

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Nifas (*Postpartum*)

1. Pengertian Masa Nifas (*Postpartum*)

Periode nifas merupakan periode pulihnya alat kandungan yang disertai dengan berbagai perubahan baik fisik maupun psikologis ibu yang dapat berjalan fisiologis, namun tidak sedikit ibu nifas yang mengalami komplikasi atau masalah nifas (Mahayati dkk., 2023).

Ibu mengalami berbagai perubahan fisik yang bersifat fisiologis pada periode pemulihan ini, yang sering kali disertai dengan ketidaknyamanan pada tahap awal *postpartum*. Jika tidak ditangani dengan perawatan yang memadai, perubahan tersebut berpotensi menjadi patologis (Ciselia dan Oktari, 2021).

2. Tahapan Masa Nifas (*Postpartum*)

a. *Puerperium Dini*

Tahap ini merupakan fase awal pemulihan di mana ibu sudah diperbolehkan untuk berdiri dan bergerak. Pada ibu yang melahirkan secara normal tanpa komplikasi, dianjurkan untuk segera melakukan mobilisasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV (Nova dan Zagoto, 2020).

b. *Puerperium Intermedial*

Ini adalah fase pemulihan di mana organ-organ reproduksi secara bertahap kembali ke kondisi sebelum kehamilan. Fase ini berlangsung sekitar enam minggu atau 42 hari (Nova dan Zagoto, 2020).

c. *Remote Puerperium*

Merupakan periode yang diperlukan bagi ibu untuk pulih secara optimal, terutama jika selama kehamilan atau persalinan ibu mengalami komplikasi. Durasi fase ini bervariasi pada setiap ibu, tergantung pada tingkat keparahan komplikasi yang dialami selama masa kehamilan atau persalinan (Nova dan Zagoto, 2020).

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan fisiologis yang dialami oleh ibu setelah melahirkan mencakup perubahan pada tanda-tanda vital, hematologi, sistem kardiovaskular, sistem perkemihan, sistem pencernaan, sistem muskuloskeletal, sistem endokrin, serta organ reproduksi (Ciselia dan Oktari, 2021).

Perubahan pada tanda-tanda vital yang terjadi pasca melahirkan meliputi penurunan denyut nadi menjadi sekitar 50-70 kali per menit. Kehilangan cairan yang signifikan selama persalinan dan fase diuresis *postpartum* menyebabkan suhu tubuh ibu meningkat sekitar 0,5°C. Jika suhu tubuh meningkat melebihi 38°C, hal ini dapat mengindikasikan adanya infeksi pada ibu *postpartum*. Sementara itu, tekanan darah sistolik ibu dapat menurun sebesar 15-20 mmHg ketika ibu beralih dari posisi berbaring ke posisi duduk, kondisi yang dikenal sebagai hipotensi ortostatik (Ciselia dan Oktari, 2021).

Perubahan fisiologis pada sistem hematologi meliputi peningkatan jumlah sel darah putih hingga 15.000 sel/ μ l darah selama proses persalinan, sedangkan pada ibu dengan persalinan lama, jumlah sel darah putih bisa meningkat hingga 25.000-30.000 sel/ μ l darah. Selanjutnya, perubahan pada sistem kardiovaskular ditandai dengan penurunan fungsi jantung dan volume plasma yang secara bertahap akan kembali normal dalam dua minggu pasca persalinan. Penurunan volume plasma

dan cairan ekstraseluler ini juga berkontribusi pada penurunan berat badan ibu (Ciselia dan Oktari, 2021).

Perubahan fisiologis pada sistem perkemihan ibu *postpartum* terjadi akibat tekanan pada otot-otot kandung kemih dan uretra oleh bagian terdepan janin selama persalinan. Selain itu, ibu juga akan mengalami diuresis pada 24 jam pertama setelah melahirkan. Hal ini disebabkan oleh peningkatan hormon estrogen selama kehamilan yang menyebabkan retensi cairan dan kemudian dikeluarkan melalui urin selama periode *postpartum* (Ciselia dan Oktari, 2021).

Perubahan fisiologis pada sistem pencernaan *postpartum* meliputi gangguan defekasi yang disebabkan oleh penurunan hormon progesteron serta rasa nyeri pada area perineum, yang membuat ibu merasa takut untuk buang air besar. Akibatnya, keinginan buang air besar sering tertunda hingga 2-3 hari setelah melahirkan. Konstipasi pada ibu *postpartum* tidak hanya disebabkan oleh penurunan progesteron, tetapi juga oleh pembatasan cairan dan nutrisi selama persalinan serta ketidaknyamanan akibat trauma perineum, episiotomi, dan hemoroid (Ciselia dan Oktari, 2021).

Perubahan fisiologis pada sistem reproduksi *postpartum* meliputi perubahan pada serviks dan uterus. Setelah plasenta lahir, serviks berbentuk menganga seperti corong dan terasa lunak. Dua jam setelah persalinan, serviks masih bisa dilalui oleh 2-3 jari, tetapi tujuh jam kemudian hanya dapat dilewati oleh satu jari. Jika terjadi masalah seperti retensi plasenta yang terdeteksi sejak awal, pembersihan rahim secara manual dapat dilakukan. Pada uterus, terjadi proses involusi, yaitu kembalinya uterus ke ukuran dan kondisi seperti sebelum hamil, yang dimulai setelah plasenta lahir (Ciselia dan Oktari, 2021).

Perubahan fisiologis pada sistem endokrin *postpartum* meliputi penurunan drastis kadar hormon progesteron dan estrogen. Penurunan ini menghilangkan

pengaruh inhibisi progesteron terhadap produksi α -laktalbumin oleh retikulum endoplasma kasar. Peningkatan α -laktalbumin berperan dalam merangsang sintesis laktosa, yang kemudian meningkatkan jumlah laktosa dalam Air Susu Ibu (ASI) (Ciselia dan Oktari, 2021).

4. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Proses adaptasi psikologis berlangsung selama kehamilan dan menjelang persalinan, di mana tingkat kecemasan ibu dapat meningkat seiring dengan bertambahnya tanggung jawab. Beberapa aspek yang perlu diperhatikan oleh ibu dalam beradaptasi pada masa nifas meliputi peran baru sebagai orang tua, dukungan dari suami dan keluarga, riwayat kehamilan dan persalinan, serta harapan, keinginan, dan aspirasi yang muncul selama kehamilan dan proses melahirkan (Yuliana dan Hakim, 2020). Adaptasi psikologis yang dialami ibu selama masa nifas terbagi menjadi tiga fase, di antaranya:

a. Fase *Taking In*

Fase ini merupakan periode di mana ibu pasca melahirkan sangat bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya. Ibu cenderung lebih fokus pada dirinya sendiri dan kurang memperhatikan lingkungan sekitarnya. Fase ini biasanya berlangsung selama 1-2 hari setelah persalinan. Gangguan psikologis yang mungkin dialami ibu pada fase ini meliputi perasaan kecewa terhadap bayinya, ketidaknyamanan akibat perubahan fisik, rasa bersalah karena belum dapat menyusui, serta kritik dari keluarga terkait perawatan bayi (Yuliana dan Hakim, 2020).

b. Fase *Taking Hold*

Fase ini terjadi pada 3-10 hari setelah melahirkan, di mana ibu mulai lebih mandiri dalam menjalankan tanggung jawabnya terhadap bayi. Pada fase ini,

perhatian utama yang perlu diberikan meliputi dukungan, komunikasi yang efektif, serta edukasi kesehatan terkait perawatan ibu dan bayi, teknik menyusui yang tepat, cara merawat luka jahitan jika ada, tanda-tanda bahaya masa nifas, serta pendidikan tentang nutrisi, kebersihan pribadi, dan pentingnya istirahat.

c. *Fase Letting Go*

Fase Letting Go adalah tahap di mana ibu mulai menerima dan bertanggung jawab atas peran barunya, yang biasanya terjadi setelah 10 hari pasca melahirkan. Pada fase ini, ibu sudah mampu menyesuaikan diri dengan kebutuhan bayinya. Ada peningkatan dalam hal perawatan terhadap dirinya dan bayinya, serta ibu menjadi lebih percaya diri dalam menjalankan peran sebagai seorang ibu. Ibu juga lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya, dengan dukungan dari keluarga yang membantu dalam perawatan bayi (Yuliana dan Hakim, 2020).

B. Jenis Gangguan Psikologis Ibu *Postpartum*

Depresi *postpartum* memiliki beberapa jenis diantaranya adalah sebagai berikut.

1. *Postpartum Blues*

Fenomena *postpartum* awal yang dikenal sebagai *baby blues* merupakan kondisi umum yang dialami oleh sekitar 70% wanita setelah melahirkan. *Postpartum blues* atau *baby blues* adalah gangguan suasana hati ringan yang bersifat sementara, terjadi pada hari pertama hingga hari ke-10 setelah persalinan. Kondisi ini ditandai dengan gejala seperti tangisan singkat, perasaan kesepian atau ditolak, kecemasan, kebingungan, kegelisahan, kelelahan, kelupaan, serta kesulitan tidur (Sari dan Nugrahani, 2024).

Postpartum blues merujuk pada perubahan suasana hati yang dialami ibu

pasca melahirkan. Kondisi ini dapat terjadi kapan saja setelah persalinan, namun umumnya muncul pada hari ketiga atau keempat dan mencapai puncaknya antara hari kelima hingga ke-14. Gejala yang ditunjukkan meliputi tangisan singkat, perasaan kesepian atau ditolak, kecemasan, kebingungan, kegelisahan, kelelahan, pelupa, serta kesulitan tidur (Setianingsih dkk., 2024).

Kondisi ini umumnya berlangsung hanya beberapa hari setelah melahirkan dan biasanya akan berangsur-angsur mereda dalam waktu singkat. Masih dianggap sebagai kondisi normal yang berkaitan dengan adaptasi psikologis pasca melahirkan. Namun, jika terdapat faktor predisposisi dan pemicu lainnya, kondisi ini dapat berkembang menjadi depresi *postpartum*.

2. Depresi *Postpartum*

Depresi *postpartum* adalah gangguan suasana hati yang muncul setelah melahirkan. Gangguan ini mencerminkan disregulasi psikologis yang merupakan gejala dari depresi mayor (Sulistyaningsih dan Wijayanti, 2020). Depresi *postpartum* umumnya dialami ibu dalam 4 minggu setelah melahirkan. Gejala yang sering muncul meliputi perasaan sedih, suasana hati yang menurun, kehilangan minat pada aktivitas sehari-hari, perubahan berat badan yang signifikan, perasaan tidak berharga atau bersalah, kelelahan, penurunan konsentrasi, hingga munculnya pikiran untuk bunuh diri. Pada kasus yang parah, depresi dapat berkembang menjadi psikosis, dengan gejala seperti halusinasi, delusi, dan keinginan untuk menyakiti bayi. Diperkirakan 20–40% wanita melaporkan gangguan emosional atau disfungsi kognitif selama masa pasca persalinan (Lestari dkk., 2024).

a. Dampak Depresi *Postpartum*

Dampak negatif depresi *postpartum* tidak hanya dirasakan oleh ibu, tetapi juga memengaruhi anak dan keluarganya. Ibu yang mengalami kondisi ini

cenderung kehilangan minat dan ketertarikan terhadap bayinya. Respon ibu terhadap tangisan, tatapan mata, atau gerakan tubuh bayinya menjadi kurang positif. Akibatnya, ibu yang mengalami depresi *postpartum* sering kali tidak mampu merawat bayinya dengan optimal, termasuk menjadi enggan memberikan ASI secara langsung (Anggraini dan Setiyowati, 2024).

b. Etiologi dan Faktor Risiko

Berbagai faktor fisiologis dan psikososial telah diteliti sebagai penyebab depresi *postpartum*. Beberapa faktor yang dianggap sebagai etiologi depresi *postpartum* meliputi:

1) Neurologi *Postpartum*

Depresi *postpartum* secara biologis terkait dengan gangguan depresi mayor. Secara umum, depresi melibatkan kerusakan pada sirkuit neuron yang ditandai dengan pengurangan volume otak. Penurunan volume ini sering terjadi pada individu yang mengalami gejala depresi mayor, di mana semakin lama gejala berlangsung, semakin signifikan pengurangan volumenya. Hal ini juga mencakup penurunan jumlah protein otak yang berperan dalam mendukung pertumbuhan neuron dan pembentukan sinapsis (Sari, 2020).

Stres dan depresi diketahui dapat mengurangi kadar protein otak tersebut. Selain itu, penelitian menunjukkan bahwa setelah plasenta dikeluarkan saat persalinan, kadar hormon estrogen dan progesteron dalam plasma ibu menurun drastis. Penurunan kedua hormon ini, yang memiliki efek langsung pada fungsi neural dan konsentrasi psikologis, dapat memengaruhi kondisi psikologis ibu secara signifikan (Sari, 2020).

2) Gangguan *Autoimun*

Selama proses persalinan, ibu terpapar berbagai antigen dari janin. Penelitian menunjukkan bahwa paparan ini dapat memengaruhi kondisi psikologis ibu, diduga melalui mekanisme gangguan *autoimun*. Akibatnya, ibu cenderung menjadi lebih emosional, yang berpotensi berkontribusi pada perubahan suasana hati dan kondisi psikologis pasca persalinan (Sari, 2020).

3) Gangguan Tidur dan Ritme Sikadian

Saat melahirkan, seorang ibu memasuki masa adaptasi terhadap peran barunya. Peran ini sering kali membuat ibu kekurangan waktu tidur karena harus merawat bayinya, yang dapat menyebabkan kelelahan atau keletihan (*fatigue*). Kondisi ini berpotensi memicu depresi. Kurangnya waktu tidur juga berdampak pada menurunnya produksi hormon melatonin, yang dihasilkan oleh kelenjar pineal di otak. Gangguan pada produksi hormon melatonin ini menjadi salah satu faktor penyebab depresi *postpartum* (Sari, 2020).

c. Faktor Sosiodemografi

Sebuah studi menunjukkan bahwa ibu primipara, atau ibu yang pertama kali melahirkan, lebih rentan mengalami depresi *postpartum*. Hal ini disebabkan oleh tingkat ketidaksiapan psikologis yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu multipara, yang telah memiliki pengalaman melahirkan sebelumnya. Ibu multipara cenderung lebih siap secara mental, sehingga lebih mampu menghadapi proses kelahiran tanpa stres berlebihan (Sari, 2020).

Terdapat hubungan antara usia ibu dengan risiko depresi *postpartum*. Ibu yang berusia lebih muda memiliki risiko lebih tinggi mengalami depresi *postpartum* karena cenderung kurang siap menghadapi perubahan peran sebagai ibu, baik dari

segi fisik, mental, finansial, maupun sosial. Selain itu, usia yang terlalu tua juga menjadi faktor risiko, karena kelelahan fisik dan kondisi anatomi tubuh yang tidak lagi optimal untuk kehamilan dan persalinan (Suciawati dkk., 2023).

Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dan risiko depresi *postpartum*. Ibu dengan tingkat pendidikan rendah cenderung memiliki jumlah anak yang lebih banyak dan kualitas perawatan bayi yang kurang optimal. Kehamilan pada usia muda sering kali terjadi pada perempuan yang putus sekolah, sehingga meningkatkan risiko depresi. Sebaliknya, semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, semakin baik pula pengetahuannya karena akses terhadap informasi yang lebih luas. Selain itu, paritas atau jumlah kelahiran juga berpengaruh terhadap risiko depresi *postpartum* (Sari, 2020).

Status kehamilan yang direncanakan atau tidak memiliki hubungan erat dengan risiko depresi *postpartum*. Kehamilan yang tidak direncanakan sering kali dikaitkan dengan tingkat stres yang lebih tinggi, ketidaksiapan emosional, serta kurangnya dukungan dari pasangan atau keluarga, yang dapat meningkatkan risiko depresi setelah melahirkan. Sebaliknya, kehamilan yang direncanakan cenderung memberikan kesiapan psikologis yang lebih baik, sehingga ibu lebih mampu menghadapi perubahan fisik dan emosional pasca persalinan (Suciawati dkk., 2023).

Status pernikahan memiliki peran penting dalam risiko depresi *postpartum*. Ibu yang tidak menikah atau menjadi orang tua tunggal cenderung memiliki risiko lebih tinggi mengalami depresi setelah melahirkan dibandingkan ibu yang menikah. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan dukungan emosional, finansial, dan sosial yang dapat meningkatkan stres dan perasaan kesepian. Sebaliknya, ibu yang

menikah umumnya mendapatkan dukungan dari pasangan, baik dalam pengasuhan anak maupun pemenuhan kebutuhan psikologis, sehingga dapat mengurangi tekanan emosional pascapersalinan (Suciawati dkk., 2023).

Hubungan paritas dengan tingkat depresi ibu *postpartum* menunjukkan bahwa ibu dengan paritas tinggi, atau yang memiliki lebih banyak anak, cenderung mengalami tingkat depresi yang lebih tinggi setelah melahirkan. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor kelelahan fisik, tekanan psikologis, dan kurangnya waktu untuk diri sendiri, yang semakin meningkat seiring bertambahnya jumlah anak. Sebaliknya, ibu dengan paritas rendah mungkin merasa lebih mudah mengelola peran baru mereka, meskipun tetap berisiko mengalami depresi *postpartum* (Sari, 2020).

Hubungan sosial ekonomi dengan tingkat depresi ibu *postpartum* menunjukkan bahwa ibu dengan status ekonomi yang lebih rendah, seperti pendapatan yang terbatas atau pekerjaan yang tidak stabil, cenderung lebih berisiko mengalami depresi setelah melahirkan. Faktor-faktor seperti stres finansial, keterbatasan akses terhadap perawatan kesehatan, dan kurangnya dukungan sosial sering kali memperburuk kondisi mental ibu *postpartum*, menjadikannya lebih rentan terhadap gejala depresi. Sebaliknya, ibu dengan kondisi sosial ekonomi yang lebih baik umumnya memiliki lebih banyak sumber daya untuk mendukung pemulihan emosional dan fisik setelah melahirkan (Sari, 2020).

Dukungan suami memiliki peran krusial dalam menurunkan risiko depresi *postpartum* pada ibu. Suami yang memberikan dukungan emosional, seperti mendengarkan keluhan, memberikan semangat, serta membantu dalam pengasuhan bayi dan pekerjaan rumah tangga, dapat membantu ibu merasa lebih dihargai dan tidak terbebani secara fisik maupun mental. Sebaliknya, kurangnya dukungan

suami dapat meningkatkan stres, kelelahan, dan perasaan kesepian, yang berkontribusi terhadap munculnya gejala depresi *postpartum* (Suciawati dkk., 2023).

Depresi *postpartum* juga dapat dipengaruhi oleh jenis persalinan yang dialami ibu. Ibu yang menjalani persalinan dengan bedah cenderung mengalami depresi *postpartum* lebih sering dibandingkan dengan ibu yang melahirkan secara pervagina. Hal ini disebabkan oleh proses penyembuhan setelah persalinan bedah yang memerlukan waktu lebih lama, sehingga menghambat ibu untuk menjalani peran barunya (Sari, 2020).

3. *Postpartum* Psikosis

Postpartum psikosis adalah gangguan mental serius yang terjadi pada ibu setelah melahirkan, biasanya dalam dua minggu pertama pasca persalinan, dan ditandai dengan gejala psikotik seperti delusi, halusinasi, kebingungan, serta gangguan perilaku. Meskipun penyebab pastinya belum sepenuhnya dipahami, faktor risiko seperti perubahan hormon, riwayat gangguan mental (terutama gangguan bipolar), dan stres terkait persalinan dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kondisi ini. Diagnosis *postpartum* psikosis dilakukan melalui evaluasi klinis, dan penanganan utama meliputi penggunaan obat antipsikotik serta perawatan medis intensif, dengan rawat inap jika diperlukan. Dengan pengobatan yang tepat, prognosis untuk pemulihan ibu biasanya baik, meskipun prosesnya bisa memakan waktu dan memerlukan dukungan sosial yang kuat. Pencegahan melibatkan pemantauan ketat pada ibu dengan riwayat gangguan mental dan pendidikan mengenai gejala awal *postpartum* psikosis. (Yuliana dan Hakim, 2020).

C. *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

Untuk mengukur kejadian *postpartum blues* digunakan alat yang disebut *The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Alat ini telah terbukti valid dan dikembangkan secara khusus untuk mengidentifikasi wanita yang mengalami depresi *postpartum*, baik dalam konteks klinis maupun penelitian (Cox dkk., 1987). *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* adalah kuesioner *self-report* yang dikembangkan di sebuah pusat kesehatan di Edinburgh pada tahun 1987. Pengembangan EPDS dilakukan oleh Cox, Holden, dan Sagovsky (1987) berdasarkan skala pengukuran yang sudah ada sebelumnya, yaitu *Irritability, Depression and Anxiety Scale (IDA)*, *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*, dan *Anxiety and Depression Scale. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* diterbitkan lebih dari 30 tahun yang lalu sebagai kuesioner untuk memfasilitasi deteksi depresi prenatal dan untuk digunakan dalam riset. Ini banyak digunakan saat ini di berbagai wilayah dunia dan telah diterjemahkan ke lebih dari 60 bahasa (Cox dkk., 1987).

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) termasuk dalam kategori *short-form questionnaire*, karena hanya terdiri 10 pertanyaan singkat yang dapat diselesaikan 5-10 menit. Dari 10 item pernyataan terdapat tiga indikasi dalam EPDS yang meningkatkan risiko terjadinya depresi *postpartum* yaitu, *Anhedonia* atau kesedihan untuk pernyataan nomor 1, 2, dan 6, *Anxiety* atau kecemasan untuk pernyataan nomor 3, 4, dan 5, serta *Depressive mood* atau suasana hati depresi untuk pernyataan nomor 7, 8, 9, dan 10. Jumlah skor 9 sampai 10 pada EPDS mengindikasikan responden berisiko mengalami depresi *postpartum* atau pernah dan sedang mengalami *postpartum blues*. Ibu yang memiliki gejala depresi tanpa

adanya ide bunuh diri dan gangguan fungsi mayor atau mempunyai nilai EPDS antara 5 sampai 9 harus dievaluasi kembali dua sampai empat minggu. Total nilai 12 sampai 13 pada EPDS mengindikasikan responden berisiko tinggi mengalami depresi *postpartum* (Cox dkk., 1987).

Terdapat empat pilihan jawaban pada setiap item pernyataan. Sistem *scoring* atau penilaian pada masing-masing pilihan jawaban di masing-masing item pernyataan adalah 0 sampai 3. Untuk pernyataan nomor 1, 2, dan 4 nilai jawaban dari atas ke bawah secara berurutan adalah 0 sampai 3. Sedangkan untuk pernyataan lainnya, yaitu nomor 3 dan 5 sampai 10 nilai jawaban dari atas ke bawah secara berurutan adalah sebaliknya, yaitu 3 sampai 0. Nilai maksimum responden jika menjawab dengan skor 3 pada masing-masing item adalah 30. Nilai yang diperoleh dibagi menjadi 4 kategori yaitu sebagai berikut:

- 1) Tidak ada risiko depresi bila akumulasi nilai EPDS 0-4.
- 2) Ada risiko rendah depresi bila akumulasi nilai EPDS 5-9.
- 3) Ada risiko sedang depresi bila akumulasi nilai EPDS 10-12.
- 4) Risiko tinggi depresi bila akumulasi nilai EPDS >12 (Cox dkk., 1987).

Instruksi penggunaan EPDS adalah sebagai berikut:

1. Ibu diminta untuk mencentang jawaban yang paling sesuai dengan apa yang ia rasakan selama 7 hari terakhir.
2. Seluruh item (10 item) harus diisi oleh ibu.
3. Perhatian perlu diberikan untuk mencegah ibu mendiskusikan jawabannya dengan yang lain.
4. Ibu harus melengkapi sendiri jawabannya, kecuali jika ia memiliki pemahaman yang kurang terhadap bahasa atau memiliki kesulitan membaca.

5. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) dapat diberikan pada ibu tiap waktu dari setelah persalinan hingga 52 minggu yang diidentifikasi mengalami gejala depresi baik secara subjektif atau objektif (Cox dkk., 1987).