

**MODUL PELATIHAN
PENGUNAAN EDINBURGH POSTNATAL
DEPRESSION SCALE (EPDS) SEBAGAI ALAT
DETEKSI DINI DEPRESI POSTPARTUM
BAGI BIDAN**

Undang-undang Nomor 19 Tahun 2002, tentang Hak Cipta

PASAL 2

1. Hak cipta merupakan hak eksklusif bagi Pencipta atau Pemegang Hak Cipta untuk mengumumkan atau memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut perundang-undangan yang berlaku.

PASAL 72

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,00 (Satu Juta Rupiah), atau paling lama 7 (tujuh) tahun dan atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (Lima Milyar Rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (Lima Ratus Juta Rupiah).

**MODUL PELATIHAN
PENGUNAAN EDINBURGH POSTNATAL
DEPRESSION SCALE (EPDS) SEBAGAI ALAT
DETEKSI DINI DEPRESI POSTPARTUM
BAGI BIDAN**

**Lailiyana, SKM, M.K.M.
Septi Indah Permata Sari, SST, M.Keb**

Penerbit
Natika Pekanbaru
2021

**MODUL PELATIHAN
PENGUNAAN EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)
SEBAGAI ALAT DETEKSI DINI DEPRESI POSTPARTUM
BAGI BIDAN**

Penulis:
Lailiyana, SKM, M.K.M.
Septi Indah Permata Sari, SST, M.Keb

© Hak Cipta pada Penulis

Sampul dan Tata Letak: Septi Indah Permata Sari

Penerbit Natika, Oktober 2021

Alamat Penerbit
Jl. Kesadaran, Pekanbaru- Riau (28281), Indonesia
e-mail: natikaprint@gmail.com

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang mengutip atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

Isi di luar tanggung jawab percetakan

Cetakan Pertama: Oktober 2021

40+viii hlm

ISBN 978-623-5685-00-7

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur dipanjatkan kepada Allah SWT, atas segala karunianya penulis dapat menyelesaikan Modul Pelatihan Penggunaan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Sebagai Alat Deteksi Dini Depresi Postpartum Bagi Bidan.

Penulis menyadari bahwa terwujudnya modul pelatihan ini tidak terlepas dari adanya kesempatan, dorongan dan dukungan berbagai pihak, karena itu perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. H. Husnan, S.Kp, MKM selaku Direktur Poltekes Kemenkes Riau
2. Hj. Juraida Roito Harahap, SKM, M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Riau.
3. Ibu Yan Sartika, SST, M.Keb, selaku Ketua Program Studi DIV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Riau.
4. Teman-teman seperjuangan dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Riau, yang tiada henti memberikan dorongan, motivasi untuk penulis.

Akhirnya penulis sangat berharap masukan yang membangun demi kesempurnaan modul pelatihan ini, sehingga bisa berguna bagi masyarakat, khususnya bidan.

Pekanbaru, Februari 2021

Tim Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Pelajaran 1	1
Konsep Dasar Masa Nifas	1
Pelajaran 2	6
Adaptasi Psikologis Masa Nifas	6
Pelajaran 3	9
Gangguan Psikologis Pada Masa Nifas	9
Pelajaran 4	23
Isu Isu Psikologis dalam Praktik Kebidanan Postpartum	23
Pelajaran 5	31
Edinburgh Postnatal Depression Scale	31
Daftar Pustaka	35
Lampiran	38

KONSEP DASAR MASA NIFAS

Pengertian

Masa nifas adalah masa setelah melahirkan selama 6 minggu atau 40 hari menurut hitungan awam merupakan masa nifas. Masa ini penting sekali untuk terus dipantau. Nifas merupakan masa pembersihan Rahim, sama halnya seperti masa haid.

Berikut beberapa pengertian terkait masa nifas :

1. Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010)
2. Periode post natal adalah waktu penyerahan dari selaput dan plasenta (menandai akhir dari periode *intrapartum*) menjadi kembali ke saluran reproduktif wanita pada masa sebelum hamil. Periode ini juga disebut puerperium (Varney, 1997)
3. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009).
4. Masa nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2011).
5. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan dan pengembalian alat-alat kandungan. Proses masa nifas berkisar antara 6 minggu atau 40 hari (Jenny Sr, 2006).
6. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya placenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2009).
7. Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah Melahirkan (Pusdiknakes, 2003:003).2.
8. Masa nifas dimulai setelah Kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat Kandungan kembali seperti keadaan sebelum Hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu. (Abdul Bari,2000)

9. Masa nifas merupakan masa selama Persalinan dan segera setelah Kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (F.Gary Cunningham Mac Donald)
10. Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu Melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6- 12 minggu. (Ibrahim C, 1998)
11. Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas 6-8 minggu (Mochtar, 2010).
12. Masa puerperium atau masa nifas dimulai setelah persalinan selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu (Wiknjosastro, 2005).
13. Periode pasca partum (Puerperium) adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Bobak, 2004).

Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

1. Periode immediate postpartum
Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lokia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.
2. Periode early postpartum (>24 jam-1 minggu)
Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.
3. Periode late postpartum (>1 minggu-6 minggu)
Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

Secara garis besar terdapat tiga proses penting dimasa nifas, yaitu :

1. Pengecilan Rahim atau *involusi*

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Pada wanita yang tidak hamil, berat Rahim sekitar 30 gram dengan ukuran kurang lebih sebesar telur ayam. Selama kehamilan, Rahim makin lama akan makin membesar. Bentuk otot Rahim mirip jala berlapis tiga dengan serat-seratnya yang melintang kanan, kiri dan transversal. Diantara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot Rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat Rahim menjadidi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira setinggi 2 jari dibawah umbilicus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gram. Sekitar 2 minggu beratnya sekitar 300 gram dan tidak dapat diraba lagi.

Jadi secara alamiah Rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun, sebenarnya Rahim akan kembali keposisinya yang normal dengan berat 30 gram dalam waktu 3 bulan setelah masa nifas. Selama masa pemuliharaan 3 bulan ini, bukan hanya Rahim saja yang kembali normal, tapi juga kondisi ibu secara keseluruhan.

Proses *Ovulasi* uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri. Pada hari pertama, TFU di atas simfisis pubis atau sekitar 12 cm. proses ini terus berlangsung dengan penurunan TFU 1 cm setiap harinya, sehingga pada hari ke-7 TFU berkisar 5 cm dan pada hari ke-10 TFU tidak teraba di *simfisis pubis*.

2. Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar *Hemoglobin* (Hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normalnya sebesar 11-12 gr%. Jika *hemoglobinnya* terlalu rendah, maka bisa jadi anemia atau kekurangan darah.

Oleh karena itu, selama hamil ibu perlu di beri obat-obatan penambah darah, sehingga sel-sel darahnya bertambah dan konsentrasi darah atau *hemoglobinnya* normal atau tidak terlalu rendah. Setelah melahirkan, sistem

sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke 15 pasca persalinan

3. Proses Laktasi atau Menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman

Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah dan mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 1. Program Kunjungan Nifas

KUNJUNGAN	WAKTU	TUJUAN
(1)	(2)	(3)
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu 5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah <i>hipotermia</i>

		7. Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat
(1)	(2)	(3)
3	2 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat
4	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayinya alami 2. Memberikan konseling KB secara dini

ADAPTASI PSIKOLOGIS MASA NIFAS

Pengalaman menjadi orang tua khususnya menjadi seorang ibu tidaklah selalu merupakan suatu hal yang menyenangkan bagi setiap wanita atau pasangan suami istri. Realisasi tanggung jawab sebagai seorang ibu setelah melahirkan bayi sering kali menimbulkan konflik dalam diri seorang wanita dan merupakan factor pemicu munculnya gangguan emosi, intelektual, dan tingkah laku pada seorang wanita. Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai seorang ibu. Sebagian wanita berhasil menyesuaikan diri dan mengalami gangguan-gangguan psikologis dengan berbagai gejala atau sindrom yang oleh para peneliti dan klinisi disebut post-partum blues.

Banyak faktor yang diduga berperan pada sindrom ini, salah satu yang penting adalah kecukupan dukungan social dari lingkungannya (terutama suami). Kurangnya dukungan social dari keluarga dan teman khususnya dukungan suami selama periode nifas diduga kuat merupakan factor penting dalam terjadinya post-partum blues. Ada banyak perubahan yang telah terjadi di masa 9 bulan yang lalu dan bahkan lebih yang terjadi sekarang, bahkan seorang ibu nifas mungkin merasa sedikit ditinggalkan atau dipisahkan dari lingkungannya.

Perlu diingat bahwa setiap wanita membutuhkan kasih sayang, pengakuan dari manusia lain serta butuh dikenal, butuh dihargai, butuh diperhatikan dan butuh mendapat dukungan dari orang lain, keluarga dan teman terutama setelah melahirkan dimana pada periode ini cukup sering seorang ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi ringan setelah melahirkan tersebut merupakan akibat dari beberapa factor penyebab yang paling sering adalah :

1. Kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan karena adanya perubahan peran.
2. Rasa sakit yang timbul pada masa nifas awal
3. Kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan post-partum

4. Kecemasan pada kemampuan untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit/klinik bersalin.
5. Rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya (body image)
6. Riwayat perkawinan yang abnormal
7. Riwayat kelahiran mati atau cacat

Oleh karena itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dalam melewati periode ini, bidan sebagai provider harus bertindak bijaksana, dapat menunjukkan rasa empati, menghargai dan menghormati setiap ibu bagaimana adanya, misalnya memperhatikan dengan memberi ucapan selamat atas kelahiran bayinya yang dapat memberikan perasaan senang pada ibu. Dalam memberikan dukungan dan support bidan dapat melibatkan suami, keluarga dan teman di dalam melaksanakan asuhan sehingga akan melahirkan hubungan antar manusia yang baik, antar petugas dengan klien, dan antar klien sendiri. Dengan adanya a good human relationship diharapkan akan memenuhi kebutuhan psikologis ibu setelah melahirkan anak.

Reva Rubin membagi 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa post-partum sebagai berikut :

1. Taking in (1-2 hari post partum)

Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya, tubuhnya sendiri. Mengulang-ulang menceritakan pengalaman proses bersalin yang dialami. Wanita yang baru melahirkan ini perlu istirahat atau tidur untuk mencegah gejala kurang tidur dengan gejala lelah, cepat tersinggung, campur baur dengan proses pemulihan. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan pada fase ini. Petugas kesehatan dapat menganjurkan kepada suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moral dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua yang disampaikan oleh ibu agar dia dapat melewati fase ini dengan baik.

Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut:

- a. Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya, misalkan : jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya.

- b. Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mules akibat dari kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan, dan sebagainya.
- c. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya
- d. Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu saja, tetapi tanggung jawab bersama

2. Taking hold (3-10 hari post partum)

Ibu khawatir akan kemampuannya untuk merawat bayinya dan khawatir tidak mampu bertanggung jawab untuk merawat bayinya. Wanita post-partum ini berpusat pada kemampuannya dalam mengontrol diri, fungsi tubuh. Berusaha untuk menguasai kemampuan untuk merawat bayinya, cara menggendong dan menyusui, member minum, mengganti popok.

Wanita pada masa ini sangat sensitive akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung dan cenderung menganggap pemberitahuan bidan sebagai teguran, maka hati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini dan perlu memberi support.

3. Letting go

Fase letting go merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya.

GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA MASA NIFAS

A. Postpartum Blues

Postpartum blues yang juga disebut sebagai kemurungan masa nifas merupakan suatu fenomena perubahan psikologis yang dialami oleh ibu umumnya terjadi pada ibu baru. Hal ini disebabkan oleh perubahan dalam tubuh seorang wanita selama kehamilannya serta perubahan-perubahan irama atau cara hidupnya sesudah bayinya terlahir. Wanita yang beresiko mengalami kemurungan pasca bersalin adalah wanita baru dikarenakan kesulitan menyusui bayinya. Post partum blues adalah bentuk depresi yang paling ringan, biasanya timbul antara hari ke 2 sampai 2 minggu. Post partum blues dialami hingga 50-80% ibu yang baru melahirkan tetapi bervariasi tergantung pada paritasnya. Hal ini disebabkan perubahan hormonal pada pertengahan masa post partum. Disamping itu pengalaman ibu terkait nifas sebelumnya mempengaruhi kemampuan ibu beradaptasi terhadap kondisi perubahan psikologis dan emosi pada masa postpartum sekarang. Postpartum blues biasanya terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 post partum, tetapi kadang dapat juga berlangsung seminggu atau lebih, meskipun jarang. Gambaran kondisi ini bersifat ringan dan sementara. (Cox & Holden, 1993)

Kesedihan atau kemurungan setelah melahirkan ditandai dengan gejala-gejala sebagai berikut.

1. Sedih.
2. Cemas tanpa sebab.
3. Mudah menangis tanpa sebab.
4. Euforia, kadang tertawa
5. Tidak sabar.
6. Tidak percaya diri.
7. Sensitif.
8. Mudah tersinggung (iritabilitas).
9. Merasa kurang menyayangi bayinya.

Postpartum blues ini dikategorikan sebagai sindroma gangguan mental yang ringan, yang kadang dapat hilang sendiri. Oleh sebab itu, sering tidak

dipedulikan sehingga tidak terdiagnosis dan tidak ditindak lanjuti sebagaimana seharusnya. Jika hal ini dianggap ringan, keadaan ini bisa menjadi serius dan dapat berlanjut menjadi depresi dan psikosis post partum. Banyak ibu yang berjuang sendiri dalam beberapa saat setelah melahirkan. Mereka merasakan ada hal yang salah namun mereka sendiri tidak mengetahui penyebabnya. Kunci untuk mendukung ibu dalam melalui periode ini adalah berikan perhatian dan dukungan yang baik baginya, serta yakinkan padanya bahwa ibu adalah orang yang berarti bagi keluarga dan suami. Hal yang terpenting adalah berikan kesempatan untuk beristirahat yang cukup. Selain itu, dukungan positif atas keberhasilannya menjadi orang tua dapat membantu memulihkan kepercayaan diri terhadap kemampuannya.

Etiologi yang pasti dari Postpartum blues ini masih belum jelas, tetapi pengaruh hormonal misalnya perubahan kadar estrogen, progesteron dan prolaktin tampaknya berpengaruh karena periode terjadinya peningkatan emosi terlihat bersamaan dengan produksi ASI. Meskipun hilang sendiri, terjadinya postpartum blues mengindikasikan perlunya dukungan psikososial (Fraser & Cooper, 2009).

Gejala-gejala terjadinya postpartum blues pada ibu post partum adalah :

1. Reaksi depresi/ sedih/ disforia
2. Sering menangis
3. Mudah tersinggung
4. Cemas
5. Labilitas perasaan
6. Cenderung menyalahkan diri sendiri
7. Gangguan tidur dan gangguan nafsu makan
8. Kelelahan
9. Mudah sedih
10. Cepat marah
11. Mood mudah berubah, cepat menjadi sedih, dan cepat pula menjadi gembira
12. Perasaan terjebak dan juga marah terhadap pasangannya, serta bayinya
13. Perasaan bersalah
14. Pelupa

Faktor-faktor penyebab timbulnya postpartum blues adalah sebagai berikut :

1. Faktor hormonal, berupa perubahan kadar estrogen, progesterone, prolaktin, serta estriol yang terlalu rendah. Kadar estrogen turun secara tajam setelah melahirkan dan ternyata estrogen memiliki efek supresi aktivitas enzim non-adrenalin maupun serotonin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi.
2. Ketidaknyamanan fisik yang dialami sehingga menimbulkan perasaan emosi pada wanita pasca melahirkan, misalnya : rasa sakit akibat luka jahit atau bengkak pada payudara.
3. Ketidakmampuan beradaptasi terhadap perubahan-perubahan yang terjadi.
4. Faktor umum dan jumlah anak.
5. Pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinannya.
6. Latar belakang psikososial wanita tersebut misalnya : tingkat pendidikan, kehamilan yang tidak diinginkan, status perkawinan, atau riwayat gangguan jiwa pada wanita tersebut.
7. Dukungan yang diberikan dari lingkungan, misalnya suami, orang tua, dan keluarga.
8. Stress yang dialami oleh wanita itu sendiri misalnya: karena belum bisa menyusui bayinya, rasa bosan terhadap rutinitas barunya.
9. Kelelahan pasca-bersalin.
10. Ketidaksiapan terhadap perubahan peran yang terjadi pada wanita tersebut.
11. Rasa memiliki bayinya yang terlalu dalam sehingga takut yang berlebihan akan kehilangan bayinya.

Beberapa cara untuk mengatasi postpartum blues adalah sebagai berikut :

1. Persiapan diri yang baik selama kehamilan untuk menghadapi masa nifas.
2. Komunikasikan segala permasalahan atau hal yang ingin disampaikan.
3. Selalu membicarakan rasa cemas yang dialami.
4. Bersikap tulus serta ikhlas terhadap apa yang dialami dan berusaha melakukan peran barunya sebagai seorang ibu dengan baik.
5. Cukup istirahat
6. Menghindari perubahan hidup yang drastis.
7. Berolahraga ringan

8. Berikan dukungan dari semua keluarga, suami atau saudara.
9. Konsultasikan pada tenaga kesehatan atau orang profesional agar dapat memfasilitasi factor resiko lainnya selama masa nifas dan membantu dalam melakukan upaya pengawasan

B. Depresi Postpartum

Depresi postpartum merupakan masalah psikologis yang agak berat tingkat keparahannya yang menyebabkan ibu tidak bisa tidur atau sulit untuk tidur. Dapat terjadi dua minggu sampai setahun setelah melahirkan. Penelitian menunjukkan 10% ibu mengalami depresi setelah melahirkan dan 10%-nya saja yang tidak mengalami perubahan emosi. Keadaan ini berlangsung antara 3-6 bulan bahkan pada beberapa kasus terjadi selama 1 tahun pertama kehidupan bayi. Penyebab depresi terjadi karena reaksi terhadap rasa sakit yang muncul saat melahirkan dan karena sebab-sebab yang kompleks lainnya.

Etiologi Depresi Postpartum

Penyebab depresi postpartum dikarenakan gangguan hormonal. Hormon yang terkait dengan terjadinya depresi post partum adalah prolaktin, steroid dan progesterone. Pitt dalam Regina (2001) mengemukakan 4 faktor penyebab depresi post partum, yaitu :

1. Faktor konstitusional

Gangguan post partum berkaitan dengan status paritas adalah riwayat obstetri pasien yang meliputi riwayat hamil sampai bersalin serta apakah ada komplikasi dari kehamilan dan persalinan sebelumnya dan terjadi lebih banyak pada wanita primipara. Wanita primipara lebih umum menderita blues karena setelah melahirkan wanita primipara berada dalam proses adaptasi, kalau dulu hanya memikirkan diri sendiri begitu bayi lahir jika ibu tidak paham perannya ia akan menjadi bingung sementara bayinya harus tetap dirawat.

2. Faktor fisik

Perubahan fisik setelah proses kelahiran dan memuncaknya gangguan mental selama 2 minggu pertama menunjukkan bahwa faktor fisik dihubungkan dengan kelahiran pertama merupakan faktor penting. Perubahan hormon secara drastis setelah melahirkan dan periode laten selama dua hari diantara kelahiran dan munculnya gejala. Perubahan ini sangat berpengaruh pada keseimbangan. Kadang progesteron naik dan estrogen yang menurun secara cepat setelah melahirkan merupakan faktor penyebab yang sudah pasti.

3. Faktor psikologi

Peralihan yang cepat dari keadaan “dua dalam satu” pada akhir kehamilan menjadi dua individu yaitu ibu dan anak bergantung pada penyesuaian psikologis individu. Klaus dan Kennel mengindikasikan pentingnya cinta dalam menanggulangi masa peralihan ini untuk memulai hubungan baik antara ibu dan anak.

4. Faktor sosial dan karakteristik ibu

Pemukiman yang tidak memadai lebih sering menimbulkan depresi pada ibu-ibu, selain kurangnya dukungan dalam perkawinan.

Referensi lain menyebutkan bahwa terjadinya depresi pascasalin dipengaruhi oleh faktor berikut ini : (Kruckman dalam Yanita dan Zamralita, 2001)

1. Biologis

Faktor biologis dijelaskan bahwa depresi postpartum sebagai akibat kadar hormon seperti estrogen, progesteron dan lam prolaktin yang terlalu tinggi atau terlalu rendah dalam masa nifas atau mungkin perubahan hormon tersebut terlalu cepat atau terlalu lambat.

2. Karakteristik ibu, yang meliputi :

a. Faktor umur

Sebagian besar masyarakat percaya bahwa saat yang tepat bagi seseorang perempuan untuk melahirkan pada usia antara 20–30 tahun, dan hal ini mendukung masalah periode yang optimal bagi perawatan bayi oleh seorang ibu. Faktor usia perempuan yang bersangkutan saat kehamilan dan

persalinan seringkali dikaitkan dengan kesiapan mental perempuan tersebut untuk menjadi seorang ibu.

b. Faktor pengalaman

Beberapa penelitian diantaranya adalah penelitian yang dilakukan oleh Paykel dan Inwood (Regina dkk, 2001) mengatakan bahwa depresi pascasalin ini lebih banyak ditemukan pada perempuan primipara, mengingat bahwa peran seorang ibu dan segala yang berkaitan dengan bayinya merupakan situasi yang sama sekali baru bagi dirinya dan dapat menimbulkan stres. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Le Masters yang melibatkan suami istri muda dari kelas sosial menengah mengajukan hipotesis bahwa 83% dari mereka mengalami krisis setelah kelahiran bayi pertama.

c. Faktor pendidikan

Perempuan yang berpendidikan tinggi menghadapi tekanan sosial dan konflik peran, antara tuntutan sebagai perempuan yang memiliki dorongan untuk bekerja atau melakukan aktivitasnya diluar rumah, dengan peran mereka sebagai ibu rumah tangga dan orang tua dari anak-anak mereka.

d. Faktor selama proses persalinan.

Hal ini mencakup lamanya persalinan, serta intervensi medis yang digunakan selama proses persalinan. Diduga semakin besar trauma fisik yang ditimbulkan pada saat persalinan, maka akan semakin besar pula trauma psikis yang muncul dan kemungkinan perempuan yang bersangkutan akan menghadapi depresi pascasalin.

e. Faktor dukungan sosial

Banyaknya kerabat yang membantu pada saat kehamilan, persalinan dan pascasalin, beban seorang ibu karena kehamilannya sedikit banyak berkurang.

Gejala Depresi Postpartum

Gejala yang menonjol dalam depresi post partum yang disebut dengan trias depresi yaitu:

- a. Berkurangnya energi
- b. Penurunan efek
- c. Hilang minat (anhedonia)

Adapun gejala-gejala umum ibu depresi post partum adalah :

- Merasa gelisah atau murung
- Merasa sedih, putus asa, dan kewalahan
- Kurang energi atau motivasi
- Banyak menangis
- Makan terlalu sedikit atau terlalu banyak
- Tidur terlalu sedikit atau terlalu banyak
- Kesulitan berpikir atau membuat keputusanMemiliki masalah memori
- Merasa tidak berharga dan bersalah
- Kehilangan minat atau kesenangan pada aktivitas yang biasanya disukai
- Menarik diri dari teman dan keluarga
- Hilang minat (anhedonia)
- Mengalami perubahan cepat tingkatan suasana hati dari sedih jadi marah
- Selalu merasa lelah sepanjang waktu
- Hanya tertarik sedikit pada bayi anda
- Tidak menikmati hidup lagi
- Kesulitan untuk berkonsentrasi
- Pernah berfikir untuk mencelakai diri sendiri atau bayi anda

Ling dan Duff mengatakan bahwa gejala depresi post partum yang dialami 60% wanita mempunyai karakteristik dan spesifik antara lain:

- Trauma terhadap intervensi medis yang terjadi
- Kelelahan dan perubahan mood
- Gangguan nafsu makan dan gangguan tidur
- Tidak mau berhubungan dengan orang lain
- Tidak mencintai bayinya dan ingin menyakiti bayinya atau dirinya sendiri.

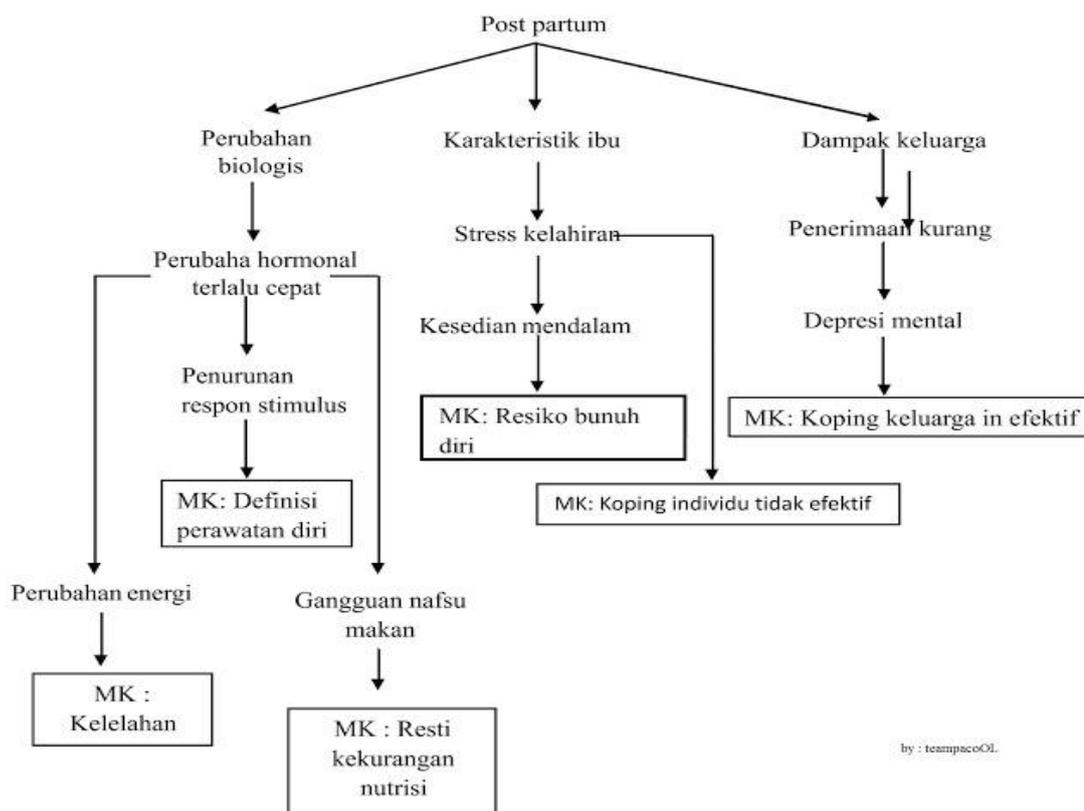
Depresi berat akan terjadi biasanya pada wanita/ keluarga yang pernah mempunyai riwayat kelainan psikiatrik. Selain itu, kemungkinan dapat terjadi pada kehamilan selanjutnya.

Beberapa gejala-gejala depresi berat adalah sebagai berikut :

- a. Perubahan pada mood
- b. Gangguan pada pola tidur dan pola makan
- c. Perubahan mental dan libido
- d. Dapat pula muncul fobia, serta ketakutan akan menyakiti dirinya sendiri dan bayinya.

Perjalanan Penyakit Depresi Postpartum

Pada sebagian kasus depresi postpartum dapat bersifat asimtomatik sampai berbulan-bulan, bahkan sampai bertahun-tahun. Keadaan ini dapat mempengaruhi kualitas hubungan antara ibu dan anaknya. Ibu yang mengalami depresi terbukti kurang berinteraksi sosial dan bermain dengan anaknya.



Gambar 1. Perjalanan penyakit Depresi Postpartum

Pengelompokan Depresi Postpartum

1. Depresi Postpartum Ringan Hingga Sedang

Lebih kurang 10-15% ibu akan mengalami depresi postpartum ringan hingga sedang untuk pertama kalinya (Cox et al., 1993). Depresi adalah masalah kesehatan masyarakat yang penting. Bukti yang kuat dari hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan ini dapat menjadi kronis, merusak hubungan antara ibu dengan pasangannya, serta memiliki dampak yang merugikan terhadap perkembangan emosi dan kognitif anak (Murray et al., 1999). Insiden depresi lebih tinggi pada 3 bulan postpartum dibandingkan dengan 1 bulan postpartum. Istilah depresi postpartum hanya digunakan untuk menggambarkan kondisi non psikosis ringan hingga sedang, istilah ini tidak boleh digunakan sebagai istilah umum untuk semua bentuk gangguan kesehatan jiwa setelah persalinan (Fraser & Cooper, 2009). Depresi postpartum terjadi lebih lambat dibandingkan dengan postpartum blues. Beck (1996) melakukan penelitian metaanalisis untuk mengidentifikasi faktor risiko depresi postpartum ringan hingga sedang adalah sebagai berikut:

1. Depresi antenatal.
2. Riwayat depresi postpartum sebelumnya.
3. Kualitas dukungan psikososial pada ibu.
4. Kejadian hidup yang penuh stress.
5. Stress terkait dengan perawatan anak.
6. Postnatal blues atau postpartum blues.
7. Kualitas hubungan dengan pasangan.
8. Kecemasan pada masa antenatal.

Bukti-bukti penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa faktor penyebab atau kausatif depresi postpartum adalah karena adanya faktor-faktor psikososial seperti; kejadian hidup yang penuh stress, adanya konflik hubungan, tidak adanya pasangan yang mendukung, tingkat stressor obstetrik yang tinggi, tidak bekerja, status sosial ekonomi rendah dll (O'Hara et al 1991). Gangguan depresi postpartum dapat memiliki bentuk yang berbeda-beda. Namun secara umum dalam bentuk yang paling ringan, dapat berupa gejala berbagai pergolakan emosi pada masa nifas dan mungkin tidak mudah dibedakan dari perubahan emosi yang dialami selama masa transisi peran

menjadi ibu atau pada postpartum blues. Namun depresi postpartum yang lebih berat, gejalanya dapat dibedakan dengan jelas dari perubahan emosi yang normal. Depresi postpartum dapat terjadi pada bulan pertama postpartum, biasanya pada saat bidan sudah mulai menghentikan asuhan, dan dapat berlangsung hingga setahun (Fraser & Cooper, 2009).

Tanda-tanda awal depresi postpartum meliputi kecemasan dan kekhawatiran terhadap bayi. Perasaan tidak mampu melakukan koping dan perasaan tertekan dengan tuntutan menjadi ibu dan memiliki bayi baru lahir, hal ini dapat menyebabkan gangguan tidur. Biasanya muncul perasaan sedih, tidak mampu, tidak berharga, kehilangan nafsu makan, harga diri rendah, serta menurunnya suasana hati secara terus-menerus, serta hilangnya kegembiraan dan spontanitas. Gambaran tersebut tidak sulit untuk dideteksi, tetapi mungkin terabaikan oleh para bidan atau tenaga kesehatan yang lain yang menangani ibu postpartum. Ada masalah lain yang menyebabkan depresi masih menjadi hal yang tabu untuk dibicarakan di kalangan masyarakat, yang membuat banyak ibu memilih untuk diam. Ibu mungkin merasa bersalah, terisolasi, dan merasa gagal ketika seharusnya mereka merasakan kemenangan dan puas memperoleh peran ibu yang kuat. Beberapa ibu dan pasangannya mungkin tidak tahu secara jelas mengenai tanda dan gejala depresi postpartum (Fraser & Cooper, 2009).

Bidan harus cermat dalam melakukan pengkajian, sehingga dapat mengidentifikasi adanya tanda dan gejala depresi postpartum. Ibu mungkin akan menyembunyikan kondisi emosinya atau tidak terbuka mengenai apa yang dirasakannya, termasuk dengan pasangan maupun orang-orang di sekelilingnya. Melalui kunjungan nifas yang efektif serta interaksi yang positif antara bidan dengan ibu, dimana kunjungan nifas dilakukan sesuai fase-fase kunjungan yang dibahas pada pelajaran 1, akan mampu untuk mengidentifikasi adanya depresi postpartum secara dini. Bidan harus cermat ketika melakukan pengkajian, lakukan observasi hubungan ibu dan bayi untuk mengkaji bagaimana ibu berinteraksi dengan anaknya, dengan mempertimbangkan pengaruh budaya, kaji apabila ada masalah yang terkait dengan menyusui, tidur, dan temperamen umum ibu, dan bidan perlu meyakini pentingnya dukungan psikososial pada ibu. Pasangan juga harus dilibatkan dalam interaksi ini untuk membantu meringankan ketegangan yang meningkat, yang dimungkinkan bisa terjadi terkait dengan masalah hubungan dengan pasangan.

2. Depresi Postpartum Berat

Kira-kira 3-5% ibu akan mengalami bentuk gangguan depresi yang lebih berat (Oates, 2000). Gangguan depresi berat dapat terjadi pada periode postpartum awal atau lanjut. Ibu yang mengalami depresi berat tampak mengalami kesedihan yang mendalam dan sakit. Etiologi yang sesungguhnya belum jelas, namun dugaan yang paling kuat adalah riwayat gangguan depresi, baik pada postpartum maupun waktu lainnya (O'Hara dan Swain 1996). Secara umum faktor neuroendokrin juga memiliki peranan; pemicu utamanya adalah estradiol. Awalnya gejala depresi berat tidak begitu nampak atau tersembunyi, kemudian mulai timbul secara lambat pada 2-3 minggu pertama postpartum. Biasanya mulai timbul saat asuhan kebidanan dan dukungan sosial dari pasangan, keluarga dan teman berkurang secara signifikan. Pemeriksaan pada saat kunjungan postpartum periode 6 minggu postpartum merupakan titik yang bermanfaat dalam mendeteksi kondisi depresi postpartum berat. Namun terkadang dua pertiga kejadian depresi berat akan muncul kemudian, yaitu antara 10-12 minggu postpartum (Brockington, 1996). Karakteristik utama depresi postpartum berat adalah sebagai berikut:

- a. Sindrom biologis gangguan tidur, bangun terlalu pagi hari. Ibu mungkin akan merasa sangat tertekan dan gejalanya memburuk pada pagi hari
- b. Gangguan konsentrasi, gangguan proses pikir, ketidakmampuan untuk mengambil keputusan, dan ketidakmampuan untuk melakukan koping (mekanisme pertahanan diri terhadap stimulasi atau stressor dari luar) dalam kehidupan sehari-hari.
- c. Emosi tidak terpengaruh dan penurunan suasana hati yang mendalam.
- d. Kehilangan kemampuan untuk merasakan kesenangan (anhedonia).
- e. Perasaan bersalah, tidak mampu, dan merasa menjadi ibu yang tidak baik.
- f. Kurang lebih sepertiga ibu mengalami distres pikir dan perenungan obsesif yang terganggu.
- g. Seringkali timbul kecemasan yang berlebihan dan bahkan serangan panik.
- h. Gangguan nafsu makan dan penurunan berat badan.
- i. Pada beberapa ibu, terjadi psikosis depresif dan morbid, halusinasi, dan pemikiran waham.

Berikut ini adalah penatalaksanaan depresi berat :

1. Dukungan keluarga dan lingkungan sekitar
2. Terapi psikologis dari psikiater
3. Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan antidepresan (perlu diperhatikan pemberian antidepresan pada wanita hamil dan menyusui)
4. Jangan ditinggal sendirian di rumah.
5. Jika diperlukan lakukan perawatan di rumah sakit.
6. Tidak dianjurkan rawat gabung (rooming in) dengan bayinya pada penderita depresi berat.

Pencegahan Depresi Postpartum

Untuk mencegah terjadinya depresi post partum sebagai anggota keluarga harus memberikan dukungan emosional kepada ibu dan jangan mengabaikan ibu bila terlihat sedang sedih, dan sarankan pada ibu untuk :

- Beristirahat dengan baik
- Berolahraga yang ringan
- Berbagi cerita dengan orang lain
- Bersikap fleksibel
- Bergabung dengan orang-orang baru
- Sarankan untuk berkonsultasi dengan tenaga medis

Adapun bagi suami dapat memotivasi istri dengan cara :

- Dorong istri untuk berbicara dan tunjukkan kalau Anda mengerti.
- Buat batasan kunjungan dan beritahu teman-teman "tidak bisa" ketika istri tidak ingin dikunjungi.
- Terima pertolongan dari orang-orang yang sukarela membantu menyelesaikan pekerjaan rumah.
- Izinkan teman-teman mengemong bayi agar istri punya waktu untuk dirinya sendiri dan sementara jauh dari bayi.
- Bertindak setia dan penuh kasih sayang secara fisik tanpa minta dilayani secara seksual.

Asuhan Depresi Postpartum

a. Terapi Obat

Obat diberikan untuk depresi sedang sampai berat obat yang umum digunakan antara lain golongan selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), SNRI, dan tricyclic antidepressants serta benzodiazepin sebagai tambahan. Obat anti depressant tidak dapat digunakan hanya 1-2 minggu, karena efeknya baru terasa setelah 2 minggu. Umumnya diberikan selama 6 bulan.

b. Psikoterapi

Psikoterapi antara lain talking therapy, terapi interpersonal dan kognitif/perilaku dan terapi psikodinamik. Talking therapy membantu pasien mengenali masalah dan menyelesaikannya melalui give and take verbal dengan terapis. Pada terapi kognitif/perilaku, pasien belajar mengidentifikasi dan mengubah persepsi menyimpang tentang dirinya serta menyesuaikan perilaku untuk mengatasi lingkungan sekitar dengan lebih baik

c. Konseling

Ibu akan diajak melihat bahwa merawat anak bukanlah kesulitan yang luar biasa. Pelan-pelan diajak melihat fokus masalah, apa yang dihadapi dalam merawat anak dan adakah masalah yang sekiranya bias diselesaikan.

d. Modifikasi Lingkungan

Lingkungan keluarga penting dalam penyembuhan. Suami harus pengertian. Serta keluarga harus mendukung ibu serta membantu dalam merawat anak.

C. Psikosis Postpartum

Psikosis pada masa nifas terjadi kurang lebih 2-3 per 1000 kelahiran, dan memerlukan penatalaksanaan psikiatrik (kejiwaan). Meskipun psikosis merupakan sindrom postpartum yang sangat jarang terjadi, hal ini dianggap sebagai gangguan jiwa paling berat dan dramatis yang terjadi pada periode postpartum (Fraser & Cooper, 2009). Gejala psikosis bervariasi, muncul secara dramatis dan sangat dini, serta berubah dengan cepat, yang berubah dari hari ke hari selama fase akut penyakit. Gejala ini dari biasanya meliputi perubahan suasana hati, perilaku yang tidak rasional dan gangguan agitasi, ketakutan dan

kebingungan, karena ibu kehilangan kontak dengan realitas secara cepat. Biasanya terjadi dalam minggu pertama postpartum dan jarang terjadi sebelum 3 hari postpartum, dengan mayoritas kejadian terjadi sebelum 16 hari postpartum. Gambarnya meliputi keadaan sebagai berikut.

- a. Kegelisahan dan agitasi.
- b. Kebingungan dan konfusi.
- c. Rasa curiga dan ketakutan
- d. Insomnia.
- e. Episode mania, yang membuat ibu menjadi hiperaktif (misalnya berbicara dengan cepat dan terus menerus, serta menjadi sangat overaktif dan senang).
- f. Pengabaian kebutuhan dasar misalnya nutrisi dan hidrasi.
- g. Halusinasi dan pemikiran waham morbid yang melibatkan ibu dan bayinya.
- h. Gangguan perilaku mayor.
- i. Suasana hati depresif yang mendalam.

Psikosis pada masa nifas tidak terlalu berhubungan dengan faktor stres, lebih terkait pada perubahan biokimia (Cooper & Murray, 1997). Sebagian ibu yang menderita psikosis pada masa nifas mengalami gangguan jiwa untuk pertama kalinya. Terdapat hubungan yang kuat antara riwayat keluarga dengan gangguan depresi mania (ibu atau ayah) dengan psikosis pada masa nifas, menunjukkan adanya hubungan genetika (Oates, 2000). Peran bidan adalah mendeteksi dan mengenali adanya tanda dan gejala psikosis, saat melakukan pengkajian. Asuhan yang baik harus dilakukan dengan komunikasi efektif dan dukungan yang positif terhadap ibu. Jika ditemukan tanda dan gejala psikosis, maka bidan dapat melakukan konsultasi maupun rujukan ke fasilitas pelayanan yang lebih mampu untuk menangani atau yang mempunyai layanan kesehatan jiwa, terutama pada periode postnatal. Hospitalisasi juga berfungsi untuk memberikan pemahaman dan lingkungan yang terapeutik bagi ibu, sehingga ibu dapat membina hubungan yang efektif dengan bayinya dan mengembangkan ketrampilan yang diperlukan sebagai seorang ibu. Sehingga memberikan dukungan yang positif kepada ibu.

ISU-ISU PSIKOLOGIS DALAM PRAKTIK KEBIDANAN POSTPARTUM

Hasil-hasil riset evidence menunjukkan bahwa periode kehamilan, persalinan, dan postpartum merupakan masa terjadinya stress dan perubahan psikologis yang bermakna, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri (Nieland & Roger, 1997). Maka, pertimbangan yang matang harus dilakukan saat melakukan pengkajian dan identifikasi faktor-faktor risiko selama periode asuhan. Penelitian Clement 1995 (dalam Fraser & Cooper 2009) menunjukkan bahwa “penatalaksanaan asuhan berupa tindakan mendengarkan” pada saat asuhan dapat menjadi strategi yang efektif untuk mencegah terjadinya gangguan psikologis pada masa nifas. Bidan harus memiliki keterampilan dalam mengenali distress emosi yang cukup bermakna sebagai respon terhadap penyimpangan dan kejadian terkait postpartum. Prediksi risiko merupakan aspek penting dalam asuhan kebidanan, karena peningkatan stress selama asuhan postnatal tidak hanya mempengaruhi kesehatan emosi dan psikologis ibu, tetapi juga mempunyai dampak terhadap kesejahteraan bayi (Teixeira et al., 1999). Stres atau gangguan psikologis selama kehamilan sebagai prekursor yang memungkinkan timbulnya psikopatologi bahkan gangguan jiwa pada periode postpartum.

Hasil penelitian Murray et al., 1999, bahwa psikologis dan kesehatan jiwa yang buruk dapat menimbulkan dampak yang berkepanjangan terhadap mutu hidup, baik bagi ibu maupun perkembangan kognitif bagi anaknya. Bidan yang bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan primer harus memberikan asuhan yang efektif, sehingga mampu mengenali, mendeteksi adanya perubahan psikologis dan mampu melakukan penatalaksanaan yang tepat sehingga dapat mencegah adanya psikopatologi dan morbiditas psikologis. Penelitian Ball 1994, Johnstone 1994 menunjukkan bahwa peningkatan stress selama kehamilan mempengaruhi penyesuaian psikologi pada masa postpartum, kekhawatiran ibu mempengaruhi kemampuan adaptasi psikologis postpartum. Stres dalam tingkatan yang masih dapat ditangani merupakan

fenomena yang normal dalam kehidupan keseharian ibu. Stres dapat juga menjadi motivator yang kuat untuk meningkatkan mekanisme koping yang efektif, namun sebaliknya stres dan kecemasan yang berlebihan dapat mempersempit mekanisme koping ibu. Selama periode postpartum, asuhan yang suportif dan holistik dari bidan tidak hanya membantu meningkatkan kesejahteraan emosi ibu, tetapi juga dapat membantu mengurangi ancaman morbiditas psikologis pada periode postpartum (Rose & Bisson, 2000). Komunikasi yang baik, informasi yang adekuat yang diberikan oleh bidan dapat mengurangi kecemasan dan kemungkinan distress emosi ibu postpartum (Newton & Raynor dalam Fraser & Cooper, 2009).

Transisi menjadi ibu tidak dapat dipahami sepenuhnya tanpa mengetahui makna dan hakekat peran seorang ibu. Konteks sosial mengenai persalinan mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Persalinan normal para ibu di Indonesia, lebih banyak berada pada layanan fasilitas pelayanan kesehatan primer, misalnya puskesmas rawat inap, klinik pratama, praktik mandiri bidan, dan juga sebagian kecil ada di rumah sakit. Beberapa persalinan yang tidak direncanakan dengan baik oleh seorang perempuan, hal ini mempengaruhi terhadap proses adaptasi perubahan psikologis postpartum serta perubahan transisi peran sebagai orang tua. Maka salah satu program Kementerian Kesehatan RI adalah P4K (Perencanaan Persalinan dan Persiapan Pencegahan Komplikasi), dimana salah satunya adalah perencanaan persalinan yang aman, sehingga hal ini juga mendukung kesiapan psikologis ibu. Setelah persalinan, ibu mungkin perlu waktu untuk menyesuaikan diri, menjadi dirinya lagi, dan merasa terpisah dari bayinya, sebelum ia dapat menyentuh bayinya. Perasaan yang dimiliki oleh ibu terhadap bayinya bersifat kompleks dan kontradiktif. Di ujung spektrum yang positif, ibu sangat menyayangi bayinya, merasa sangat senang dan puas dengan pengalaman persalinannya. Namun, di ujung spektrum negatif, ibu merasakan trauma dengan pengalaman kehamilan dan persalinannya (Fraser & Cooper, 2009).

Gambaran yang berlawanan mengenai proses menjadi ibu mewarnai kehidupan banyak ibu, bayi baru lahir memberikan kebahagiaan dan kesenangan. Menjadi ibu, dirasa sebagai memastikan bahwa seorang wanita telah memenuhi takdir biologisnya, menegaskan feminitas seorang ibu dan meningkatkan statusnya di masyarakat. Oleh karena itu, agak aneh jika seorang

ibu mengalami ketidakbahagiaan, perasaan tidak senang, dan merasa cemas, atau bahkan kecewa dalam perannya sebagai ibu baru. Adakalanya beberapa ibu mempunyai kekhawatiran apabila dinilai sebagai ibu yang tidak baik, ibu malu mengungkapkan perasaannya, atau menganggap perasaan atau kekhawatirannya bukan sesuatu hal yang penting untuk disampaikan kepada orang lain atau orang di sekitarnya. Oleh karena itu kadangkala emosi yang menyakitkan disimpan sendiri oleh seorang ibu, yang bisa mengakibatkan kesulitan dalam hal mekanisme coping dan sulit tidur (Fraser & Cooper, 2009). Maka kadang-kadang ibu merasa sendiri dan berduka dalam diamnya, sehingga kemudian menimbulkan distress karena kemarahannya terhadap situasi yang dihadapinya. Maka peran bidan penting untuk memfasilitasi ibu postnatal untuk dapat beradaptasi dengan baik, sehingga peristiwa postnatal dapat dilalui dengan normal.

Hasil penelitian membuktikan bahwa kehamilan, persalinan, dan nifas ditandai adanya krisis perkembangan. Jika periode peningkatan emosi tersebut tidak dapat diselesaikan secara positif, gangguan psikologis dapat muncul. Selama kehamilan, persalinan dan nifas, pentingnya faktor yang telah ada pada tahap perkembangan sebelumnya dan pengaruhnya terhadap kondisi emosi ibu terkait erat dengan kepribadiannya, pengalaman masa lalu, pengaruh sosiokultural, kualitas dukungan psikososial, peristiwa penting dalam kehidupan, dan respon terhadap orang lain. Peristiwa yang terjadi sebelumnya ini akan menentukan cara ibu bereaksi terhadap perubahan. Konflik seputar harga diri, citra tubuh, feminitas, dan kedewasaan mungkin akan meningkat selama kehamilan. Sama halnya dengan perasaan ibu yang tidak teratasi pada peristiwa persalinan sebelumnya, seperti trauma persalinan, berduka karena kematian bayi atau riwayat kelainan kongenital. Pengkajian yang cermat yang dilakukan bidan selama periode antenatal, mencatat riwayat terdahulu dan bagaimana riwayat ibu memengaruhi kondisi nifas saat ini, merupakan cara yang terbaik untuk mengidentifikasi kelompok ibu yang rentan (Fraser & Cooper, 2009).

Pentingnya dukungan psikososial selama kehamilan, persalinan dan nifas telah diteliti pada sejumlah penelitian (Hodnett, 2000, Oakley et al., 1996). Bukti penelitian menunjukkan bahwa persepsi ibu terhadap peristiwa sebelumnya, sangat penting bagi kesejahteraan emosinya. Sebagai contoh,

apabila seorang ibu merasa bahwa ia memiliki dukungan psikologis, dukungan ini akan mengurangi efek perubahan hidup yang sedang dialami oleh ibu. Lebih lanjut dari kajian penelitian sistematis menunjukkan bahwa dukungan psikososial yang diungkapkan oleh Hodnett pada penelitiannya tahun 2000, menekankan manfaat intervensi dan dukungan pada ibu akan meningkatkan adaptasi dan kenyamanan psikologis ibu postpartum (Fraser & Cooper, 2009).

Distress Emosi Akibat Pengalaman Persalinan yang Traumatik

Pada beberapa penelitian terakhir menunjukkan munculnya masalah stres pasca persalinan traumatik (post-traumatic stress disorder/PTSD) pada lingkup praktik kebidanan. Peristiwa yang seharusnya menjadi salah satu hari yang paling membahagiakan dalam kehidupan seorang ibu dapat dengan cepat berubah menjadi kesedihan yang mendalam dan distress. Efek peningkatan nyeri, penggunaan intervensi berteknologi, pemberian asuhan yang tidak sensitif dan tidak menghargai ibu, terbukti sangat menimbulkan stres dan menakutkan. Banyak ibu yang dapat beradaptasi mengatasi nyeri, rasa takut dan kecemasan pada kehamilan dan persalinan, namun sebagian ibu yang mengalami kejadian traumatik seputar pengalaman persalinannya akan tetap terkenang mengakar pada jiwanya dan mungkin mengganggu ketenangan kehidupannya serta memengaruhi hubungan ibu dengan pasangan dan bayinya (Lyons, 1998). PTSD sering dihubungkan dengan asuhan yang tidak optimal dan ketidaknyamanan atau penyulit pada masa postpartum. PTSD berkaitan langsung dengan stress, ketakutan, mimpi buruk, dan trauma terhadap persalinan. Aspek penting yang harus diperhatikan dalam praktik yang berhubungan dengan distress emosi postpartum/PTSD (Oates 1998 dan Riley 1995 dalam Fraser & Cooper, 2009) yaitu:

- a. Setiap ibu harus diperlakukan sebagai individu yang unik dan berbeda-beda. Ada beberapa ibu yang merasakan bahwa perubahan emosi normal dapat membuat stress, dan beberapa ibu lainnya mungkin tidak merasa demikian dan lebih bersikap realistis terhadap yang mereka hadapi.
- b. Ibu yang mengalami mimpi buruk harus diyakinkan bahwa dalam banyak kasus, mimpi merupakan bentuk ungkapan ketakutan dan kecemasan.

- c. Ibu tidak mengekspresikan ketakutan mereka secara terbuka, tetapi bidan adalah orang yang dipercaya dan mendukung ibu, maka peran bidan memberikan dorongan pada ibu untuk bersikap terbuka.
- d. Bidan harus mempunyai keterampilan komunikasi yang baik dan dapat mendengarkan serta memperhatikan masalah ibu sehingga dapat memenuhi kebutuhan emosi ibu.
- e. Morbiditas psikologis pada kehamilan normal, kadang dapat terabaikan karena:
 - 1) Tidak mendapatkan perhatian yang cukup.
 - 2) Dianggap hilang sendiri.
 - 3) Tidak dapat diidentifikasi, terutama jika terdapat penyulit pada masa postpartum.
 - 4) Dianggap sebagai kondisi emosi yang normal, sehingga kurang mendapatkan perhatian saat memberikan asuhan kebidanan.

Duka Cita Dan Kehilangan

Duka cita dan kehilangan merupakan peristiwa yang sangat mendasar dan merupakan hal yang mungkin terjadi dalam kehidupan, manusia dapat mengalami salah satu bentuk kehilangan. Duka cita erat hubungannya dengan kehilangan akibat kematian. Di dalam duka cita ada perasaan kehilangan. Makna harfiah dari duka cita adalah perampasan atau pengambilan secara paksa tanpa persetujuan, hal ini terkait dengan perasaan kehilangan yang sangat berharga. Contoh bentuk kehilangan ini adalah kematian bayi lahir, abortus, kematian janin dalam kandungan, kematian perinatal/neonatal dan kematian anak.

Menurut penelitian, pada saat kehamilan terjadi ikatan hubungan antara ibu dan janin. Hubungan tersebut diperkuat adanya gerakan janin yang dirasakan oleh ibu, pengalaman kehamilannya serta pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh ibu. Situasi ini menimbulkan ikatan yang kuat antara ibu hamil dan janin. Maka kehilangan janin dapat menimbulkan duka cita dan kehilangan yang mendalam bagi ibu. Kehilangan ini berarti juga kehilangan hubungan istimewa ibu dengan janinnya atau bayinya, atau kehilangan harapan atas kehadiran seorang bayi yang sempurna. Melalui duka cita, kita

dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan yang berat atau ringan yang kita hadapi sepanjang kehidupan.

Duka cita yang sehat berarti bahwa kita dapat melangkah lebih maju, dari perasaan awal kita (move on), yaitu putus asa akibat ketidakberdayaan, meskipun tidak harus segera. Kita harus mencapai derajat penyelesaian yang memungkinkan menjalani fungsi normal di sebagian besar kehidupan, kita bahkan menemukan bahwa dalam proses tersebut, kita telah tumbuh dengan belajar sesuatu mengenai diri sendiri dan sumber yang tersedia bagi kita. Meskipun duka cita dipandang sebagai kondisi pasif yang menyedihkan, lebih baik jika duka cita dipandang sebagai masa saat orang yang berduka sedang berjuang mengatasi kondisi emosi yang dihadapinya , untuk menggambarkan upaya aktif ini, dipakai istilah upaya mengatasi duka cita (Fraser & Cooper, 2009). Tahap duka cita yang harus dijalani ibu dalam beragam bentuk yang berbeda. Tetapi menurut Kubbler Rose bahwa tahapan tersebut tidak selalu terjadi dalam urutan sekuensial yang konsisten, tetapi terdapat variasi individu dan seringkali individu dapat maju atau mundur di antara tahap-tahap tersebut, sebelum akhirnya mencapai tahap penyelesaian. Berikut ini merupakan tahapan duka cita menurut Kubbler Rose (1970).

- a. Syok dan menyangkal, merupakan masa menolak, tidak percaya, ambivalensi antara harapan diri dengan keadaan riil yang dihadapi.
- b. Peningkatan kesadaran, upaya untuk meningkatkan kesadaran dapat berupa; perubahan emosi (kesedihan yang mendalam, rasa bersalah, dan marah), masa pencarian serta tawar menawar (bargaining).
- c. Realisasi, pada masa realisasi adalah merupakan upaya penerimaan (acceptance), oleh seorang ibu mengenai kenyataan yang dialami oleh seorang ibu. Apabila ibu mampu menerima keadaan yang dihadapi berarti ibu telah mencapai keadaan adaptasi. Apabila ibu belum berhasil menerima keadaan dirinya, apa yang sedang dihadapi serta konsekuensi tanggung jawab apa yang harus dipikul oleh seorang ibu postpartum, maka ibu belum mampu beradaptasi dengan keadaan riil. Kegagalan adaptasi yang berkepanjangan ini dapat menyebabkan keadaan depresi, apatis, maupun psikosomatis atau perubahan-perubahan tubuh.

d. Resolusi, masa ini merupakan masa adaptasi yang sempurna terhadap keadaan yang dialami sehingga ibu postpartum mengalami perasaan berupa ketenangan serta reaksi kemenangan.

Respon awal mempelajari kehilangan meliputi mekanisme bertahan, yang berfungsi memberikan perlindungan terhadap dampak keseluruhan kenyataan. Reaksi ini mencakup syok atau menyangkal, yang membantu melindungi individu yang berduka dari kenyataan yang tidak pernah terduga sama sekali. Respon awal ini memungkinkan ibu mempunyai semacam ‘ruang bernapas’ tempat ibu dapat mengatur sumber emosinya, yang akan membantu mengatasi kenyataan yang terjadi. Menyangkal dengan segera dapat menjadi tidak efektif, dan kesadaran terhadap kenyataan terhadap kehilangan secara bertahap mulai muncul. Kesadaran tersebut menimbulkan reaksi emosi yang kuat, seiring dengan manifestasi kliniknya. Perasaan sedih yang mendalam dapat muncul, tetapi emosi untuk tidak menerima kenyataan kehilangan. Emosi yang semacam ini mencakup rasa bersalah dan ketidakpuasan, serta pencarian kompulsif dan perasaan marah yang masih sangat mencemaskan. Realisasi fluktuatif naik turun terjadi, karena ibu yang berduka mencoba berbagai strategi koping guna ‘tawar menawar’ (bargaining position) dengan dirinya untuk memperlambat menerima kenyataan (Fraser & Cooper, 2009).

Ketika strategi yang digunakan untuk mengatasi duka cita dan kehilangan, maka dapat muncul suatu perasaan putus asa akibat realisasi penuh terhadap kehilangan, yang menyebabkan apatis dan konsentrasi tidak baik, serta beberapa perubahan tubuh (psikosomatis). Pada tahap duka cita ini, ibu yang berduka akan menunjukkan kecemasan dan gejala fisik cemas. Setelah kehilangan akhirnya dapat diterima, maka duka cita dan kehilangan diterima sebagai bagian dari kehidupan manusia. Seperti yang dipaparkan sebelumnya, bahwa proses duka cita dan kehilangan ini tidak mudah dilalui, mungkin kemajuannya lambat, serta dapat berfluktuasi naik turun. Kemajuan yang tidak pasti dalam masa duka cita dan kehilangan, inilah yang disebut ‘masa kebimbangan dan keraguan’ (Stroebe 1987 dalam Fraser & Cooper 2009). Meskipun duka cita dan kehilangan tidak akan dapat dilupakan sepenuhnya, namun akhirnya ibu dapat memadukan duka cita dan kehilangan sebagai bagian dari pengalaman hidupnya.

Tahap akhir resolusi ini dikenali sebagai kemampuan ibu yang sedang berduka untuk memikirkan kejadian dengan lebih realistis, dan dengan tenang menghadapi kehilangan dengan sumberdaya yang dimiliki. Maka pada tahap ini ibu sudah mampu beradaptasi terhadap duka cita dan kehilangan yang dihadapi. Adaptasi terhadap duka cita dan kehilangan sangat penting karena berperan dalam pemulihan sebagai bagian dari tingkat keseimbangan atau homeostasis pada kehidupan ibu. Adaptasi terhadap duka cita penting karena membantu ibu pulih dari efek luka yang disebabkan oleh kehilangan, baik berat maupun ringan. Ibu yang mengalami duka cita dan kehilangan perlu mendapatkan dukungan dari lingkungan sekitarnya dan orang yang bermakna bagi ibu (significant others) agar mampu beradaptasi dengan baik. Latar belakang suku, budaya dan pengalaman ibu akan mempengaruhi manifestasi, variasi serta perbedaan sikap dalam beradaptasi terhadap duka cita dan kehilangan. Menurut Medforth, Battersby, Evans, Marsh, Walker (2011) bahwa tujuan asuhan duka cita dan kehilangan yang dilakukan bidan adalah:

- a. Mencapai komunikasi yang optimal dengan keluarga jika bayi mereka meninggal sebelum, selama, atau sesaat setelah dilahirkan.
- b. Memastikan ibu dan pasangan sepenuhnya menyadari, memahami, dan meyakinkan pilihan yang terbuka bagi mereka, untuk membuka diri dan penerimaan terhadap duka cita dan kehilangan yang dihadapi oleh ibu dan pasangannya.
- c. Membantu ibu dan pasangan menghadapi realita situasi saat mereka berduka cita atas kehilangan bayi mereka.
- d. Bidan bertindak sebagai pendukung keluarga, empati terhadap sensitivitas keluarga, sambil mempertahankan ruang lingkup profesional.
- e. Memastikan bahwa tradisi budaya dan agama keluarga dihargai.
- f. Memberikan konseling yang tepat dan dukungan terhadap tindak lanjut asuhan.

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Depresi postpartum berdampak mengurangi kebahagiaan, mempengaruhi hubungan ibu dan anak dan membahayakan jiwa ibu dan bayi sampai menyebabkan kematian. Salah satu upaya mencegah depresi postpartum adalah dengan melakukan deteksi dini menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). EPDS didisain oleh Cox, Holden dan Sagovsky dapat digunakan pada ibu yang sedang rawat inap, *home visit*, atau pada 6-8 minggu setelah melahirkan. EPDS terdiri dari 10 pertanyaan dan dapat diselesaikan dalam waktu 5 menit. Sepuluh pertanyaan pada EPDS adalah cara yang bernilai dan efisien untuk mengidentifikasi pasien yang memiliki risiko untuk depresi *postpartum*, mudah dijalankan dan telah terbukti menjadi alat skrining yang efektif (Cox, Holden dan Sagovsky, 1987).

Edinburgh Postnatal Depression Scale sudah di-*translate* dalam berbagai bahasa dan di validasi di berbagai negara diantaranya Arab, Cina, Belanda, Perancis, Jerman, Jepang, Norwegia, Vietnam, Malaysia. Penerjemahan EPDS ke dalam bahasa Indonesia sudah dilakukan dan telah divalidasi di Jakarta. Hasil studi tersebut membuktikan bahwa instrumen dalam bahasa Indonesia lebih sah dan *reliable* untuk digunakan pada wanita Indonesia (Sari, 2009).

Berikut adalah pertanyaan yang diajukan kepada ibu postpartum dalam EPDS :

1. Saya mampu tertawa dan merasakan hal hal yang menyenangkan
 - Sebanyak yang saya bisa
 - Tidak terlalu banyak
 - Tidak banyak
 - Tidak sama sekali

2. Saya melihat segala sesuatu nya kedepan sangat menyenangkan
 - Sebanyak sebelumnya
 - Agak sedikit kurang dibandingkan dengan sebelumnya
 - Kurang dibandingkan sebelumnya
 - Tidak sama sekali

3. Saya menyalahkan diri saya sendiri saat sesuatu terjadi tidak sebagai mana mestinya
 - Ya, setiap saat
 - Ya, kadang kadang
 - Tidak terlalu sering
 - Tidak pernah sama sekali
4. Saya merasa cemas atau merasa hawatir tanpa alasan yang jelas
 - Tidak pernah sama sekali
 - Jarang jarang
 - Ya, kadang kadang
 - Ya, sering sekali
5. Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang jelas
 - Ya, cukup sering
 - Ya, kadang kadang
 - Tidak terlalu sering
 - Tidak pernah sama sekali
6. Segala ssuatunya terasa sulit untuk dikerjakan
 - Ya, hampir setiap saat saya tidak mampu menanganinya
 - Ya, kadang kadang saya tidak mampu menangani seperti biasanya
 - Tidak terlalu, sebagian besar berhasil saya tangani
 - Tidak pernah, saya mampu mengerjakan segala sesuatu dengan baik
7. Saya merasa tidak bahagia sehingga mengalami kesulitan untuk tidur
 - Ya, setiap saat
 - Ya, kadang kadang
 - Tidak terlalu sering
 - Tidak pernah sama sekali
8. Saya merasa sedih dan merasa diri saya menyedihkan
 - Ya, setiap saat
 - Ya, cukup sering
 - Tidak terlalu sering
 - Tidak pernah sama sekali
9. Saya merasa tidak bahagia sehingga menyebabkan saya menangis
 - Ya, setiap saat
 - Ya, cukup sering
 - Disaat tertentu saja
 - Tidak pernah sama sekali

10. Muncul pikiran untuk menyakiti diri saya sendiri

- Ya, cukup sering
- Kadang kadang
- Jarang sekali
- Tidak pernah sama sekali

EPDS tidak dapat mendeteksi kelainan neurosis, phobia, kecemasan, atau kepribadian, namun dapat digunakan sebagai alat untuk mendeteksi adanya kemungkinan depresi postpartum. Sensitifitas dan spesifisitas EPDS sudah terbukti sangat baik dari hasil penelitian. Skala penilaian EPDS menunjukkan perasaan sang ibu dalam 1 minggu terakhir.

Cara melakukan deteksi dini depresi postpartum menggunakan EPDS adalah sebagai berikut :

1. Para ibu diharap untuk memberikan jawaban tentang perasaan yang terdekat dengan pertanyaan yang tersedia dalam 7 hari terakhir.
2. Semua pertanyaan kuisisioner harus dijawab
3. Jawaban kuisisioner harus berasal dari ibu sendiri. Hindari kemungkinan ibu mendiskusikan pertanyaan dengan orang lain.
4. Ibu harus menyelesaikan kuisisioner ini sendiri, kecuali ia mengalami kesulitan dalam memahami bahasa atau tidak bisa membaca.

Cara Penilaian EPDS

Penilaian terhadap setiap jawaban pada Kuesioner EPDS adalah sebagai berikut:

- a. Setiap pertanyaan memiliki empat pilihan yang mungkin, yang diberi nilai dari 0 sampai 3.
- b. Pertanyaan 1, 2, dan 4 : mendapatkan nilai 0, 1, 2, atau 3 dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 0 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 3
- c. Pertanyaan 3,5 sampai dengan 10 : merupakan penilaian terbalik, dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 3 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 0
- d. Pertanyaan 10 merupakan pertanyaan yang menunjukkan keinginan bunuh diri.
- e. Nilai maksimal: 30
- f. Kemungkinan depresi apabila nilai lebih dari 10

Interpretasi Hasil penilaian EPDS :

- a. Skor EPDS 9-10 maka direkomendasikan untuk menjalani skrining selanjutnya.
- b. Pada wanita yang mendapatkan total skor EPDS lebih dari 10, berisiko tinggi untuk terjadinya depresi *postpartum* (Wisner,dkk, 2002).
- c. Para ibu yang memiliki skor diatas 10 biasanya menderita suatu depresi dengan tingkat keparahan yang bervariasi.
- d. Khusus untuk pertanyaan nomor 10, jawaban “ya” cukup sering, merupakan suatu tanda dimana dibutuhkan keterlibatan segera dari perawatan psikiatri. Wanita yang mengalami gangguan fungsi (dibuktikan dengan penghindaran dari keluarga dan teman, ketidakmampuan menjalankan kebersihan diri, ketidakmampuan merawat bayi) juga merupakan keadaan yang membutuhkan penanganan psikiatri segera.
- e. Wanita yang memiliki skor antara 5 dan 9 tanpa adanya pikiran untuk bunuh diri sebaiknya dilakukan evaluasi ulang setelah 2 minggu untuk menentukan apakah episode depresi mengalami perburukan atau membaik.

Beberapa keuntungan menggunakan EPDS untuk deteksi dini depresi postpartum adalah :

- a. Mudah dihitung (oleh perawat, bidan, petugas kesehatan lain)
- b. Sederhana
- c. Cepat dikerjakan (membutuhkan waktu 5-10 menit bagi ibu untuk menyelesaikan EPDS)
- d. Mendeteksi dini terhadap adanya depresi pasca persalinan
- e. Lebih diterima oleh pasien
- f. Tidak memerlukan biaya

Sebaliknya kekurangan EPDS adalah :

- a. Tidak bisa mendiagnosis depresi pasca persalinan
- b. Tidak bias mengetahui penyebab dari depresi pasca persalinan

DAFTAR PUSTAKA

- Abdollahi, F. dan M. Zhargami. 2018. Effect of postpartum depression on women's mental and physical health four years after childbirth. *EMHJ*.24(10):1002-9.
- Anggraini, Yetti. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rihanna
- Bahiyatun. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC
- Baston, H. & Hall, J. (2011). *Midwifery Essential Postnatal*. Volume 4. United Kingdom.
- Cunningham, Gant, Leveno dkk.2004. *Obstetri Williams edisi 21*. Jakarta : EGC Universitas Wijaya Kusuma Surabaya.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Fraser, D.M. & Cooper, M.A. (2009). *Myles Buku Ajar Bidan (Edisi 14)*. Jakarta: EGC.
- Gondo, H.K. 2010. *Skrining Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) pada Postpartum Blues: Bagian Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran*
- Hacheem, H. (2014). Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in sample of Lebanese women. *Journal of psychiatry* 14:242
- Handayani, Sri.2011.*Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*.Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Hymas, R. dan L.S. Girard. 2019. Predicting postpartum depression among adolescent mothers: A systematic review of risk. *Journal Of Affective Disorders*. 246:873-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.041>
- Ing, H., Fellmeth, G., White, J., Stein, A., Simpson, J. A., & McGready, R. 2017. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on the Thai– Myanmar border. *Tropical Doctor*, 47(4), 339–347. <https://doi.org/10.1177/0049475517717635>
- Kemenkes RI. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- _____. (2015). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes RI.

- _____. (2018). Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui: Kementerian Kesehatan RI.
- Kartono, K. 1992. *Psikologi Wanita: Mengenal Wanita Sebagai Ibu dan Nenek*. Jilid. 2. Bandung: Mandar Maju.
- Kusumastuti. D.P. Astuti, dan S. Hendriyati. 2015. Hubungan Karakteristik Individu dengan Depresi Postpartum pada Ibu Postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kebumen. *Jurnal Involusi Kebidanan*. 5(9):1-17.
- Medforth, J., Battersby, S., Evans, M., Marsh, B., & Walker, A. (2006). *Oxford Handbook of Midwifery*. English: Oxford University Press.
- Midwifery, Fifth Edition. United States of America: Jones & Bartlett Learning Books, LLC, An Ascend Learning Company, Alih Bahasa oleh EGC Jakarta.
- Miller, L.J. dan E.M. LaRusso. 2011. Preventing Postpartum Depression. *Psychiatr Clin N Am*. 34:53-65
- Motzfeldt, I., Andreasen, S., Pedersen, A. L., & Pedersen, M. L. 2013. Prevalence of postpartum depression in Nuuk, Greenland—a cross-sectional study using Edinburgh Postnatal Depression Scale. *International journal of circumpolar health*, 72.
- Payne, J.L. dan Maguire, J. 2019. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 52(5):165–180.
- Perfetti, J. et.al. 2004. *Postpartum Depression: Identification, Screening, and Treatment*. *Wisconsin Medical Journal*
- Purwoastuti Endang. 2015. Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Pollard, M. (2015). ASI Asuhan Berbasis Bukti. Alih bahasa E.Elly Wiriawan. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, Sarwono.2008. Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka
- Regina, J., dkk. 2001. Hubungan Antara Depresi *Postpartum* Dengan Kepuasan Seksual Pada Ibu Primipara Vol. 16. *Anima*.
- Regina, S. 2010. Positif EPDS on Postpartum Mothers and the Possible Risk Factors in Dr Ciptomangunkusumo, Fatmawati and Persahabatan General Hospitals in 2009. *Indonesian Psychiatric Quarterly* XXXII:1.h.3-15.
- Sunarsih Tri. Dewi Vivian Nanny Lia. 2011. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Jakarta : Salemba Medica

Sulistiyawati,A. 2009. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas. Yogyakarta : ANDI

Suryati. 2008. The Baby Blues and Post Natal Depression. JKMA. 2(2):191-3.

Soep.2009.*Pengaruh Intervensi Psikoedukasi Dalam Mengatasi Depresi Postpartum Di RSUD. Pirngadi Medan.* Thesis tidak diterbitkan.USU Repository: Tesis Universitas Sumatera Utara.

Soep. 2011. Penerapan Edinburgh Postpartum Depression Scale sebagai Alat Deteksi Risiko Depresi Nifas pada Primipara dan Multipara. Jurnal Keperawatan Indonesia. 14(2):95-100.

Varney,Helen, dkk. 2003.Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4.Jakarta :EGC

Lampiran

Kuesioner EPDS
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Nama : _____
Tanggal Lahir : _____
Tanggal Kelahiran bayi : _____
Alamat : _____
No. Telepon : _____

Sebagaimana kehamilan atau proses persalinan yang baru saja anda alami, kami ingin mengetahui bagaimana perasaan anda saat ini. Mohon memilih jawaban yang paling mendekati keadaan perasaan anda **DALAM 7 HARI TERAKHIR**, bukan hanya perasaan anda hari ini.

Dibawah ini ialah contoh pertanyaan yang telah disertai oleh jawabannya.

Saya merasa Bahagia:

- Ya, Setiap Saat
- Ya, Hampir setiap saat**
- Tidak, tidak terlalu Sering
- Tidak pernah sama sekali

Artinya jawaban diatas ialah: "saya merasa bahagia di hampir setiap saat : dalam satu minggu terakhir ini.

Mohon dilengkapi pertanyaan lain dibawah ini dengan cara yang sama dengan memberi tanda \surd pada kotak sebelah kiri yang sesuai.

Dalam 7 hari terakhir:

1. Saya mampu teratawa dan merasakan hal hal yang menyenangkan
 - Sebanyak yang saya bisa
 - Tidak terlalu banyak
 - Tidak banyak
 - Tidak sama sekali

2. Saya melihat segala sesuatu nya kedepan sangat menyenangkan
 - Sebanyak sebelumnya
 - Agak sedikit kurang dibandingkan dengan sebelumnya
 - Kurang dibandingkan sebelumnya
 - Tidak sama sekali

3. * Saya menyalahkan diri saya sendiri saat sesuatu terjadi tidak sebagai mana mestinya
- Ya, setiap saat
 - Ya, kadang kadang
 - Tidak terlalu sering
 - Tidak pernah sama sekali
4. Saya merasa cemas atau merasa hawatir tanpa alasan yang jelas
- Tidak pernah sama sekali
 - Jarang jarang
 - Ya, kadang kadang
 - Ya, sering sekali
5. Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang jelas
- Ya, cukup sering
 - Ya, kadang kadang
 - Tidak terlalu sering
 - Tidak pernah sama sekali
6. * Segala ssuatunya terasa sulit untuk dikerjakan
- Ya, hampir setiap saat saya tidak mampu menanganinya
 - Ya, kadang kadang saya tidak mampu menangani seperti biasanya
 - Tidak terlalu, sebagian besar berhasil saya tangani
 - Tidak pernah, saya mampu mengerjakan segala sesuatu dengan baik
7. * Saya merasa tidak bahagia sehingga mengalami kesulitan untuk tidur
- Ya, setiap saat
 - Ya, kadang kadang
 - Tidak terlalu sering
 - Tidak pernah sama sekali
8. * Saya merasa sedih dan merasa diri saya menyedihkan
- Ya, setiap saat
 - Ya, cukup sering
 - Tidak terlalu sering
 - Tidak pernah sama sekali
9. * Saya merasa tidak bahagia sehingga menyebabkan saya menangis
- Ya, setiap saat
 - Ya, cukup sering
 - Disaat tertentu saja
 - Tidak pernah sama sekali
10. * Muncul pikiran untuk menyakiti diri saya sendiri
- Ya, cukup sering
 - Kadang kadang

- Jarang sekali
- Tidak pernah sama sekali

Diperiksa/ditelaah oleh : _____

Tanggal : _____

ISBN 978-623-5685-00-7



9 786235 685007