

# **SKRINING EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS) PADA POST PARTUM BLUES**

**Harry Kurniawan Gondo**  
**Bagian Obstetri & Ginekologi**  
**Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma Surabaya**

## **I. PENDAHULUAN**

Kelainan psikiatri umum terjadi pada wanita hamil dan pasca bersalin, namun sering tidak terdiagnosis dan tertangani. Sekitar satu dari empat wanita hamil dan pasca bersalin mungkin mengalami gangguan psikiatri namun mayoritas pasien tersebut tidak mendapatkan penanganan adekuat sebagai bagian dari pelayanan obstetri. Kelainan depresi umum terjadi pada kehamilan, mempengaruhi 9-23% masa antepartum, dan 12-16% masa postpartum. Dari kejadian tersebut 3-11% mengalami bentuk paling berat dari depresi, kelainan depresi mayor.<sup>1</sup>

Ada 3 bentuk kelainan psikiatri pasca persalinan: 1. *Postpartum blues*, 2. Depresi pasca persalinan, 3. Psikosis pasca persalinan. Pelaporan prevalensi kejadian postpartum blues bervariasi diseluruh dunia. Prevalensi postpartum blues di Tanzania sebanyak 80% sementara di Jepang 8%. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kriteria diagnosis dan metodologi penelitian yang berbeda pada masing-masing penelitian. Di Asia, prevalensi terjadinya depresi pasca persalinan antara 3,5% hingga 63,3% dimana Malaysia dan Pakistan menjadi peringkat yang terendah dan tertinggi. Psikosis pasca persalinan sudah dikenal sejak jaman Hipokrates, kejadian ini relatif jarang. Meskipun angka kejadiannya 1 – 4 per 1000 kelahiran, psikosis pasca persalinan merupakan salah satu kasus kegawatdaruratan dibidang obstetri.<sup>2-4</sup>

## **II. DEFINISI**

Definisi depresi pasca persalinan (DPP) terdapat dalam 2 sistem diagnosis yang tersedia, yaitu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IVTR; APA, 2000)* dan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10; WHO, 2007)*. The DSM IV-TR mengategorikan DPP sebagai suatu kelainan depresi mayor akibat pasca bersalin dan terdapat tanda-tanda bahwa gejala depresi timbul dalam jangka waktu 1 minggu pasca persalinan. Menurut ICD-10, DPP ialah kelainan ringan dari mental dan yang timbul dalam waktu 6 minggu pasca persalinan. Namun beberapa

penelitian mendapatkan kejadian DPP pasca persalinan lebih dari 1 bulan. *Marcé Society*, suatu organisasi internasional yang mendedikasikan diri untuk melakukan penelitian mengenai kelainan psikiatri pasca persalinan, mendefinisikan penyakit psikiatri pasca persalinan sebagai suatu episode yang terjadi dalam satu tahun setelah kelahiran bayi.<sup>3-8</sup>

### **III. KLASIFIKASI**

Depresi pasca persalinan dibagi menjadi 3, yaitu : 1. *Postpartum blues*, 2. Depresi pasca persalinan, 3. Psikosis pasca persalinan. Karena ketiga-nya memiliki gejala yang saling tumpang tindih, belum jelas apakah kelainan tersebut merupakan kelainan yang terpisah, lebih mudah dipahami seandainya ketiganya dianggap sebagai suatu kejadian yang berkesinambungan.<sup>9-10</sup>

#### **Postpartum Blues**

*Postpartum blues* ialah keadaan transien dari peningkatan reaktifitas emosional yang dialami oleh separuh dari wanita dalam jangka waktu satu minggu pasca persalinan. Gejala klinis jelas terlihat dari hari ke 3 hingga hari ke 5, kemudian menghilang dalam beberapa jam hingga beberapa hari kemudian.<sup>10-12</sup>

#### **Depresi pasca persalinan**

Untuk mencapai Kriteria depresi pasca persalinan, harus ditemukan gejala klasik depresi setidaknya selama 2 minggu. Sebagai tambahan, gejala gangguan tidur, gangguan nafsu makan, kehilangan tenaga, perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah, kehilangan konsentrasi, dan pikiran tentang bunuh diri.<sup>4,5,12</sup>

#### **Psikosis pasca persalinan**

Psikosis pasca persalinan merupakan bentuk terburuk dari kelainan psikiatri pasca persalinan. Onset terjadi pada minggu ke 2 hingga 4 pasca persalinan. Psikosis. Gejala klinis psikosis postpartum terdiri dari kebingungan, mood swing, delusi, halusinasi, paranoid, perilaku tidak terorganisir, gangguan penilaian, dan gangguan fungsi. Psikosis pasca persalinan pada umumnya merupakan gangguan bipolar namun bisa merupakan perburukan dari gangguan depresi mayor.<sup>5,11,12</sup>

### **IV. ETIOLOGI**

Etiologi depresi pasca persalinan belum diketahui secara pasti. Beberapa teori menawarkan etiologi depresi pasca persalinan berasal dari perspektif biologi maupun psikologi. Sudut pandang biologi memandang perubahan fisiologis selama kehamilan/ pasca

persalinan dan menduga bahwa gangguan depresi berasal dari; defisiensi nutrisi dan/atau gangguan keseimbangan metabolisme, anemia defisiensi besi, sensitifitas terhadap fluktuasi dan penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron, termasuk fluktuasi dari hormone gonad dan kadar hormon steroid neuroaktif lainnya yang mengalami fluktuasi setelah persalinan, perubahan kadar sitokin, dan *hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis* dan perubahan kadar asam lemak, oksitosin, dan arginin-vasopressin. Keterlibatan system serotonin didasari oleh laporan adanya perubahan dari *platelet serotonin transporter binding* dan penurunan *postsynaptic serotonin-1A receptor binding* pada cingulate anterior dan kortikal mesiotemporal. Penurunan kadar progesteron pada awal pasca persalinan mengakibatkan terjadinya insomnia. Pada bulan pertama masa nifas, penurunan kualitas tidur dan peningkatan gelombang pendek tidur dilaporkan. Perubahan hormon dan pola tidur dapat berperan dalam terjadinya dan sebagai faktor dari depresi pasca persalinan.<sup>5,11-18</sup>

### **Hubungan perubahan hormonal pada masa nifas dengan depresi pasca persalinan**

Selama kehamilan, kadar estrogen (estradiol, estriol, dan estron) dan progesteron meningkat akibat dari plasenta yang memproduksi hormon tersebut. Akibat dari kelahiran plasenta saat persalinan, kadar estrogen dan progesteron menurun tajam, mencapai kadar sebelum kehamilan pada hari ke 5. Kadar dari beta-endorfin, *human chorionic gonadotropin* (HCG), dan kortisol yang meningkat saat kehamilan dan mencapai kadar maksimal saat menjelang aterm juga mengalami penurunan saat persalinan. Kadar estrogen yang tinggi selama kehamilan merangsang produksi dari *thyroid hormone-binding globulin*, mengikat T3 (*triiodothyronine*) dan T4 (*thyroxine*), sehingga kadar T3 dan T4 bebas menurun. Sebagai konsekuensinya, thyroid-stimulating hormone (TSH) meningkat untuk mengkompensasi rendahnya kadar hormon tiroid bebas, sehingga kadar T3 dan T4 bebas tetap normal. Dengan menurunnya kadar thyroid hormone-binding globulin setelah persalinan, kadar total T3 dan T4 menurun, sedangkan kadar T3 dan T4 bebas relatif konstan.<sup>17,18</sup>

Estradiol dan estriol merupakan bentuk aktif dari estrogen yang dibentuk oleh plasenta, dan meningkat selama kehamilan 100 dan 1000 kali lipat. Akibat sintesis estradiol berasal dari aktifitas metabolisme hati janin, konsentrasi saat kehamilan sangat tinggi. Berdasarkan percobaan pada hewan, estradiol menguatkan fungsi neurotransmitter melalui peningkatan sintesis dan mengurangi pemecahan serotonin, sehingga secara teoritis penurunan kadar estradiol akibat persalinan berperan dalam menyebabkan depresi pasca persalinan. Namun suatu penelitian menyatakan bahwa tidak ada perbedaan berarti dari

perubahan estradiol atau free estriol saat kehamilan tua dan nifas pada wanita depresi dan tidak depresi.<sup>19</sup>

Kadar prolaktin meningkat selama kehamilan, mencapai puncaknya saat persalinan, dan pada wanita yang tidak menyusui kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam 3 minggu pasca persalinan. Dengan pelepasan oksitosin, hormon yang merangsang sel lactotropik di hipofisis anterior, pemberian ASI mempertahankan kadar prolaktin tetap tinggi. Namun pada wanita menyusui sekalipun, kadar prolaktin tetap akan kembali seperti sebelum hamil. Prolaktin diduga memiliki peran dalam terjadinya perasaan cemas, depresi, dan sifat kasar pada wanita tidak hamil dengan hiperprolaktinemia.<sup>20</sup>

### **Peran axis HPA dalam terjadinya depresi pasca persalinan**

Perubahan dramatis pada axis HPA terjadi selama kehamilan sebagai akibat perubahan dari kadar progesteron dan estrogen. *Corticotrophin releasing hormone* (CRH) diproduksi oleh trofoblas, *fetal membran* dan desidua, di regulasi oleh steroid, berkurang kadarnya karena pengaruh progesteron, dan berlawanan dengan umpan balik pada hipotalamus, kadar CRH plasenta meningkat karena pengaruh glukokortikoid. CRH plasenta selanjutnya diregulasi (seperti di hipotalamus) oleh vasopressin, norepinefrin, angiotensin II, prostaglandin, neuropeptida Y, dan oksitosin. Pelepasan CRH dirangsang oleh *activin* dan *interleukin*, dan dihambat oleh inhibin dan nitrit oksida. Peningkatan progresif kadar CRH maternal selama kehamilan akibat sekresi CRH intrauterin kedalam sirkulasi maternal. Kadar tertinggi ditemukan selama persalinan. Kadar CRH maternal meningkat selama kehamilan dalam keadaan stress, preeklampsia, dan persalinan preterm.<sup>10,17-19</sup>

Protein pengikat untuk CRH terdapat pada sirkulasi manusia, dan diproduksi di plasenta, fetal membran dan desidua. Kadar protein pengikat pada sirkulasi maternal selama kehamilan tidak berbeda dengan saat tidak hamil, sedikit meningkat pada usia kehamilan 35 minggu dan menurun drastic hingga aterm.. Placental CRH dan maternal CRH merangsang hipofisis anterior untuk meningkatkan ACTH, sehingga merangsang sekresi maternal kortisol dari korteks adrenal. Maternal plasma CRH berbanding lurus dengan kadar ACTH dan kortisol, yang juga berkorelasi dengan CRH, sehingga terjadi hipercortisolisme pada kehamilan.<sup>10,20</sup>

Peningkatan glukokortikoid menginisiasikan umpan balik negative pada axis HPA, menghambat pelepasan maternal CRH, namun kortisol yang dilepaskan oleh korteks adrenal memiliki efek umpan balik positif dengan CRH plasenta, sehingga merangsang sekresi hipofisis ACTH dan kortisol. Kadar kortisol mencapai puncaknya pada usia kehamilan 34-36

minggu, dan berhubungan dengan maturasi paru janin akibat hipertrofi korteks adrenal. Pasca persalinan, kadar kortisol kembali normal pada hari ke 4-5. Sistem CRH sangat berperan dalam terjadinya depresi. Distribusi saraf CRH yang sangat luas. Ia menjadi regulasi utama dalam sistem otonom, endokrin, imunitas, dan respon perilaku terhadap stressor. Peningkatan kadar CRH dapat menyebabkan terjadinya depresi.<sup>10,20-25</sup>

Akibat pelepasan plasenta pada persalinan, kadar progesteron, estrogen dan CRH berkurang drastis, mencapai kadar seperti sebelum hamil pada hari ke 5 pasca persalinan. Kadar kortisol juga berkurang drastis pasca persalinan, namun korteks adrenal yang mengalami hipertrofi kembali seperti sebelum hamil pada hari ke 5 pasca persalinan. Diduga terdapat sensitifitas yang berbeda pada setiap wanita sehingga perubahan hormon yang terjadi pada saat kehamilan dan pasca persalinan menyebabkan terjadinya depresi pasca persalinan. Serotonin (5HT, *5-hidroxy-tryptofan*) berasal dari asam amino triptofan, yang bisa didapatkan dari makanan. Oleh enzim triptofan hidroksilase, ia diubah menjadi 5 HT. Serotonin berperan dalam menghambat sekresi CRH. Saat neuro-transmitter serotonin terganggu, maka kadar CRH meningkat sehingga menyebabkan terjadinya depresi.<sup>5,10,18-23</sup>

## **V. FAKTOR RISIKO**

Lebih dari 70 faktor risiko dilaporkan sebagai penyebab depresi pasca persalinan. Faktor risiko ini dikelompokkan menjadi beberapa *cluster*, yaitu :<sup>12,18,20</sup>

1. Faktor demografi
2. Faktor psikososial
3. Riwayat gangguan afektif
4. Gejala depresi saat kehamilan
5. Perubahan hormon

### **Faktor demografi**

Beberapa kelompok telah melakukan penelitian tentang beberapa variabel demografis yang berhubungan dengan kejadian depresi pasca persalinan yaitu: usia, status pernikahan, paritas, tingkat pendidikan, dan status sosial ekonomi. Beberapa penelitian menyatakan hubungan antara faktor demografis tersebut dengan depresi pasca persalinan sangat lemah namun suatu review penelitian faktor demografi sebagai risiko terjadinya depresi pasca persalinan di asia menunjukkan hubungan yang kuat. Faktor ekonomi, tradisi lokal, jenis kelamin bayi menjadi faktor risiko utama.<sup>4,23-26</sup>

### **Faktor psikososial**

Kegagalan dalam pernikahan, dukungan keluarga yang kurang menjadi faktor yang konstan. Hubungan dengan yang buruk dengan suami dan mertua, kekerasan dalam rumah. Di beberapa Negara di Asia dimana laki-laki lebih dominan dalam keluarga, mertua yang mengatur rumah tangga, pembatasan aktifitas pasca persalinan, pertolongan persalinan menggunakan tenaga tradisional, meningkatkan kejadian depresi pasca persalinan.<sup>23-28</sup>

### **Riwayat gangguan afektif**

Ada hubungan yang sangat kuat antara riwayat gangguan afektif dengan kejadian depresi pasca persalinan. Beberapa penelitian menunjukkan menstruasi bahwa riwayat depresi pasca persalinan pada kehamilan sebelumnya, gangguan mood saat menstruasi, gangguan afektif dalam keluarga, gangguan depresi mayor sebelumnya merupakan faktor risiko tinggi untuk terjadinya depresi pasca persalinan. Di Asia riwayat gangguan afektif menempati urutan pertama sebagai faktor risiko.<sup>3,24-28</sup>

### **Gejala depresi saat kehamilan**

Depresi antenatal terjadi sebelum konsepsi atau saat kehamilan, yang ditandai oleh anhedonia dan gejala depresi berupa rasa bersalah, gangguan nafsu makan, gangguan tidur, gangguan konsentrasi dan keinginan untuk bunuh diri, yang menetap setidaknya 2 minggu. Beberapa literatur dan penelitian menunjukkan bahwa depresi saat kehamilan dapat berkembang menjadi depresi pasca persalinan.<sup>3,26,27,28</sup>

### **Perubahan hormon**

Perubahan hormon saat kehamilan dan pasca persalinan diduga menjadi penyebab terjadinya depresi pasca persalinan. Pengukuran kadar CRH-BP pada pertengahan kehamilan menjadi salah satu prediktor depresi pasca persalinan. Satu penelitian juga menyatakan bahwa perubahan sensitivitas yang berbeda pada masing-masing orang terhadap perubahan hormonal yang terjadi saat kehamilan dan persalinan menyebabkan terjadinya depresi pasca persalinan.<sup>29,30</sup>

## **VI. EFEK DEPRESI PASCA PERSALINAN TERHADAP IBU DAN ANAK**

Depresi pasca persalinan memiliki efek jangka pendek dan efek jangka panjang bagi anak. Jika tidak mendapatkan penanganan serius, komplikasi yang ditimbulkan bisa terjadi dari usia dini hingga dewasa. Beberapa penyakit seperti hipertensi, penyakit jantung koroner, hiperkolesterolemia, gangguan keseimbangan glukosa, dan *non insulin dependent diabetes mellitus* (NIDDM) merupakan penyakit yang diduga timbul akibat gangguan saat masa fetal. Salah satu penyebab timbulnya penyakit dewasa yang berasal dari fetal (*fetal origin of adult disorder*; teori Barker) ialah keturunan dari ibu yang mengalami depresi baik antenatal

maupun pasca persalinan. Keturunan dari ibu yang mengalami depresi pasca persalinan juga berpotensi untuk mengalami kelainan psikiatri jangka panjang.<sup>21-34</sup>

Efek untuk ibu yang mengalami depresi pasca persalinan bervariasi. Dalam perjalanannya depresi pasca persalinan dapat membaik, namun dapat mengalami perburukan menjadi kelainan depresi mayor. Walaupun jarang terjadi depresi pasca persalinan dapat berkembang menjadi psikosis pasca persalinan yang terburuk dari komplikasi ini ialah bunuh diri dan pembunuhan atas anak sendiri.<sup>1-5,6-8</sup>

## **VII. PENATALAKSANAAN DEPRESI PASCA PERSALINAN**

Semua pasien depresi harus mendapatkan terapi berupa psikoterapi, farmakoterapi dan beberapa memerlukan terapi fisik. jenis terapi bergantung dari diagnosis, berat penyakit, dan respon terhadap terapi sebelumnya.

### **Psikoterapi**

Psikoterapi interpersonal, suatu terapi jangka pendek, merupakan terapi dengan sasaran masalah interpersonal seperti perubahan peran dalam rumah tangga, memperbaiki hubungan dalam pernikahan, dukungan sosial dan stres kehidupan. Bentuk dari psikoterapi ini berupa konseling baik kelompok maupun individu yang dipimpin oleh profesional dibidang kesehatan jiwa. Bagi wanita yang menyusui dapat memilih terapi ini dibandingkan terapi medikamentosa dalam penanganan depresi pasca persalinan yang ringan. Hambatan dari terapi ini ialah kesan mendapatkan cap negatif akibat melakukan konseling, kurangnya terapis yang terlatih untuk memberikan psikoterapi, mengatur waktu terapi, dan biaya.<sup>4-8,23-28</sup>

### **Antidepresi**

Depresi pasca persalinan yang berat merupakan indikasi untuk pemberian antidepresi. SSRI merupakan regimen obat pilihan yang dapat mulai diberikan. Dalam pemberian obat antidepresi, pemantauan dilakukan bersama ahli psikiatri. Jika gejala depresi mulai membaik selama 6 minggu pemberian, pengobatan sebaiknya diteruskan paling sedikit selama 6 bulan untuk mencegah relaps, dilakukan *tapering off* dan penghentian obat dalam jangka waktu 2-4 minggu setelah pemberian *full course*. Harus dipertimbangkan keuntungan dan kerugian dalam pemberian obat antidepresi karena obat anti depresi dalam hal ini SRSI, diekskresi sebagian kecil melalui ASI, dan dapat memberikan efek samping pada bayi.<sup>4, 11-13</sup>

### **Terapi lain**

Terapi elektrokonvulsive (ECT) merupakan metode penatalaksanaan wanita dengan depresi mayor pasca persalinan yang tidak memberikan respon terhadap terapi farmakologi,

walaupun efek terapi dari ECT 78% efektif, namun efek samping ECT terhadap ibu dan janin tidak bisa dibilang. Pemberian estradiol merupakan salah satu metode penanganan depresi pasca persalinan. Walaupun beberapa penelitian menunjukkan manfaat estrogen, pemberiannya bukannya tanpa risiko. Pemberian estrogen pada pasca persalinan berhubungan dengan penurunan produksi ASI dan peningkatan kejadian tromboemboli.<sup>4,12,18,22-24</sup>

## **VIII. TEKNIK SKRINING EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE**

*Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)* ialah salah satu metode untuk mendeteksi depresi pasca persalinan. Walaupun tidak umum, EPDS dapat dengan mudah digunakan selama 6 minggu pasca persalinan. EPDS berupa kuisisioner yang terdiri dari 10 pertanyaan mengenai bagaimana perasaan pasien dalam satu minggu terakhir.<sup>10-14</sup>

### **Cara penilaian EPDS**

1. 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

2. Pertanyaan 3,5 sampai dengan 10

Merupakan penilaian terbalik, dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 3 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 0

3. Pertanyaan 10 merupakan pertanyaan yang menunjukkan keinginan bunuh diri.

4. Nilai maksimal : 30

5. Kemungkinan depresi: nilai 10 atau lebih

### **Cara pengisian EPDS**

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.

### **Keuntungan EPDS<sup>28-30</sup>**

1. Mudah dihitung (oleh perawat, bidan, petugas kesehatan lain)

2. Sederhana



3. Cepat dikerjakan ( membutuhkan waktu 5-10 menit bagi ibu untuk menyelesaikan EPDS)
4. Mendeteksi dini terhadap adanya depresi pasca persalinan
5. Lebih diterima oleh pasien
6. Tidak memerlukan biaya

**Kekurangan EPDS<sup>30-33</sup>**

1. Tidak bisa mendiagnosis depresi pasca persalinan
2. Tidak bisa mengetahui penyebab dari depresi pasca persalinan
3. Belum divalidasi di Indonesia

Para ibu yang memiliki skor diatas 10 sepertinya menderita suatu depresi dengan tingkat keparahan yang bervariasi. Skala ini menunjukkan perasaan sang ibu dalam 1 minggu terakhir. Khusus untuk 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. 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. EPDS yang dilakukan pada minggu pertama pada wanita yang tidak menunjukkan gejala depresi dapat memprediksi kemungkinan terjadinya depresi pasca persalinan pada minggu ke 4 dan 8. EPDS tidak dapat mendeteksi kelainan neurosis, phobia, kecemasan, atau kepribadian, namun dapat dilakukan sebagai alat untuk mendeteksi adanya kemungkinan depresi antepartum. Sensitifitas dan spesifisitas EPDS sangat baik. Dengan menggunakan *cut of point*  $\geq 10$  dari total 30, didapatkan nilai sensitifitas 64% dan spesifisitas 85% dalam mendeteksi adanya depresi.<sup>28-35</sup>

**Tabel : EPDS**

<b><i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i></b>	
Nama: _____	Alamat: _____
Tanggal Lahir: _____	_____
Tanggal kelahiran Bayi: _____	No. Telepon: _____
<p>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 <b>DALAM 7 HARI TERAKHIR</b>, bukan hanya perasaan anda hari ini.</p>	

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

Arti 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.

Dalam 7 hari terakhir:

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 sesuatunya kedepan sangat menyenangkan
  - Sebanyak sebelumnya
  - Agak sedikit kurang dibandingkan dengan sebelumnya
  - Kurang dibandingkan dengan sebelumnya
  - Tidak pernah sama sekali
3. \* Saya menyalahkan diri saya sendiri saat sesuatu terjadi tidak sebagaimana mestinya
  - Ya, setiap saat
  - Ya, kadang-kadang
  - Tidak terlalu sering
  - Tidak pernah sama sekali
4. Saya merasa cemas atau merasa kuatir tanpa alasan yang jelas
  - Tidaak 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 sesuatunya 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: \_\_\_\_\_

## DAFTAR PUSTAKA

1. Linda LM, Melville JL. Psychiatric Problems During Pregnancy and the Puerperium. In: Clinical Obstetrics The Fetus & Mother. 3<sup>rd</sup> ed. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2007:1022-34
2. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreatsas G, Christodoulou GN. Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 2007; 99: 107–115
3. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 2009: 1355-73
4. O'Hara MW, Segre LS. Psychologic Disorders of Pregnancy and the Postpartum Period. In : Danforth's Obstetrics and Gynecology 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 504-16
5. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum Depression. [www.AJOG.org](http://www.AJOG.org), 2009; April: 357-64
6. Neurologic and Psyciathric Disorder. In: Cunningham FG, Lenovo KJ, eds. Williams Obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. McGraw-Hill Co, 2010:
7. Cohen LS, Nonacs RM. Postpartum Mood Disorder. In Mood and Anxiety Disorder During Pregnancy and Postpartum. Review of Psychiatry Vol. 24, Arlington: American Psychiatric Publishing, 2005:77-96
8. Appleby L. Suicide During Pregnancy and in the First Postnatal Year. *British Medical Journal*. 1991; 302: 137-40
9. Cliffe S, Black D, Bryant J, Sullivan E. Maternal Deaths in New South Wales, Australia: a data linkage project. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008; 48:255-60
10. Spinelli MG. Maternal Infanticide Associated With Mental Iillness: Prevention and the Promise of Saved Lives. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1548-57
9. Magowan B. Psychiatric Problems In The Puerperium. In: Magowan B, ed. Churchill's Pocket Book of Obstetrics Gynecology. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005: 196-97
10. Stone SD, Menken AE. Perinatal Mood Disorder: an Introduction. In Perinatal and Postpartum mood disorder: Perspectives and Treatment guide for Health Care Practitioner. Springer Publishing Company, 2008
11. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington. DC. American Psychiatric Association, 2000
12. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal Depression: a Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstet Gynecol*, 2005;106:1071-83
13. Yamashita H, Yoshida K, Nakano K, Tashiro K. Postnatal depression in Japanese Women Detecting the early onset of postnatal depression by closely Monitoring the Postpartum Mood. In: *Journal of Affective Disorders* 2000; 58: 145-54
14. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal Risk Factors For Postnatal Depression: a Large Prospective Study. *J Affect Disord*, 2008; 108: 147-57
15. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depression. *Am J Psychiatry*, 2000; 157: 924-30
16. Leigh B, Milgrom J. Risk Factor For Postpartum Derpession, Antenatal Depression, and Parenting Stress. *BMC Psychiatry*. Vol 8. 2008; 24: 1-11

17. Newport DJ, Owens MJ, Knight DL, et al. Alterations in Platelet Serotonin Transporter Binding in Women with Postpartum Onset Major Depression. *J Psychiatry Res* 2004; 38: 467-73
18. Moses-Kolko EL, Wisner KL, Price JC, et al. Serotonin 1A Receptor Reductions in Postpartum Depression: a Positron Emission Tomography Study. *Fertil Steril* 2008; 89: 685-92
19. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum Depression. *New England Journal Of Medicine*. Vol 347.2002; 2: 194-99
20. Speroff L, Fritz MA. Protein Hormone on Pregnancy in: *Clinical Gynecologic, Endocrinology and Infertility*. 7<sup>th</sup> ed. Lippincot, Williams and Wilkins. 2005; 274-89
- 21.
22. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal Changes in the Postpartum and Implication for Postpartum Depression. *The Academy of Psychosomatic medicine*: 1998; 39: 93-101
23. Abou-Saleh MT, Ghubash M, Karim L, Khrymski M, Bhai I. Hormonal Aspect of Postpartum Depression. *Psychoneuroendocrinology*, Vol. 23, 1998; 5: 465–75
24. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al: Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Psychological, Environmental, and Hormonal Variables. *J Abnorm Psychol*, 1991; 100: 63–73
25. Bloch M, Rotenberg N, koren D, Klein E. Risk Factors Associated With the Development of Postpartum Mood Disorder. *Journal of Affective Disorders* 2005; 88: 9-18
26. Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, Tashiro N. Postnatal Depression in Japanese Women Detecting the Early Onset of Postnatal Depression by Closely Monitoring the Postpartum Mood. *Journal of Affective Disorders* 2000; 58: 145-54
27. Dennis CL. Psychosocial and Psychological Interventions For Prevention of Postnatal Depression: systematic review. *British Medical journal*. 2005; 331: 1-8
28. Beck CT. Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *JOGNN*. 2002; 31: 394-402
29. Yim IS, et al. Risk of Postpartum Depressive Symptoms With Elevated Corticotropin-Releasing Hormone in Human Pregnancy. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(2): 162-169
30. Bloch M, Rotenberg N, koren D, Klein E. Risk Factors For Early Postpartum Depressive Symptoms. *General Hospital Psychiatry*. 2006; 28: 3-8
31. Dennis CL, Can We Identify Mothers at Risk For Postpartum Depression in the Immediate Postpartum Period Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders*. 2004; 78: 163-169
32. Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150:782-786
33. Halbreich U. The Association Between Pregnancy Processes, Preterm Delivery, Low Birth weight, and Postpartum depressions-The Need For Interdisciplinary Integration. *AJOG*. 2005; 193: 1312-22
34. Perfetti J, Clark L, Fillmore CM. Postpartum depression: Identification, Screening, and Treatment. *Wisconsin Medical Journal*. 2004; 103(6): 56-63

35. Gaynes BN. et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Agency for Healthcare Research and Quality.2005 (AHRQ Publication No. 05-E006-2): p. 1-101

*Reviewer*  
**Prof. Dr. dr. Ketut Suwiyoga, Sp. OG.(K)**