

Post-Partum Depression: A Literature Review

Fathimah Nur Alami^{1*}, Nyoman Ayu Anindya Maharani¹, Ananda Amirah Balqis¹, Falira Khoirunnisa Az-Zahra¹, Lu'lu Al-Fatina Zahira¹, I Made Gyanendra Nanda Tresna¹, I Komang Satya Vaidika¹, Emmy Amalia²

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Mataram, Mataram, Nusa Tenggara Barat, Indonesia;

²Staf Pengajar Bagian Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Mataram, Mataram, Nusa Tenggara Barat, Indonesia;

Article History

Received : October 20th, 2024

Revised : November 10th, 2024

Accepted : November 28th, 2024

*Corresponding Author:

Fathimah Nur Alami, Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Mataram, Mataram, Nusa Tenggara Barat, Indonesia; Email:

fathimahalami@gmail.com

Abstract: Post-partum depression (PPD) is a depressive episode that lasts up to four weeks after childbirth. Depression in mothers can affect various aspects of life, such as work, family, spouse, and children. There is a high incidence of suicidal thoughts in mothers who experience PPD, contributing significantly to maternal mortality rate. Understanding more about DPP is the main focus of this paper. This article utilizes a literature review method that collects sources from PubMed, Google Scholar, and Science Direct. This literature review explores various aspects of PPD including epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, diagnosis and treatment. Various physiological changes in the mother's body before and after childbirth increases the mother's vulnerabilities to mood disorders. The mechanisms of PPD involve various pathways, both external and internal. Internal factors include a decrease in certain hormones and neurotransmitters, a history of mental health disorders, and genetic predispositions. External factors include anxiety, external pressures, and lack of social support. The diagnosis of PPD can be established using the DSM-V and ICD-10 criteria. Treatment for PPD can involve both non-pharmacological and pharmacological therapies. PPD is a serious mental condition that causes various negative effects for both the mother and her family. The dysregulation of neuro-hormonal pathways is the primary mechanism in the pathogenesis of PPD. Effective diagnosis and appropriate treatment approaches are crucial in the management of PPD.

Keywords: Mood disorder, postpartum depression, pregnancy, pathogenesis.

Pendahuluan

Periode setelah persalinan menjadi fase transisi yang menantang bagi ibu. Pada fase transisi tersebut terjadi berbagai perubahan fisiologis pada tubuh ibu yang selanjutnya menyebabkan seorang ibu rentan terhadap gangguan mood, salah satunya depresi (Shorey *et al.*, 2018). *Depresi Post-partum* (DPP) terjadi pada 6,5% sampai 20% wanita di dunia (Carlson *et al.*, 2024). Insidensi DPP di Asia berkisar 26-85%, sedangkan insidensi DPP di

Indonesia sekitar 50%-70% (Mustofa *et al.*, 2021).

Depresi pada ibu merupakan masalah mental paling serius yang dihadapi wanita. Hal ini dapat mempengaruhi kehidupan sosial terhadap pekerjaan, keluarga, pasangan dan anak (Makkar, 2018). Apabila tidak segera diobati, depresi pada ibu dapat menyebabkan depresi kronis dan berisiko menyebabkan depresi berat di masa depan. DPP ini juga dapat menjadi faktor pencetus depresi pada ayah. Depresi pada ibu dapat mengganggu hubungan ibu dan anak, menghasilkan perilaku,

emosional, kognitif, dan kesehatan yang buruk pada bayi dan anak berupa masalah tidur, kesulitan makan, tangisan yang berlebihan, gangguan berbahasa, dan gangguan perhatian/*hyperactivity disorder* (ADHD) (Carlson et al., 2024).

Saat jangka panjang, hal ini dapat menyebabkan masalah psikologis dua kali lebih berat apabila dibandingkan dengan ibu tanpa DPP (Morikawa et al., 2015; Carlson et al., 2024). Selain itu, hal ini juga dapat berpengaruh kepada ibu yang mengarah untuk melukai dirinya sendiri bahkan bunuh diri (Makkar, 2018). Oleh sebab itu, menjadi hal yang penting untuk mempelajari hal terkini mengenai DPP. Tujuan dari tinjauan pustaka ini adalah untuk mengetahui lebih dalam mengenai DPP dan meningkatkan kepedulian sosial terhadap DPP.

Bahan dan Metode

Tinjauan pustaka ini menggunakan berbagai jenis sumber kepustakaan seperti jurnal ilmiah, buku, dan pedoman lembaga kesehatan. Penyusunan tinjauan ini melalui proses penelusuran, pengumpulan, dan analisis berbagai sumber kepustakaan dari database *PubMed*, *Google scholar*, dan *Science Direct*. Kata kunci yang digunakan adalah “*postpartum depression*”, “*pregnancy*”, “*pathogenesis*” dan “*treatment*”. Untuk menyaring hasil penelusuran, digunakan kriteria inklusi sebagai berikut: (1) Sumber bacaan yang dipublikasikan dalam kurun waktu 2013-2024, (2) memiliki bahasan yang relevan terhadap topik tinjauan yang ditulis, dan (3) menggunakan bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Sedangkan, kriteria eksklusi yang digunakan yaitu: (1) artikel yang tidak tersedia dalam bentuk dokumen lengkap, dan (2) artikel non-ilmiah ataupun opini.

Hasil dan Pembahasan

Definisi

Depresi post-partum (DPP) menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi 5 (DSM-5) didefinisikan sebagai episode depresi yang terjadi pada permulaan peripartum jika munculnya gangguan mood sudah terjadi selama kehamilan atau depresi yang terjadi dalam waktu 4 minggu setelah melahirkan

(American Psychiatric Association, 2013). Beberapa penelitian lain menunjukkan bahwa DPP dapat terjadi sejak 4 minggu pasca melahirkan, 3 bulan, 6 bulan, hingga 12 bulan atau lebih (Sainuddin et al., 2023). Hampir 80% gejala diawali dengan gangguan emosi beberapa hari pertama setelah melahirkan. Gejala lain yang dapat menyertai berupa penurunan nafsu makan, kurang tidur, dan produktivitas yang menurun. Gejala-gejala tersebut cukup sulit dibedakan dengan gangguan mood pasca melahirkan yang lain (Suryawanshi and Pajai, 2022). Perbandingan gejala antara *baby blues syndrome*, depresi post-partum, dan psikosis post-partum terlampir dalam tabel 1.

Berdasarkan tabel 1, DPP merupakan episode depresi yang bertahan hingga 4 minggu setelah melahirkan. DPP ditandai dengan adanya penurunan mood, perilaku negatif, keinginan untuk bunuh diri, dan dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Tingkat keparahan gejala DPP berada di antara *baby blues syndrome* dan psikosis post-partum. Ibu dengan *baby blues syndrome* ditandai dengan gangguan mood setelah melahirkan yang tidak terlalu mengganggu aktivitas, dan akan mereda satu hingga dua minggu. Sedangkan, psikosis post-partum adalah gangguan mood dan ditemukan adanya tanda-tanda psikosis seperti halusinasi dan waham, serta dapat ditemukan gangguan kognitif (Suryawanshi and Pajai, 2022).

Tabel 1. Perbandingan gejala *baby blues syndrome*, depresi post-partum, dan psikosis post-partum (Suryawanshi and Pajai, 2022)

<i>Baby Blues Syndrome</i>	Depresi Post-partum	Psikosis Post-Partum
Mengenai $\geq 80\%$ ibu	Mengenai sekitar 10-15% ibu	Mengenai 0,1-0,2% ibu
Menangis	Kesedihan yang persisten	Halusinasi pendengaran dan penglihatan Paranoid
Sedih	Konsentrasi menurun	Cemas
Khawatir	Merasa tidak layak dan kecewa	Agitasi
Sensitif	Sensitif Anhedonia/ merasa hampa	Pikiran untuk membunuh atau bunuh diri

Insomnia Labil	Insomnia Hipersomnia Gejala somatik lainnya, <i>bonding</i> yang buruk dengan bayi, berulang kali berpikir untuk bunuh diri	Insomnia Delusi mendapatkan perintah aneh untuk menyakiti bayi
-------------------	--	--

Epidemiologi

Kejadian DPP pada ibu hamil berkisar 17,22% secara global dengan kejadian tertinggi di Afrika Selatan sebesar 39,96% (Wang *et al.*, 2021). Prevalensi DPP pada negara berkembang sebesar 15%, kejadiannya lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara maju yang sebesar 12%. Sebuah kajian sistematis dengan meta-analisis menunjukkan bahwa angka-angka tersebut mengalami peningkatan saat era pandemi Covid-19 (Vilarim *et al.*, 2024).

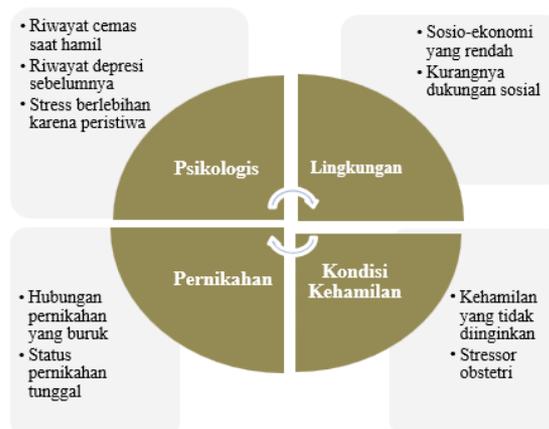
Angka kejadian DPP di regio ASEAN diperkirakan sebesar 22,32%, dengan posisi tertinggi ditempati oleh Thailand. Salah satu studi kohort yang dilakukan di Indonesia menunjukkan prevalensi DPP yang semakin meningkat seiring dengan bertambahnya bulan pasca melahirkan. Sebesar 18% terjadi pada 1 bulan post-partum, 15% pada 2 bulan post-partum, dan 26% pada 3 bulan post-partum (Sainuddin *et al.*, 2023).

Kecenderungan yang tinggi akan pikiran bunuh diri pada ibu dengan DPP berkontribusi secara signifikan terhadap angka mortalitas ibu. Hampir 20% dari kematian pasca persalinan disebabkan oleh bunuh diri. Selain itu, telah terjadi beberapa kasus infantisida yang disebabkan oleh DPP yang parah dan berlangsung lama (Lee *et al.*, 2022). Oleh karena itu, penting untuk memberikan perhatian serius dalam mendeteksi dan melakukan intervensi dini pada ibu yang mengalami DPP guna mencegah kasus-kasus seperti ini terjadi.

Etiologi

Penyebab pasti dari DPP masih belum diketahui. Sejauh ini ada beberapa teori yang menjelaskan terkait penyebab DPP. Teori pertama menjelaskan bahwa adanya disregulasi hormon stress saat melahirkan sebagai akibat dari penurunan secara mendadak hormon-hormon kehamilan. Teori lainnya mengatakan

bahwa adanya kerentanan gen dan hormon-hormon yang kemudian dapat mencetuskan stress (Suryawanshi and Pajai, 2022).



Gambar 1. Faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian DPP (Suryawanshi and Pajai, 2022)

Beberapa faktor risiko turut mempengaruhi terjadinya DPP. Diketahui faktor risiko yang berhubungan kuat dengan DPP meliputi riwayat cemas saat hamil, riwayat depresi sebelumnya, stress berlebihan yang berkaitan dengan kejadian tertentu, hubungan pernikahan yang buruk, kurangnya dukungan sosial, dan rendahnya harga diri. Selanjutnya, status sosio-ekonomi yang rendah, status pernikahan tunggal, kehamilan yang tidak diinginkan, dan stressor obstetri dilaporkan memiliki hubungan yang lebih lemah dengan kejadian DPP. Selain itu, keadaan ibu saat hamil dan melahirkan turut berperan dalam faktor risiko DPP, seperti kelahiran prematur, dirawat di rumah sakit, persalinan sectio-caesarea, preeklamsia, dan penurunan kesehatan bayi (Suryawanshi and Pajai, 2022).

Patofisiologi

Patofisiologi DPP melibatkan aspek sangat kompleks dan belum sepenuhnya diketahui. Namun, terdapat bukti bahwa beberapa faktor berperan dalam menyebabkan gangguan, seperti ketidakseimbangan hormonal, genetik, dan perubahan psikososial (Stewart and Vigod, 2019). Ketidakseimbangan hormon selama kehamilan dapat menjadi penyebab masalah setelah melahirkan. Studi terkait DPP telah lama menarik minat karena perubahan yang cepat dalam hormon reproduksi seperti estrogen dan progesteron selama kehamilan dan setelah

melahirkan. Terdapat beberapa alasan untuk menduga bahwa hormon reproduksi memainkan peran penting dalam DPP, yaitu dikarenakan hormon reproduksi memiliki dampak pada pemrosesan emosi, gairah, kognisi, dan motivasi.

Hormon-hormon ini mengatur berbagai sistem biologis yang terlibat dalam depresi berat, seperti fungsi tiroid, sistem kekebalan tubuh, dan ekspresi genetik. Hormon reproduksi juga memiliki pengaruh pada sirkuit otak yang terlibat dalam keadaan emosional, seperti yang terlihat dalam studi pencitraan otak (Stewart and Vigod, 2019). Steroid seks dapat melewati sawar darah-otak, dan reseptornya banyak terdapat di area otak yang memainkan peran penting dalam pengaturan emosi, kognisi, dan perilaku. Pentingnya efek steroid seks pada perilaku manusia bisa dilihat dari dampak penurunan kadar hormon ini pada dorongan seksual dan kondisi seperti gangguan hormonal tertentu dan agresi yang dipengaruhi oleh steroid anabolik (Trifu *et al.*, 2019).

Progesteron merupakan hormon dengan kadar tinggi selama masa kehamilan. Kadar progesteron yang turun secara signifikan setelah melahirkan diduga memiliki peran dalam timbulnya DPP. Penurunan kadar allopregnanolone, sebuah metabolit dari progesteron, bisa menjadi penyebab DPP dengan memengaruhi reseptor GABA yang terlibat dalam regulasi kecemasan dan depresi. Penurunan kadar allopregnanolone setelah melahirkan bisa memicu terjadinya DPP dengan memengaruhi fungsi reseptor GABA yang penting dalam mengatur suasana hati dan kecemasan. Hal ini menekankan pentingnya peran allopregnanolone dalam timbulnya DPP dan perlunya pemahaman terhadap mekanisme neurobiologis yang terlibat dalam DPP (Schiller, Meltzer-Brody and Rubinov, 2015).

Ovarium tidak akan memulai produksi progesteron kembali hingga siklus menstruasi pertama, yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan hormon sementara. Tubuh akan beradaptasi dengan tingkat estradiol yang lebih rendah setelah melahirkan untuk mendukung laktasi. Telah lama diketahui bahwa estradiol dapat meningkatkan transmisi serotonin dengan meningkatkan sintesis serotonin dan/atau mengurangi pengambilan kembali serotonin, sehingga mengurangi gejala depresi. Penurunan kadar estradiol memiliki efek sebaliknya, yaitu

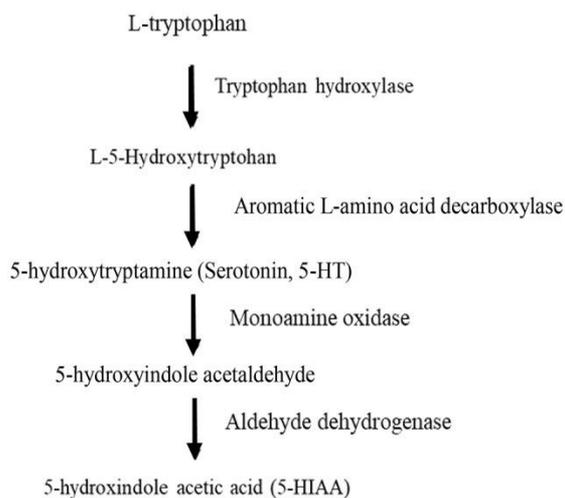
menurunkan pertahanan alami tubuh terhadap depresi (Trifu *et al.*, 2019).

Perubahan dalam sistem neuroendokrin selama kehamilan manusia melibatkan peningkatan bertahap dalam hormon CRH plasenta, ACTH, dan kadar kortisol ibu. Meningkatnya kadar ACTH dan kortisol ini memiliki potensi untuk meningkatkan risiko terjadinya DPP mengingat bahwa hormon kortisol merupakan salah satu hormon stres yang dihasilkan oleh tubuh (Trifu *et al.*, 2019). Penelitian yang dilakukan oleh (Duan *et al.*, 2018) menunjukkan bahwa peningkatan hormon stres dan peradangan pada sistem kekebalan tubuh memainkan peran penting dalam mengatur konversi triptofan ke jalur neuroregulasi kynurenine serta menghambat produksi serotonin dan melatonin. Hal ini mengakibatkan penurunan kadar serotonin dan melatonin, yang kemudian berkontribusi pada peningkatan risiko terjadinya DPP.

Sistem serotonergik, yang menggunakan serotonin sebagai neurotransmitter utama, memiliki peran kunci dalam mengatur berbagai fungsi termasuk emosi, kognisi, dan persepsi nyeri. Serotonin diproduksi di dalam otak dengan mengubah triptofan dan disimpan sampai dilepaskan ke celah sinaptik, tempat ia mengaktifkan berbagai jenis reseptor. Asam amino esensial, triptofan (TRP) melalui metabolit neuroaktifnya berperan sebagai prekursor serotonin telah terlibat dalam patologi gangguan mood. Dengan demikian, kadar TRP yang diuji pada periode peripartum telah diusulkan sebagai biomarker potensial untuk perkembangan selanjutnya dari gangguan mood pasca persalinan, khususnya DPP. Plasenta memiliki peranan penting dalam metabolisme TRP, sehingga penurunan kadarnya setelah melahirkan merupakan akibat fisiologis dari plasenta. Selain itu, ketersediaan TRP di otak dipengaruhi oleh pengikatan albumin.

Pertengahan hingga akhir kehamilan, penurunan fisiologis albumin dan peningkatan asam lemak non-esterifikasi (NEFA) menyebabkan perpindahan ikatan TRP dan peningkatan penyerapan jaringan, sehingga menyebabkan penurunan kadar TRP total. Penurunan kadar TRP sebagai prekursor serotonin dikaitkan dengan penurunan kadar serotonin dalam patologi DPP (Liu *et al.*, 2022). Perubahan kadar serotonin ini telah lama

dikaitkan dengan depresi, dan penelitian menunjukkan penurunan kadar serotonin di beberapa wilayah otak pada individu yang menderita depresi. Selain itu, seperti yang sudah dibahas pada paragraf sebelumnya bahwa hormon seperti progesteron dan estrogen, yang berperan dalam mengatur serotonin, mengalami perubahan signifikan selama kehamilan dan masa nifas. Fluktuasi hormonal ini dapat memengaruhi aktivitas neuron serotonergik dan tingkat reseptor serotonin di wilayah otak yang terkait dengan suasana hati, memori, dan fungsi kognitif (Duan *et al.*, 2018).



Gambar 2. Jalur Biosintetik Serotonin (Höglund, Øverli and Winberg, 2019)

Seseorang yang memiliki masalah kesehatan mental sebelum kehamilan dapat dikelompokkan menjadi kelompok yang rentan untuk mengalami DPP. Salah satu gangguan mental yang dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi postpartum adalah *Bipolar Disorder* (BD). BD adalah gangguan suasana hati yang serius yang ditandai oleh perubahan suasana hati yang signifikan, termasuk episode depresi, hipomania, dan manik. Perempuan dengan riwayat BD memiliki risiko yang lebih rentan untuk mengalami kambuh pasca persalinan, menekankan pentingnya pemantauan dan pengelolaan kesehatan mental mereka selama periode ini.

Melahirkan anak bisa menjadi pemicu munculnya depresi bipolar pada wanita. Sebagian besar dari mereka mengalami gejala yang memenuhi kriteria diagnosis BD ketika mengalami depresi pasca persalinan. Pemeriksaan secara rutin merupakan hal yang

penting untuk dilakukan karena depresi ini bisa menunjukkan gejala yang unik seperti perubahan suasana hati yang cepat, tidur berlebihan, dan mudah tersinggung, terutama jika pengobatan antidepresan standar tidak efektif atau ada riwayat keluarga dengan gangguan bipolar. Selain itu, pemantauan yang cermat selama pengobatan dengan antidepresan penting untuk mendeteksi gejala campuran yang dapat meningkatkan risiko bunuh diri (Conejo-Galindo *et al.*, 2022).

Aspek genetik juga memainkan peran dalam DPP dikarenakan gen-gen tertentu telah mengidentifikasi variasi genetik, seperti polimorfisme Val66Met pada faktor neurotropik otak, yang dapat meningkatkan rentan terhadap DPP. Studi keterkaitan genom juga menemukan variasi genetik pada kromosom dan gen spesifik seperti Hemicentin-1, yang memiliki situs pengikatan estrogen, dan berkontribusi pada risiko terjadinya DPP (Stewart and Vigod, 2019). DPP dapat pula disebabkan oleh faktor eksternal, yaitu faktor psikososial. Berikut beberapa kondisi psikososial yang dapat memengaruhi DPP (Paddy, Asamoah-Gyimah and Nkyi, 2021):

Kecemasan (anxiety)

Kekhawatiran yang berlebihan terhadap jenis kelamin, kelainan fisik, dan perawatan bayi bisa menyebabkan ibu baru mengalami depresi. Perasaan cemas ini dialami oleh sekitar 11% ibu baru dan dapat menghasilkan gangguan panik dengan gejala seperti rasa gelisah, sesak napas, dan pikiran yang terus-menerus tentang bayi. Kecemasan merupakan faktor yang signifikan dalam memprediksi DPP, dengan kecemasan sebelum dan setelah melahirkan meningkatkan risiko DPP selama tiga bulan pertama setelah melahirkan.

Stres

Stres dijelaskan sebagai kondisi yang menantang saat individu merasa tidak memiliki cukup sumber daya untuk menghadapinya. Orang yang mengalami stres seringkali merasa kesulitan menangani tekanan dari lingkungan sosial yang mereka anggap sulit, menyebabkan ketidaknyamanan. Peristiwa stres selama kehamilan dan persalinan diketahui sebagai pemicu DPP. Stres yang terjadi setelah melahirkan dan selama masa pengasuhan anak juga memiliki peran yang penting dalam

terjadinya DPP. Sumber stres ini dapat berasal dari berbagai tantangan, seperti mengatur tugas sehari-hari seperti memberi makan dan tidur untuk bayi, menghadapi tangisan yang berkelanjutan, menyeimbangkan antara pekerjaan dan tanggung jawab keluarga, serta faktor-faktor lainnya. Memahami dan mengatasi sumber stres ini dapat membantu mencegah atau mengelola DPP pada ibu baru.

Kepuasan Pernikahan

Persepsi mental mengenai kepuasan pernikahan memiliki dampak yang besar pada penyesuaian diri seorang wanita terhadap peristiwa-peristiwa yang terjadi selama dan setelah kelahiran. Hal ini dipengaruhi oleh hubungan yang baik antara seorang ibu dengan pasangan, ketersediaan pasangan selama kelahiran bayi, serta dukungan emosional atau praktis yang diberikan oleh pasangan, termasuk partisipasi aktif dalam merawat bayi. Kurangnya kepuasan dalam hubungan atau pernikahan dapat menimbulkan tekanan baik secara kognitif maupun emosional, yang dapat berperan dalam terjadinya DPP. Masalah dan ketidakpuasan dalam pernikahan dapat meningkatkan risiko DPP, terutama ketika terdapat kesulitan dalam komunikasi dan kurangnya dukungan emosional dalam hubungan tersebut.

Social Support

Dukungan sosial, yang meliputi bantuan emosional, informasi, dan praktis dari lingkungan sosial seseorang, memegang peran yang penting dalam pencegahan DPP. Ibu yang menerima dukungan sosial yang memadai dari keluarga, teman, atau pasangan mereka lebih cenderung terhindar dari DPP. Saat dukungan sosial kurang, hal ini dapat menyebabkan peningkatan tingkat stres dan risiko yang lebih besar terhadap DPP. Hal ini perlu diingat dalam pencegahan DPP bahwa pentingnya hubungan sosial dalam kesejahteraan mental ibu.

Internal	Eksternal
<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan hormon progesterone estrogen • Penurunan serotonin • Penurunan triptofan • Penurunan ACTH dan kortisol • Memiliki gangguan mental sebelumnya • Genetik 	<ul style="list-style-type: none"> • Kecemasan • Stress • Kepuasan pernikahan • Dukungan sosial

Gambar 3. Pembagian patofisiologi berdasarkan etiologi

Manifestasi Klinis dan Diagnosis

Saat ini DSM-V dan ICD-10 tidak mengklasifikasikan DPP sebagai penyakit terpisah. DPP didiagnosis mengikuti kriteria gejala yang sama seperti gangguan depresi mayor dengan spesifikasi “peripartum onset” yang menunjukkan timbulnya gejala selama kehamilan atau dalam 4 minggu pertama setelah melahirkan dalam DSM-V (Ibrahim Aly, 2023). Kriteria DSM-V mencakup 5 dari 9 gejala selama hampir 2 minggu, gangguan klinis, dan eliminasi penyebab alternatif (Kroska and Stowe, 2020).

Pengelompokan DPP pada ICD-10 berbeda dengan pengelompokan DSM-V. Pada ICD-10, gangguan pasca melahirkan dikelompokkan dalam sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik seperti gangguan mental dan perilaku yang berhubungan dengan masa nifas. Timbulnya gejala harus dalam waktu 6 minggu sesuai ICD-10, meskipun beberapa ahli memperpanjangnya menjadi satu tahun pasca persalinan (Makkar, 2018). Diagnosis DPP sama dengan kriteria diagnostik gangguan depresi mayor, hanya saja timbulnya gejala terjadi selama kehamilan atau hingga 4 minggu setelah melahirkan. Pada tabel.2 dilampirkan kriteria diagnosis DPP berdasarkan DSM- V.

Tabel 2. Kriteria DSM -V untuk Gangguan Depresi Mayor (Makkar, 2018)

Kriteria DSM-V untuk Gangguan Depresi Mayor

- A** Lima (atau lebih) gejala berikut muncul selama periode 2 minggu yang sama dan menunjukkan adanya perubahan dari fungsi sebelumnya; setidaknya salah satu gejalanya adalah (1) mood yang depresif atau (2) kehilangan minat atau kesenangan. Catatan:

Jangan sertakan gejala yang disebabkan oleh kondisi medis lain.

1. Mood yang depresif hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, seperti yang ditunjukkan oleh laporan subjektif atau observasi yang dilakukan yang lain.
2. Berkurangnya minat atau kesenangan pada semua, atau hampir semua aktivitas hampir sepanjang hari, hampir setiap hari.
3. Penurunan berat badan yang signifikan saat tidak berdiet atau penambahan berat badan (misalnya perubahan lebih dari 5% berat badan dalam sebulan), atau penurunan atau peningkatan nafsu makan hampir setiap hari.
4. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari.
5. Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari.
6. Kelelahan atau kehilangan tenaga hampir setiap hari.
7. Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan atau tidak pantas hampir setiap hari
8. Berkurangnya kemampuan berpikir atau berkonsentrasi, atau keragu-raguan, hampir setiap hari
9. Pikiran berulang tentang kematian (bukan hanya ketakutan akan kematian), keinginan bunuh diri berulang tanpa rencana khusus, atau percobaan bunuh diri atau rencana khusus untuk bunuh diri.

B Gejala-gejala tersebut menyebabkan penderitaan atau gangguan yang signifikan secara klinis dalam bidang sosial, pekerjaan, atau bidang fungsi penting lainnya.

C Episode ini tidak disebabkan oleh efek fisiologis suatu zat atau kondisi medis lainnya

Tatalaksana

DPP merupakan sebuah kondisi depresi berat yang membutuhkan terapi. Terapi yang diberikan dapat berupa terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi nonfarmakologis dapat berupa, terapi *cognitive and behavioral therapy* (CBT) dan *interpersonal therapy* (IPT). Sedangkan, untuk terapi farmakologis adalah pemberian obat anti depresan. Pemberian obat ini terdapat beberapa hal yang perlu dipertimbangkan, seperti keaktifan ibu dalam pemberian ASI eksklusif (Guille *et al.*, 2013; Dominiak *et al.*, 2021).

Berdasarkan studi, terapi non farmakologi berupa CBT dan IPT merupakan terapi yang cukup efektif untuk dapat mengatasi

depresi. Hal-hal yang dilakukan pada terapi ini adalah komunikasi dengan mengidentifikasi kesulitan yang terjadi, memahami peran satu sama lain di keluarga, memahami perasaan, emosi serta perilaku. Selanjutnya, fokus pada terapi ini adalah membantu mengubah pola pikiran negatif sehingga tercipta aktivitas positif yang dapat meningkatkan perasaan bahagia (Guille *et al.*, 2013; Dominiak *et al.*, 2021).

Pemberian terapi farmakologi perlu diberikan apabila terapi konseling belum efektif. Terapi obat yang dapat diberikan pada ibu dengan ASI Eksklusif adalah obat golongan SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*). Jenis obat yang dapat diberikan adalah sertraline atau paroxetine. Pemberian paroxetine perlu dipertimbangkan karena paroxetine memiliki efek sedasi dan efek *withdrawal* jika dihentikan secara tiba-tiba. Sehingga, pemberian obat antidepresan pada ibu dengan ASI eksklusif lebih disarankan sertraline daripada paroxetine. Selain kedua obat tersebut, terdapat jenis golongan obat antidepresan lain, yaitu Tricyclic antidepressant (TCA) dan Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI). Pemberian TCA dapat dipertimbangkan juga pada ibu menyusui, tetapi obat ini kurang efektif sehingga terdapat kemungkinan menggunakan obat kombinasi yang berpengaruh juga kepada bayi (Guille *et al.*, 2013).

DPP merupakan suatu kondisi yang dapat dicegah sebelum ibu terdiagnosis depresi berat ini. Hal yang dapat dilakukan adalah dengan cara melakukan skrining pada ibu setelah melahirkan. Skrining ini dapat dilakukan pada 6 hingga 8 minggu awal setelah melahirkan pada dokter yang membantu proses persalinan sekaligus kontrol pengobatan pasca melahirkan. Apabila ibu menolak dilakukan skrining, tim kedokteran keluarga perlu untuk menawarkan kembali skrining tersebut di pertemuan selanjutnya (Dominiak *et al.*, 2021).

Kesimpulan

Depresi post-partum (DPP) merupakan gangguan mood yang timbul sejak masa kehamilan atau depresi yang terjadi dalam waktu 4 minggu setelah melahirkan. DPP dapat disebabkan karena disregulasi hormon stress setelah melahirkan dan ketidakseimbangan hormon-hormon reproduksi. DPP menimbulkan

gangguan mood yang depresif, kehilangan minat, dan kesenangan pada ibu pasca melahirkan. Berdasarkan kasus tersebut, dapat diketahui bahwa tatalaksana yang dapat dilakukan berfokus untuk mengatasi depresi pada ibu pasca melahirkan dengan terapi *cognitive and behavioral therapy* (CBT), *interpersonal therapy* (IPT) dan terapi farmakologis berupa pemberian obat anti-depresan.

Ucapan Terima Kasih

Kepada dr. Emmy Amalia, Sp.KJ, penulis mengucapkan terima kasih atas bimbingan yang telah diberikan dalam proses kepenulisan tinjauan pustaka. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada seluruh rekan yang turut berkontribusi memberikan bantuan dalam menyelesaikan artikel ini.

Referensi

- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edn, *Atlas of Psychiatry*. 5th edn. Arlington. doi: 10.1007/978-3-031-15401-0_16.
- Carlson, K., Mughal, S., Azhar, Y. and Siddiqui, W. (2024). 'Postpartum Depression'. [online] *National Library of Medicine*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>.
- Conejo-Galindo, J. et al. (2022) 'Postpartum Relapse in Patients with Bipolar Disorder', *Journal of Clinical Medicine*, 11(14). doi: 10.3390/jcm11143979.
- Dominiak, M., Antosik-Wojcinska, A.Z., Baron, M., Mierzejewski, P. and Swiecicki, L. (2021). 'Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression'. *Ginekologia Polska*, 92(2), pp.153–164. doi:<https://doi.org/10.5603/gp.a2020.014>
- Duan, K. M., Ma, J. H., Wang, S. Y., Huang, Z., Zhou, Y., & Yu, H. (2018). The role of tryptophan metabolism in postpartum depression. *Metabolic brain disease*, 33, 647-660. 10.1007/s11011-017-0178-y.
- Guille, C., Newman, R., Fryml, L.D., Lifton, C.K. and Epperson, C.N. (2013). 'Management of Postpartum Depression'. *Journal of Midwifery & Women's Health*, [online] 58(6), pp.643–653. doi:<https://doi.org/10.1111/jmwh.12104>.
- Höglund, E., Øverli, Ø. and Winberg, S. (2019) 'Tryptophan Metabolic Pathways and Brain Serotonergic Activity: A Comparative Review', *Frontiers in Endocrinology*, 10(APR). doi: 10.3389/fendo.2019.00158.
- Ibrahim Aly, H. A. (2023) 'Diagnosis and Management of Postpartum Depression', *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 07(02), pp. 30–37. doi: 10.26502/jppd.2572-519x0182.
- Kroska, E. B. and Stowe, Z. N. (2020) 'Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting', *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), pp. 409–419. doi: 10.1016/j.ogc.2020.05.001.
- Lee, Y.-L., Tien, Y., Bai, Y.-S., Lin, C.-K., Yin, C.-S., Chung, C.-H., Sun, C.-A., Huang, S.-H. et al. (2022) 'Association of Postpartum Depression with Maternal Suicide: A Nationwide Population-Based Study'. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), p.5118. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph19095118>.
- Liu, Z. F. et al. (2022) 'The Association Between Tryptophan Levels and Postpartum Mood Disorders: a Systematic Review and Meta-Analysis', *BMC Psychiatry*, 22(1), pp. 1–13. doi: 10.1186/s12888-022-04178-6.
- Makkar, D. (2018) 'Postpartum Depression: An Overview', *Pan Asian Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1(2), pp. 11–17.
- Morikawa, M., Okada, T., Ando, M., Aleksic, B., Kunimoto, S., Nakamura, Y., ... & Ozaki, N. (2015). Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. *Scientific reports*, 5(1), 10520. 10.1038/srep10520.
- Mustofa, A., Hapsari, A. N., Nabiila, A., Putri, A. K., Nurissyita, A. M., & Catur, E. (2021). Faktor risiko depresi pasca persalinan di negara-negara Asia Tenggara. *Medica Arter*, 3(2), 62-67. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/MedArt/article/view/8470>.

- Paddy, A., Asamoah-Gyimah, K. and Nkyi, A. (2021) 'Psychosocial Determinants of Postpartum Depression and Maternal Well-Being among Postnatal Women', *Open Journal of Psychiatry*, 11(03), pp. 138–159. doi: 10.4236/ojpsych.2021.113012.
- Sainuddin, S.S., Norhayati, M.N., Abdul Kadir, A. and Zakaria, R. (2023). 'A 10-year Systematic Review and meta-analysis of Determinants of Postpartum Depression in the Association of Southeast Asian Nations Countries'. *The Medical Journal of Malaysia*, [online] 78(5), pp.675–686. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37775497/>.
- Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S. and Rubinov, D. R. (2015) 'The Role of Reproductive Hormones in Postpartum Depression', *CNS Spectrums*, 20(1), pp. 48–59. doi: doi.org/10.1017/S1092852914000480.
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., San Tam, W. W., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 104, 235-248. 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001.
- Stewart, D. E. and Vigod, S. N. (2019) 'Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics', *Annual Review of Medicine*, 70, pp. 183–196. doi: 10.1146/annurev-med-041217-011106.
- Suryawanshi, O. and Pajai, S. (2022) 'A Comprehensive Review on Postpartum Depression', *Cureus*, 14(12), pp. 1–8. doi: 10.7759/cureus.32745.
- Trifu, S., Vladuti, A. and Popescu, A. (2019) 'The Neuroendocrinological Aspects of Pregnancy and Postpartum Depression', *Acta Endocrinologica*, 15(3), pp. 410–415. doi: 10.4183/aeb.2019.410.
- Vilarim, M., Rebelo, F., Vieira, I., Mazzoli, F., Carta, M.G., Antonio Egidio Nardi and Marano, D. (2024). Prevalence of Postpartum Depression Symptoms in high-income, and low- and middle-income Countries in the Covid-19 pandemic: a Systematic Review with meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*. [online] doi:<https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3453>.
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., ... & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational psychiatry*, 11(1), 543. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1>.