berat. Ini kegawatdaruratan psikiatri; bayi harus dijauhkan dari pengawasan mandiri ibu sementara menunggu rujukan ke RS dengan layanan psikiatri.

Contoh Kasus :

- Kasus 1 – Baby Blues: Ny. A, 26 tahun, 4 hari pascapersalinan. Sering menangis, mudah tersinggung, tapi masih bisa merawat bayi dan menyadari perasaannya. Membaik dalam 10 hari dengan dukungan keluarga.

- b. Kasus 2 – Depresi Postpartum: Ny. B, 30 tahun, 6 minggu pascapersalinan. Sangat lelah, tidak berminat menyusui, sering menangis, sempat berpikir "lebih baik menghilang". Dirujuk untuk skrining EPDS dan konseling psikiatri.
- c. Kasus 3 – Psikosis Postpartum: Ny. C, 24 tahun, 5 hari pascapersalinan. Bicara kacau, meyakini bayinya "ditukar kekuatan jahat", tidak tidur 3 hari, sempat membawa bayi keluar rumah tengah malam. Segera dirujuk ke IGD untuk rawat inap psikiatri.

6. Ringkasan Tanda Bahaya

- a. Gejala tidak membaik setelah 2 minggu
- b. Kehilangan minat total terhadap bayi/diri sendiri
- c. Pikiran/rencana menyakiti diri atau bayi
- d. Halusinasi atau waham
- e. Perubahan perilaku mendadak dan ekstrem
- f. Insomnia berat yang tidak wajar
- g. Ibu tampak bingung/disorientasi