

Baby Blues dan Depresi Pascapersalinan

Psikiatri • SKDI 3A

Course level 3A tentang baby blues, depresi pascapersalinan (postpartum depression), dan psikosis puerperalis. Membahas diagnosis, tatalaksana pendahuluan, serta indikasi rujukan ke spesialis kesehatan jiwa.

Modul 1: Modul 1: Dasar dan Epidemiologi

1.1 Definisi, Spektrum dan Epidemiologi Gangguan Mood Pascapersalinan

Gangguan mood pascapersalinan adalah spektrum kondisi psikiatri yang muncul pada periode kehamilan hingga satu tahun pertama pascapersalinan. Terdapat tiga entitas klinis utama: maternity blues (baby blues), depresi pascapersalinan (PPD), dan psikosis puerperalis. Baby blues adalah perubahan mood ringan dan self-limited yang muncul pada hari ke-2 hingga ke-5, ditandai perasaan sedih, mudah menangis, cemas, dan gangguan tidur ringan, biasanya mereda dalam 10–14 hari. PPD memenuhi kriteria gangguan depresi mayor dengan onset dalam 4 minggu (DSM-5) atau hingga 12 bulan pertama postpartum. Psikosis puerperalis adalah kegawatdaruratan psikiatri dengan prevalensi sangat rendah.

Prevalensi maternity blues 30–80% ibu pascapersalinan. Depresi pascapersalinan mempengaruhi 10–15% ibu di dunia, dengan prevalensi lebih tinggi di negara berkembang termasuk Indonesia (11–30%). Psikosis puerperalis memiliki insidensi 1–2 per 1000 persalinan. Faktor risiko utama meliputi riwayat depresi sebelumnya, kurangnya dukungan sosial, kehamilan tidak direncanakan, komplikasi obstetrik, dan masalah finansial. Kegagalan mengenali kondisi ini berdampak pada kualitas hidup ibu, bonding, hingga risiko bunuh diri.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Etiologi, Faktor Risiko dan Patofisiologi

Etiologi gangguan mood pascapersalinan bersifat multifaktorial, melibatkan kerentanan biologis, psikologis, dan sosial. Pada baby blues, faktor pencetus utama adalah perubahan hormonal drastis, kurang tidur, kelelahan, dan adaptasi peran baru. Pada PPD dan psikosis puerperalis, faktor biologis disertai kerentanan psikososial yang lebih dominan.

Selama kehamilan, estrogen dan progesteron meningkat tinggi, lalu turun drastis dalam 48 jam pascapersalinan, mempengaruhi neurotransmitter monoaminergik. Kortisol dan CRH plasenta juga menurun, mengubah regulasi stres. Pada individu rentan, perubahan ini memicu baby blues atau berlanjut menjadi PPD.

Faktor risiko obstetrik: kehamilan tidak direncanakan, komplikasi persalinan, bayi prematur. Faktor psikososial: riwayat gangguan mood sebelumnya, kekerasan dalam rumah tangga, dukungan sosial rendah, masalah finansial, isolasi sosial. Dokter umum harus mengenali faktor ini dan melakukan skrining pada ibu hamil dan postpartum.

Patofisiologi PPD meliputi disregulasi aksis HPA, penurunan serotonin, peningkatan sitokin proinflamasi, dan disregulasi oksitosin. Polimorfisme gen 5-HTTLPR berperan dalam

kerentanan genetik.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Manifestasi Klinis, Diagnosis dan Tata Laksana

2.1 Manifestasi Klinis dan Diagnosis Banding

Maternity blues muncul hari ke-2 sampai ke-5 pascapersalinan: perasaan sedih, mudah menangis, cemas, kelelahan, sulit tidur, mudah marah. Gejala berlangsung kurang dari dua minggu dan tidak menyebabkan gangguan fungsional berat.

Depresi pascapersalinan memenuhi kriteria gangguan depresi mayor minimal dua minggu: perasaan depresi persisten, anhedonia, gangguan tidur, perubahan nafsu makan, kelelahan, perasaan bersalah, konsentrasi buruk, dan pikiran kematian atau bunuh diri. Onset dalam DSM-5 adalah 4 minggu pascapersalinan, tetapi banyak klinisi memperluas hingga 12 bulan. Risiko serius adalah pikiran menyakiti diri atau bayi.

Psikosis puerperalis muncul dengan waham, halusinasi, pemikiran kacau, agitasi. Ini adalah kegawatdaruratan psikiatri.

Alat skrining EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) terdiri dari 10 pertanyaan, skor 0–30, cut-off "e10 untuk kemungkinan depresi. WHO dan ACOG merekomendasikan skrining EPDS minimal sekali pada periode postpartum.

Diagnosis banding meliputi gangguan penyesuaian, gangguan kecemasan, OCD perinatal, hipotiroid postpartum (periksa TSH), anemia pascapersalinan, dan efek samping obat. Pikiran bunuh diri atau gejala psikotik menentukan urgensi rujukan.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Tatalaksana Awal dan Indikasi Rujukan

Tata laksana baby blues bersifat suportif: edukasi bahwa kondisi umum dan akan membaik dalam 10–14 hari, dukungan keluarga, nutrisi seimbang, aktivitas ringan, skin-to-skin contact, dan menyusui. Evaluasi ulang jika gejala menetap lebih dari 2 minggu.

Tata laksana awal PPD pada level 3A adalah psikoterapi (CBT dan IPT) sebagai lini pertama untuk kasus ringan-sedang. Libatkan pasangan dan keluarga. Dokter umum dapat merujuk untuk pertimbangan antidepresan; SSRI seperti sertraline relatif aman pada menyusui. Pada level 3A, dokter umum tidak rutin memulai antidepresan tanpa konsultasi psikiater.

Indikasi rujukan segera ke layanan psikiatri: pikiran atau percobaan bunuh diri; pikiran menyakiti bayi; gejala psikotik; depresi berat dengan gangguan fungsional total; kegagalan

tata laksana dalam 2–4 minggu; pertimbangan antidepresan di luar kompetensi. Untuk psikosis puerperalis, rawat inap wajib dengan antipsikotik dan stabilisasi mood. Jangan meremehkan pikiran menyakiti bayi.

Dokter umum memantau ibu pasca-rujuk, melanjutkan skrining pada kehamilan berikutnya (risiko berulang 25–50%).

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Kasus Klinis dan Pendalaman

3.1 Komplikasi, Pencegahan dan Peran Dokter Umum

Gangguan mood pascapersalinan yang tidak ditangani berdampak luas. Pada ibu: perburukan depresi, kekambuhan, pikiran dan upaya bunuh diri, gangguan kecemasan kronis. Pada bayi: gangguan bonding, kegagalan menyusui, retardasi pertumbuhan, gangguan perkembangan kognitif dan emosional. Pada keluarga: disfungsi keluarga.

Strategi pencegahan: skrining EPDS pada trimester ketiga dan kunjungan nifas, edukasi prenatal tentang tanda gejala, memastikan dukungan sosial, serta tata laksana gangguan mood selama kehamilan. Ibu dengan riwayat PPD memerlukan konsultasi psikiater untuk rencana pencegahan.

Peran dokter umum 3A sebagai titik kontak pertama: peka terhadap bendera merah seperti ibu menarik diri, jarang ke posyandu, atau tidak percaya diri merawat bayi. Kolaborasi lintas program KIA-jiwa-komunitas penting.

Aspek etik: konseling empatik dan non-judgemental. Jelaskan bahwa depresi adalah penyakit medis. Kerahasiaan dijaga, namun pada bahaya diri atau bayi, keselamatan menjadi prioritas. Informed consent diperlukan sebelum setiap intervensi.

Antidepresan dengan data keamanan menyusui terbaik: sertraline dan paroxetine. Hindari benzodiazepin. Keputusan melibatkan psikiater, dokter anak, dan ibu.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Studi Kasus Klinis dan Latihan

Kasus 1: Ny. R, 26 tahun, primipara, hari ke-4 pascapersalinan, mengeluh sering menangis, mudah tersinggung, kelelahan. Pemeriksaan normal, bayi sehat, ASI lancar, tanpa pikiran menyakiti diri atau bayi, tanpa riwayat gangguan mood. Diagnosis: maternity blues. Tata laksana: edukasi suportif, libatkan keluarga, evaluasi ulang jika gejala menetap lebih dari 2 minggu.

Kasus 2: Ny. S, 32 tahun, 6 minggu postpartum, EPDS 18, kadang berpikir lebih baik tidak bangun, riwayat depresi mayor 3 tahun lalu. Diagnosis: PPD berat. Langkah: rujuk segera ke psikiatri, jangan tinggalkan ibu sendirian, libatkan keluarga, edukasi tentang risiko bunuh diri, dan pastikan kepatuhan tindak lanjut.

Kasus 3: Ny. T, 28 tahun, 3 minggu postpartum, bicara tidak masuk akal, gelisah, kurang tidur, mendengar suara, memegang gunting. Diagnosis: psikosis puerperalis. Tindakan: rawat inap wajib, pisahkan benda berbahaya, antipsikotik, stabilisasi mood, kolaborasi

psikiater emergensi.

Latihan: Buat alur tatalaksana EPDS di puskesmas; identifikasi rumah sakit rujukan jiwa; buat skrip psikoedukasi untuk keluarga.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa: Depresi. Kemenkes RI (2019).
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion: Screening for Perinatal Depression. Obstet Gynecol (2018).
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Wolters Kluwer (2021).
4. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Depression and Bipolar Disorders. Cambridge University Press (2021).
5. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol (2014).
6. Fitriani, dkk.. Hubungan Karakteristik Ibu dan Dukungan Sosial dengan Baby Blues di Indonesia. Jurnal Kesehatan Reproduksi (2018).
7. World Health Organization. Mental Health: Maternal Mental Health. WHO (2020).
8. Wisner KL, dkk.. Postpartum Depression: A Review. Lancet Psychiatry (2023).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.