

**DEPRESI PADA WANITA MENOPAUSE DAN  
HUBUNGANNYA DENGAN KUALITAS HIDUP**

**TESIS**



**UNIVERSITAS ANDALAS**

**MONDALE SAPUTRA**  
**No. CHS 16686**

**BAGIAN / SMF OBSTETRI DAN GINEKOLOGI  
RSUP Dr. M. DJAMIL FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ANDALAS PADANG**

**2011**

# **DEPRESI PADA WANITA MENOPAUSE DAN HUBUNGANNYA DENGAN KUALITAS HIDUP**

**TESIS**

**MONDALE SAPUTRA**

**Disahkan pada tanggal: 5 Januari 2011**

**Ketua Bagian/ SMF  
Obstetri dan Ginekologi  
Fakultas Kedokteran UNAND/  
RS. Dr. M. Djamil Padang**

**Ketua Program Studi  
PPDS Obstetri dan Ginekologi  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Andalas Padang**

  
**DR. Dr. H. Joserizal Serudji, SpOG (K)**  
**NIP. 19560829 198403 1 001**

  
**Dr. H. Pelsi Sulaini, SpOG (K)**  
**NIP. 19510808 198011 1 001**



# DEPRESI PADA WANITA MENOPAUSE DAN HUBUNGANNYA DENGAN KUALITAS HIDUP

TESIS

MONDALE SAPUTRA

Penguji

1. DR. Dr. H. Joesrizal Serudji, SpOG (K)

: \_\_\_\_\_

2. Dr. Hj. Yusrawati, SpOG (K)

: \_\_\_\_\_

3. Dr. H. Syahredil A, SpOG (K)

: \_\_\_\_\_

Pembimbing

1. Dr. Hj. Putri Sri Lasmini, SpOG (K)

: \_\_\_\_\_

2. Dr. H. Edison, MPH

: \_\_\_\_\_

## ABSTRAK

SAPUTRA, M. 2011. DEPRESI PADA WANITA MENOPAUSE DAN HUBUNGANNYA DENGAN KUALITAS HIDUP. Tesis. Bagian / SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. RSUP Dr. M. Djamil Padang

**Latar Belakang.** Wanita menopause mengalami bermacam gejala. Gejala psikologis mudah tersinggung, emosi labil, pelupa, sampai depresi sering dialami. Depresi dan stres menjadi mitos untuk wanita yang memasuki usia paruh baya dan mempengaruhi lebih dari 25% wanita dalam kehidupannya. Depresi berpengaruh pada meningkatnya prevalensi gangguan kualitas hidup. Penelitian tentang kualitas hidup terhadap stres dan depresi saat ini masih sedikit dilakukan. Berbagai hasil penelitian terdahulu mengenai depresi pada wanita menopause dan hubungannya dengan kualitas hidup masih memperlihatkan hasil yang kontroversi. Sehubungan dengan hal tersebut diatas penulis ingin melakukan penelitian tentang depresi pada wanita menopause dan hubungannya dengan kualitas hidup.

**Tujuan.** Untuk mengetahui apakah terdapat hubungan kejadian depresi pada wanita menopause dengan kualitas hidup?

**Tempat.** Posyandu Lansia Puskesmas Nanggalo Kota Padang

**Waktu.** Juli – November 2010

**Rancangan.** *Cross Sectional Analytic*

**Bahan dan cara kerja.** Pengambilan sampel dilakukan secara *Random Block Sampling*. Kemudian sampel yang memenuhi kriteria inklusi mengisi kuesioner *Beck Depression Inventory* dan kuesioner *Utian Quality of Life*. Dari hasil kuesioner sampel dikelompokkan menjadi depresi atau tidak dan tingkat kualitas hidup baik atau kurang. Data kemudian diolah secara komputerisasi dengan menggunakan perangkat *SPSS for windows* dan dilakukan uji statistik yaitu OR dan *Chi-Square*.

**Hasil.** Hasil penelitian didapatkan bahwa karakteristik 100 orang responden yaitu tingkat pendidikan dan status pekerjaan kelompok depresi (+) dan depresi (-) seimbang sehingga kedua kelompok tersebut dapat dibandingkan. Data menunjukkan 8 subjek (8.0%) mengalami depresi dan kualitas hidup yang kurang, sebaliknya 50 subjek (50.0%) tanpa depresi dengan kualitas hidup yang baik. Analisis statistik dengan *Chi Square* memperlihatkan tidak ada perbedaan antara terjadinya kualitas hidup berdasarkan adanya depresi ( $p = 0.774$ ,  $p > 0.05$ )

**Kesimpulan.** Pada penelitian ini tidak terdapat hubungan yang bermakna antara depresi pada wanita menopause dengan kualitas hidup.

**Kata Kunci.** Depresi, menopause, kualitas hidup.

## ABSTRACT

**SAPUTRA, M. 2011. MENOPAUSE AND DEPRESSION IN WOMEN WITH REGARD TO QUALITY OF LIFE.** Thesis. Departement of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, University of Andalas. Dr. M. Djamil Padang

**Background.** Menopausal women experience a variety of symptoms. Psychological symptoms such as irritability, emotional instability, forgetfulness, until the depression often experienced. Depression and stress become a myth for women entering middle age and affects more than 25% of women in his life. Depression affected by the increasing prevalence of disorder on quality of life. Research on quality of life of stress and depression is still a bit done. Various results of previous research on depression in menopausal women and its relationship to quality of life still shows the results of the controversy. Relative to the above authors would like to do research on depression in menopausal women and its relationship to quality of life.

**Objectives.** To find out whether there is a relationship occurrence of depression in menopausal women with quality of life?

**Location.** Elderly Posyandu Health Center Nanggalo Padang

**Time.** July-November 2010

**Design.** Cross Sectional Analytic

**Materials and methods.** Random Sampling is done in Block Sampling. Then the samples that meet the inclusion criteria to fill out questionnaires Beck Depression Inventory and the Utian Quality of Life questionnaire. From the results of a sample questionnaire are grouped into depressed or not and whether the level of quality of life or less. The data are then processed using the computerized SPSS for windows and conducted statistical tests namely OR and Chi-Square.

**Results.** From the research results can be seen that the characteristics of 100 respondents namely educational level and employment status depression group (+) and depression (-) balanced so that both groups can be compared. The data show eight subjects (8.0%) experienced depression and poor quality of life, otherwise 50 subjects (50.0%) without depression with good quality of life. Statistical analysis with Chi Square showed no difference between the quality of life based on the presence of depression ( $p = 0.774$ ,  $p > 0.05$ )

**Conclusion.** In this study there was no significant correlation between depression in menopausal women with quality of life.

**Keywords.** Depression, menopause, quality of life.

## KATA PENGANTAR



*Allhamdulillah*, puji syukur penulis ucapkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya selama penulis menjalani pendidikan sampai menyelesaikan tesis ini.

Tesis dengan judul **DEPRESI PADA WANITA MENOPAUSE DAN HUBUNGANNYA DENGAN KUALITAS HIDUP** disusun sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG) pada Program Pendidikan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RS Dr. M. Djamil Padang.

Penulis menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna baik dari segi, penulisan, isi maupun pembahasannya. Penulis berharap tulisan ini dapat menambah perbendaharaan ilmiah untuk penelitian lebih lanjut dalam upaya menurunkan angka morbiditas sebagai dampak dari persalinan *pervaginam*, agar setiap penolong persalinan lebih berhati-hati dalam menolong sehingga dapat meminimalkan serta menghilangkan semua dampak persalinan tersebut.

Berbagai pihak telah mendorong, memberi semangat dan membantu serta membimbing penulis untuk dapat menyelesaikan tesis ini.

Kepada DR. Dr. H. Joserizal Serudji, SpOG(K), Ketua Bagian / SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RS Dr. M. Djamil Padang, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah memberikan bimbingan, dorongan, semangat, nasehat, kepercayaan serta menanamkan etika, disiplin dan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. H. Pelsi Sulaini, SpOG(K), KPS PPDS Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RS Dr. M. Djamil Padang, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah memberikan bimbingan, dorongan, semangat, nasehat, kepercayaan serta menanamkan etika, disiplin dan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. Hj. Putri Sri Lasmini, SpOG K, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah membimbing penulis mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan penyelesaian akhir tesis ini, serta memberikan bimbingan, dorongan, nasehat, kepercayaan serta menanamkan etika, disiplin dan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. H. Edison, MPH, pembimbing statistik dan metode penelitian, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah meluangkan waktu untuk mengajari penulis memahami metode penelitian. Dengan dorongan semangat dan nasehat serta rasa tanggung jawab beliau pada penulis selama menyelesaikan tesis ini.

Kepada Prof. Dr. H. Djujar Sulin, SpOG (K), Guru Besar Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RS Dr. M. Djamil Padang, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang memberikan bimbingan, dorongan, nasehat, kepercayaan serta menanamkan etika, disiplin dan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Prof. Dr. H.K. Suheimi, SpOG (K), Guru Besar Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RS Dr. M. Djamil Padang, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang memberikan dorongan, nasehat, kepercayaan serta menanamkan etika, disiplin dan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Prof. Dr. H. Mahjuddin Soeleman, SpOG (K), Guru Besar Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RS Dr. M. Djamil Padang, penulis menyampaikan terima kasih atas bimbingan yang bermanfaat selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. H. Erman Bakar, SpOG (K) (alm), penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang memberikan bimbingan, dorongan, nasehat, kepercayaan serta menanamkan etika, disiplin dan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. H. Helfial Helmi, SpOG, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah memberikan bimbingan, dorongan, nasehat, kepercayaan serta menanamkan etika, disiplin dan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. H. Ariadi, SpOG, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah memberikan bimbingan, dorongan, nasehat, kepercayaan serta menanamkan etika, disiplin dan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. Hj. Desmiwati, SpOG (K), penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah memberikan bimbingan, dorongan, nasehat, kepercayaan serta menanamkan etika, disiplin dan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. Hj. Ermawati, SpOG (K), penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah memberikan bimbingan, dorongan, nasehat, kepercayaan serta menanamkan etika, disiplin dan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. H. Syahredi SA, SpOG (K), penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah memberikan bimbingan, dorongan, semangat dan nasehat serta menanamkan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. Hj. Yusrawati, SpOG (K), penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah

membimbing penulis mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan penyelesaian akhir tesis ini serta memberikan bimbingan, dorongan, nasehat dan menanamkan rasa tanggung jawab selama penulis mengikuti pendidikan

Kepada Dr. Bobby Indra Utama, SpOG, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah memberikan dorongan dan semangat selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. H. Defrin, SpOG, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang memberikan dorongan dan semangat selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. Andi Friadi SpOG, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang memberikan dorongan dan semangat selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. Hj. Armeina Bustami, SpOG, Dr. H. Masrizal N, SpOG, Dr. Marsal Salvina, SpOG, Dr. H. Zulhanif Nazar, SpOG, Dr. Erman Ramli, SpOG (K), Dr. Aladin, SpOG (K), Helwi Nofira, SpOG, Dr. Ferdinal Ferri, SpOG dan Dr. Hendri Zola, SpOG sebagai konsulen Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas di Rumah Sakit Jejaring, penulis menyampaikan terima kasih yang tulus dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau yang telah memberikan bimbingan dan nasehat serta menanamkan rasa tanggung jawab dan disiplin selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada Dr. H. Suchyar Iskandar, MKes dan Dr. H. Yanuar Hamid, SpPD. MARS sebagai mantan Direktur Utama RS Dr. M. Djamil Padang, Dr. Hj. Aumas Pabuti, SpA (K) MARS sebagai Direktur Utama RS Dr. M. Djamil Padang penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati beliau menerima dan memberi kesempatan penulis memanfaatkan fasilitas RS Dr. M. Djamil Padang selama pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.

Kepada Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang beserta seluruh staf, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan

atas kebaikan dan ketulusan hati mereka menerima dan memberi kesempatan penulis menjalani pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.

Kepada Ketua Bagian Anestesi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RS Dr. M. Djamil Padang beserta staf, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati mereka menerima, memberi kesempatan dan membimbing penulis selama menjalani stase di bagian Anestesi.

Kepada Ketua Bagian Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RS Dr. M. Djamil Padang beserta staf, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kebaikan dan ketulusan hati mereka menerima, memberi kesempatan dan membimbing penulis selama menjalani stase di bagian Patologi Anatomi.

Kepada para sejawat residen peserta PPDS Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RS Dr. M. Djamil Padang, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kerjasama, bantuan dan dukungan yang tulus yang telah diberikan selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada semua paramedis di Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RS Dr. M. Djamil Padang, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kerjasama dan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan.

Kepada semua paramedis Kamar Operasi dan IGD RS Dr. M. Djamil Padang, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan atas kerjasama dan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan.

Penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan kepada semua pasien Obstetri dan Ginekologi RS Dr. M. Djamil Padang dan Rumah Sakit jejaring yang pernah dalam perawatan dan pengelolaan penulis selama mengikuti pendidikan Dokter Spesialis dan mohon maaf atas segala kekurangan serta kekhilafan yang pernah terjadi.

Kepada orang tua penulis, ayahanda H. Darnalis dan ibunda Hj. Rahmah yang telah melahirkan, membesarkan dan mendidik penulis dengan penuh kasih sayang, keikhlasan, dan pengorbanan yang tak terhingga dan tak henti-hentinya yang takkan pernah mampu penulis balas. Penulis menyampaikan sembah sujud penghargaan dan terima kasih yang tak terhingga, semoga beliau selalu dilimpahkan rahmat dan karunia oleh Allah SWT.

Kepada ayah dan ibu mertua, Dr. H. Syaiful Azmi, SpPD KGH FINASIM dan Dr. Hj. Getry Sukmawati, SpM (K), ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan atas ketulusan, bantuan dan keikhlasan dalam memberi semangat dan nasehat selama penulis menjalani pendidikan. Semoga Allah SWT memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada mereka.

Kepada kakanda Rieta Yanti, Zofri, Wina Deswita, Defri Indra dan adinda Diana Yulia yang terkasih, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas ketulusan, kesabaran dan bantuan yang selama penulis menjalani pendidikan. Semoga Allah SWT memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada mereka.

Khususnya kepada istri tercinta Prima Sanita Syaiful, SE MM yang penuh kesabaran, pengertian serta pengorbanan yang tak ternilai, pendorong moril bagi penulis untuk menyelesaikan pendidikan ini, penulis ucapkan terima kasih beriring rasa cinta dan kasih sayang yang tak terhingga.

Terima kasih kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan bantuan moril maupun materil selama penulis mengikuti pendidikan. Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan karunia-Nya serta memberikan kelapangan, ketentraman dan kemuliaan kepada kita semua.

**Akhir kata saya bersyukur kepada Allah SWT karena atas izin-Nya maka tesis ini dapat diselesaikan.**

**Allhamdulillah Hirabbil Alamin.**

**Padang, Januari 2011**

**Penulis,**

**Mondale Saputra**

ABSTRACT

KATA PENGANTAR

SYARIF

DAFTAR ISI

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR TABEL

DAFTAR LAMPIRAN

SABIT

A. ...

B. ...

C. ...

D. ...

E. ...

F. ...

G. ...

H. ...

I. ...

J. ...

K. ...

L. ...

M. ...

N. ...

O. ...

P. ...

Q. ...

R. ...

S. ...

T. ...

U. ...

## DAFTAR ISI

<b>ABSTRAK</b> .....	iii
<b>ABSTRACT</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xiv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xv
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvii

### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Kerangka Pemikiran .....	4
E. Hipotesis Penelitian .....	8
F. Manfaat Penelitian .....	8

### **BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN**

A. Pengertian Menopause dan Istilah Terkait .....	9
B. Gejala dan Keluhan Wanita Menopause .....	12
C. Kualitas Hidup Wanita Menopause .....	17
D. Hubungan Depresi Pada Wanita Menopause dengan Kualitas Hidup .....	21
E. Kerangka Konsep .....	25

### **BAB III METODOLOGI PENELITIAN**

A. Rancangan Penelitian .....	26
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	26
C. Populasi dan Sampel.....	26
D. Metode Pengambilan Sampel.....	27
E. Alat yang digunakan.....	27
F. Teknik Pengambilan Sampel.....	28
G. Cara Kerja.....	28
H. Analisa Data dan Uji Statistik.....	28
I. Batasan Operasional.....	29
J. Alur Penelitian.....	30
K. Etika Penelitian.....	30

### **BAB IV HASIL PENELITIAN**

A. Karakteristik Subjek Teliti.....	31
B. Hubungan Tingkat Depresi dan Kualitas Hidup.....	32

### **BAB V PEMBAHASAN**

A. Karakteristik Subjek Teliti.....	33
B. Hubungan Depresi dan Kualitas Hidup.....	33

### **BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan.....	35
B. Saran.....	35

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR SINGKATAN

- FSH** : *Follicle Stimulating Hormone*
- LH** : *Luteinizing Hormone*
- PFD** : *Pelvic Floor Dysfunction*
- IMS** : *International Menopause Society*
- BDI** : *Beck Depression Inventory*
- UQOL** : *Utian Quality of Life*

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Fase Kehidupan Wanita.....	11
Gambar 2. Masa Klimakterium.....	11

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 1.</b>	<b>Karakteristik dasar subjek teliti.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabel 2.</b>	<b>Hubungan depresi dengan kualitas hidup.....</b>	<b>32</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Pernyataan Persetujuan Mengikuti Penelitian.....	40
Lampiran 2. Kuesioner.....	41
Lampiran 3. Master Tabel.....	46

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Menopause sebenarnya adalah kejadian sesaat saja dimana terjadinya haid yang terakhir. Namun umumnya para ahli lebih senang menggunakan istilah ini walaupun kurang tepat. Istilah yang paling tepat untuk digunakan adalah klimakterium. Sementara pascamenopause adalah masa setelah menopause sampai senium yang dimulai setelah 12 bulan amenorea<sup>Baziad A, 2008</sup>

Seorang wanita yang memasuki masa menopause mengalami berbagai macam gejala. Ada gejala jangka pendek dan jangka panjang. Gejala jangka pendek meliputi ketidakstabilan vasomotor, gejala psikologis, urogenital, kulit dan mata. Gejala vasomotor seperti *hot flushes*, banyak berkeringat, berdebar-debar, sakit kepala. Gejala psikologis seperti mudah tersinggung, lesu, emosi labil, pelupa, libido menurun sampai depresi. Gejala urogenital seperti vagina kering, nyeri senggama, keluhan uretra. Keluhan kulit seperti kulit kering, rambut kering, kuku rapu. Sedangkan gejala jangka panjang terdiri atas osteoporosis, penyakit kardiovaskuler, dan Dementia Alzheimer.<sup>Pramono N, 1998</sup>

Depresi dan stres merupakan beberapa dari gejala yang biasa dialami. Depresi dan stres menjadi mitos umum untuk wanita yang memasuki usia paruh baya sehingga mereka menganggap depresi merupakan hal yang normal untuk wanita seusia mereka. Depresi berat tidak boleh dilihat sebagai suatu kejadian yang biasa, dan wanita yang menderita depresi pada masa tertentu dalam kehidupannya seharusnya menerima perhatian yang sama dengan penyakit lainnya. Ada masa transisi yang dikenal dengan perimenopause saat wanita menjadi lebih mudah mengalami depresi. Masa ini adalah masa saat

periode menstruasi perlahan-lahan mulai berkurang dan menjadi jarang. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2006; Kahn DA et al., 2001

Samil, 1992 melaporkan hasil penelitiannya bahwa wanita Jawa Tengah yang di kota dan berpendidikan mengalami menopause pada umur 50.2 tahun, sedangkan wanita Minangkabau 48.7 tahun. Angka ini hampir sama dengan angka rerata umur wanita Amerika dan Eropa. Pramono, 1998

Sindroma menopause jarang dikeluhkan pada wanita pedesaan, sedangkan pada wanita perkotaan telah mulai banyak dikeluhkan. Hal ini dimungkinkan karena mereka telah mendapatkan penyuluhan – penyuluhan mengenai sindroma menopause. Keluhan - keluhan subjektif pada masa menopause dipengaruhi latar belakang pendidikan dan kegiatan sehari – hari dalam bidang kerja dan keadaan lingkungan keluarga. Keluhan seksual sulit didapatkan karena masih kurang keterbukaan mengingat budaya setempat. Penelitian yang sama di daerah atau di provinsi lain belum banyak dilakukan, sehingga belum menggambarkan keadaan sesungguhnya bagi wanita menopause di Indonesia. Baziad A, 1997

Keluhan psikologik berupa sifat mudah tersinggung, depresi, atau rasa rendah diri, rasa takut, gugup dan gangguan emosional lainnya lebih mudah terjadi pada wanita dengan emosi yang labil. Apabila pengendalian diri pada masa ini tidak dapat diatasi, akan mudah terjadi gangguan kepribadian yang lebih berat sampai terjadinya gangguan kejiwaan dan memerlukan pengobatan. American Society for Reproductive Medicine, 2008

Gejala-gejala menopause tersebut akan berpengaruh dengan meningkatnya prevalensi gangguan yang memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup. Studi-studi tentang kualitas hidup terhadap stres dan depresi saat ini masih sedikit dilakukan dan hanya memberikan hasil yang belum dapat disimpulkan dengan pasti. Studi dari laporan prevalensi rata-rata yang lain memiliki hasil yang terlalu lebar/luas. Pada pembahasan depresi, satu studi *cross-sectional* menyatakan

bahwa depresi tidak dapat memprediksi gejala menopause. Sebaliknya, Studi kohort memperlihatkan bahwa riwayat depresi memprediksi transisi menopause. Sedangkan hasil studi *kohort* dan *cross-sectional* yang tersedia tentang menurunnya kualitas hidup menopause masih mengalami konflik. <sup>Nelson HD et al.,2005</sup> Atas dasar ini maka peneliti tertarik untuk melihat apakah kejadian depresi pada wanita menopause mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap kualitas hidup.

Puskesmas Nanggalo terletak di Kecamatan Nanggalo. Wilayah kerja terdiri dari 3 kelurahan dengan luas wilayah kerjanya ± 15,7 km<sup>2</sup>. Jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Nanggalo ± 33.628 jiwa. Penduduk Kecamatan Nanggalo sebagian besar Pegawai Negeri Sipil, sebagian kecil dari pedagang, swasta, buruh dan bertani. <sup>Puskesmas Nanggalo, 2010</sup>

Data usia lanjut (lansia) tahun 2009 terdiri dari jumlah pra usia lanjut (45-59 tahun) adalah 669 orang dan jumlah usia lanjut (>60 tahun) adalah 2.608 orang. Kegiatan lansia di Puskesmas Nanggalo terdiri dari senam/latihan kesegaran jasmani, pemeriksaan berkala sebulan, penyuluhan kesehatan/gizi, pembinaan mental dan rekreasi Pelayanan lansia dilakukan pada balai pengobatan lansia (BP Lansia) setiap hari di puskesmas induk dan di posyandu lansia rutin sekali sebulan pada 20 pos. Karena banyaknya program untuk lansia dan telah rutin dilakukan sehingga Puskesmas Nanggalo menggalakkan dirinya sebagai Puskesmas santun lansia sejak 2 tahun yang lalu. Oleh karena itulah wilayah kerja Puskesmas Nanggalo dipilih sebagai objek penelitian depresi pada wanita menopause dan hubungannya dengan kualitas hidup.

## **B. Rumusan Masalah**

Apakah terdapat hubungan kejadian depresi pada wanita menopause dengan kualitas hidup?

### C. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui apakah terdapat hubungan kejadian depresi pada wanita menopause dengan kualitas hidup?

### D. Kerangka Pemikiran

Kualitas hidup adalah kesempatan untuk dapat hidup nyaman, mempertahankan keadaan fisiologis sejalan dengan imbang psikologis, di dalam kehidupan sehari-hari. Telah diketahui bahwa kehidupan wanita dibagi dalam empat kurun waktu, yaitu pada masa kanak-kanak, remaja, reproduksi dan pascareproduksi. Keempat kurun waktu tersebut berlangsung secara sekuental dan merupakan proses alamiah. Adanya perubahan yang terjadi di setiap kurun waktu akan menyebabkan pengaruh terhadap kualitas hidup seorang wanita tersebut. Daly et al menyatakan bahwa kualitas hidup dirasakan sangat berat dengan adanya gejala menopause, menandakan bahwa pengaruh dari gejala-gejala menopause disepelekan. <sup>Pramono N, 1998;Fuh JL et al., 2003</sup>

Kualitas hidup merupakan konsep kesehatan multidimensi terutama memperlihatkan gejala subjektif yang mempengaruhi perasaan seseorang dan fungsi kesehariannya. Kualitas hidup mencakup beberapa area penting seperti perasaan seseorang, ketidakmampuan melaksanakan tugas, dan fungsi fisik, psikologis dan sosial. <sup>Fuh JL et al., 2003;Gutierrez CV et al., 2006; American Society for Reproductive Medicine, 2008</sup>

Mengatur kualitas hidup yang optimal merupakan prioritas untuk wanita saat mereka berada pada masa perimenopause. Persepsi wanita terhadap kualitas hidup mereka berasal dari beragam faktor termasuk gejala-gejala menopause yang dialami. Gambaran keseluruhan kualitas hidup menjadi area yang sangat luas yang mencerminkan fungsi biopsikososial. <sup>Janata JW et al., 2003</sup>

Kualitas hidup merupakan parameter subjektif, sehingga pengukurannya bisa diketahui dengan menggunakan pertanyaan

"bagaimana perasaan pasien dan bagaimana fungsi kesehariannya". Kualitas hidup dipengaruhi oleh banyak variabel, dan salah satunya adalah menopause. Semua variabel yang mempengaruhi kualitas hidup secara garis besar adalah *emotional, occupational, health* dan *sexual function*.<sup>Hermann P.G, 2002, Janata JW et all, 2003</sup>

Depresi merupakan hasil interaksi dari berbagai faktor biologik, psikologik dan sosial. Faktor sosial adalah berkurangnya interaksi sosial, kesepian, berkabung dan kemiskinan. Faktor psikologik dapat berupa rasa rendah diri dan kurang rasa keakraban. Sedangkan faktor biologi adalah hilangnya sejumlah neurotransmitter di otak, kelainan genetik dan penyakit fisik.<sup>Nugraheni A, dkk, 2006</sup> Masalah mood minor, insomnia, dan gejala panas sering terjadi pada masa perimenopause. Pada sebagian wanita, gejala ini berlanjut ke gangguan mood berat yang dikenal sebagai depresi mayor. Risiko untuk depresi mayor paling tinggi terjadi pada wanita dengan riwayat depresi pada masa lalu atau pernah mengalami depresi postpartum. Wanita yang memiliki masalah dengan mood yang tertekan sekitar masa periode menstruasinya (gangguan disforik premenstrual) juga berada pada risiko tinggi untuk depresi mayor pada masa perimenopause. Dan beberapa wanita mengalami depresi pertama kali pada kehidupan selama perimenopause-nya.<sup>Kahn DA, 2001</sup>

Depresi mempengaruhi lebih dari 25% pada wanita dalam kehidupannya, suatu proporsi yang lebih tinggi daripada laki-laki. Depresi dapat menjadi penyakit yang melumpuhkan, membatasi aktivitas rutin sehari-hari. Sehingga pelaksanaan fungsi fisiologis sehari-hari bisa sangat terbatas dengan hasil akhirnya adalah penurunan kualitas hidup. Secara tidak langsung disini dapat disimpulkan bahwa depresi dapat mempengaruhi kualitas hidup pada wanita menopause. Beberapa studi epidemiologi telah melakukan survei adanya gejala depresi pada wanita usia pertengahan dan mengidentifikasi rerata dari gejala depresi berkisar 8-40%.<sup>Kahn DA, 2001; Schmidt, 2005</sup>

Beberapa teori telah diajukan untuk menjelaskan peningkatan depresi selama perimenopause. Sudut pandang psikologi klasik adalah "empty nest syndrome" atau aspek lain dari usia pertengahan membawa kepada rasa kehilangan dan kesedihan. Yang terbaru, para ahli berfokus pada efek biologi dari fluktuasi hormonal pada mood, berhubungan dengan masa dimana ovarium mulai sedikit menghasilkan estrogen. Estrogen berinteraksi dengan bahan kimia didalam otak yang mampu mempengaruhi mood. Pada beberapa wanita, penurunan estrogen selama perimenopause dapat membawa ke arah depresi. Gejala panas dan insomnia selama masa transisi ini dapat menjadi faktor penyebab distress emosi. Banyak pengobatan untuk depresi selama perimenopause yang telah dianjurkan, namun sebagian besar belum dievaluasi pada studi ilmiah. <sup>Kahn DA, 2001</sup>

Depresi mayor adalah jenis penyakit yang disebut gangguan mood yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mengalami keadaan mood yang normal. Gangguan mood merupakan penyakit biologis yang dipercaya penyebabnya oleh karena perubahan kimia di otak, dan kecenderungan untuk depresi kadang-kadang diturunkan secara genetik. Stres fisik dan emosional dapat memicu perubahan biologis yang muncul pada saat depresi, dan perubahan hormon yang menyebabkan menopause memicu perubahan seperti itu, khususnya pada wanita yang mudah terserang depresi karena kimia otak yang mendasarinya atau riwayat keluarganya. <sup>Kahn DA, 2001; Schmidt, 2005</sup>

Gejala dari depresi mayor termasuk : <sup>Kahn DA, 2001</sup>

- Depresi mood hampir di sepanjang hari, hampir setiap hari sampai 2 minggu atau lebih dan/atau
- Kehilangan minat atau kesenangan pada kegiatan rutin yang biasanya orang lain nikmati

Gejala lain dapat termasuk :

- Keletihan atau kehilangan energi
- Kegelisahan atau merasa lamban
- Merasa bersalah atau tidak berarti

- Sulit untuk konsentrasi
- Bermasalah dalam tidur atau tidur terlalu lama
- Pikiran yang berulang tentang kematian dan bunuh diri

Gangguan mood seperti depresi mayor tidak menjadi penyebab dari seseorang menderita gejala-gejala tersebut atau hasil dari "kelemahan" atau ketidakstabilan kepribadian. Mereka lebih kepada penyakit medis yang dapat ditangani dimana ada medikasi spesifik dan pendekatan psikoterapi yang membantu pada sebagian besar orang.

Seorang wanita yang merasa dirinya depresi dan berpikir ia juga mungkin akan memasuki masa menopause seharusnya dievaluasi oleh ginekolog untuk menentukan apakah gejala-gejalanya dapat berhubungan dengan transisi hormonal. Ia juga seharusnya menemui psikiatris atau profesional kesehatan mental lain, khususnya jika ia mengalami depresi berat atau jika ia pernah mengalami depresi di masa lalu. Sebagai bagian dari evaluasi, dokter akan <sup>Kahn DA, 2001</sup>

- Menanyakan riwayat gejala saat sekarang dan masa lalu secara teliti, baik emosional dan fisik
- Melakukan pemeriksaan fisik dan tes darah untuk mengevaluasi fungsi ovarium (jika ia masih dalam periode menstruasi) dan kelenjar tiroid (yang dapat menyebabkan depresi saat masa aktif)
- Menanyakan tentang stresor dalam kehidupan yang dapat mempengaruhi wanita.

Survei berdasarkan komunitas dari prevalensi depresi mayor atau minor juga menunjukkan bahwa transisi menopause merupakan waktu dimana terjadi peningkatan kerapuhan dalam perkembangan depresi. Penelitian dari Women's Health Across the Nation (SWAN) menggunakan ukuran dari 'distres psikologi' sebagai wakil untuk kelainan depresi dengan syarat gejala depresif inti (sedih, gelisah, dan iritabilitas) yang berlangsung selama 2 minggu. Survei cross-sectional awal dari SWAN mengobservasi bahwa wanita perimenopause

dilaporkan lebih mengalami distres psikologi secara signifikan daripada wanita premenopause dan postmenopause (berdasarkan laporan status siklus menstruasi). Freeman dan kawan-kawan mengidentifikasi peningkatan risiko untuk depresi (berdasarkan peningkatan skor CES-D dan Primary Care Evaluation of Mental Disorders [PRIME-MD]) selama perimenopause dibandingkan dengan premenopause dan postmenopause. <sup>Schmidt PJ, 2005</sup>

## **E. Hipotesis Penelitian**

Terdapat hubungan depresi pada wanita menopause dengan kualitas hidup.

## **F. Manfaat Penelitian**

1. Keilmuan : Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan mengenai kualitas hidup wanita menopause.
2. Penelitian : Diharapkan hasil penelitian ini dapat merangsang peneliti selanjutnya, yang berhubungan dengan kualitas hidup wanita menopause.
3. Pelayanan : Diharapkan dalam penelitian ini akan memberikan masukan sebagai dasar dalam tatalaksana gejala klimakterik wanita menopause.

## BAB II

### TINJAUAN KEPUSTAKAAN

#### A. Pengertian Menopause dan Istilah Terkait

Menopause dikenal juga sebagai perubahan kehidupan (*change of life*), terjadi pada wanita yang ovariumnya berhenti menghasilkan telur dan hormon. Menopause berasal dari bahasa latin *meno* yang berarti bulan, dan *pausia* yang berarti berhenti. (Nagar S, 2005) Pengertian Menopause menurut Utian (1999) adalah kegagalan ovarium akibat hilangnya fungsi folikular ovarium disertai defisiensi estrogen yang menyebabkan terhentinya secara permanen siklus menstruasi dan hilangnya fungsi reproduktif. (Torpy J.M et al., 2007; Krajewska K et al, 2007.; FDA Office of Women's Health, 2007, Royal College of Nursing, 2005

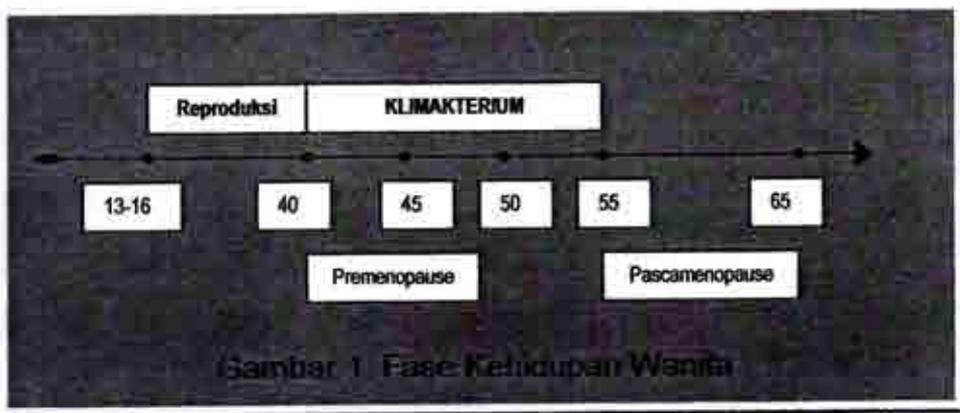
Fase transisional ini digambarkan sebagai waktu puncak dari masa menstruasi terakhir seorang wanita, bersama dengan gambaran endokrin, biologi, dan klinis menjelang menopause. Fase perpindahan dari masa reproduktif ke masa non reproduktif ini sebenarnya lebih tepat disebut sebagai fase klimakterium, akan tetapi banyak ahli lebih cenderung menggunakan istilah untuk fase ini dengan menopause, meskipun istilah ini sebenarnya kurang tepat, karena menopause merupakan kejadian sesaat saja yaitu perdarahan haid terakhir. (Royal College of Nursing, 2005

Menurut International Menopause Society (IMS), pada 1999, menyampaikan rekomendasi berdasarkan definisi WHO (1996), (Rymer J, 2000) Menopause alamiah (Natural menopause) adalah berhentinya menstruasi secara permanen sebagai akibat hilangnya aktivitas ovarium. Menopause alami ini dikenal bila terjadi amenore selama 12 bulan berturut – turut, tanpa ditemukan penyebab patologi atau fisiologi yang jelas.

Untuk kepentingan statistik dan epidemiologik, definisi menopause disesuaikan menjadi tidak adanya menstruasi selama 1 tahun. Bagaimanapun juga, definisi ini adalah hasil akhir dari berlangsungnya proses penurunan fungsi ovarium, di mana defisiensi hormon menyebabkan kerusakan sistemik yang progresif. Akibat dari kegagalan ovarium ini adalah terjadinya defisiensi permanen hormon multipel. Hal ini sangat penting untuk dipahami dan ditatalaksana, bila dilihat dari sisi endokrinologi.<sup>Baziad A, 1997</sup>

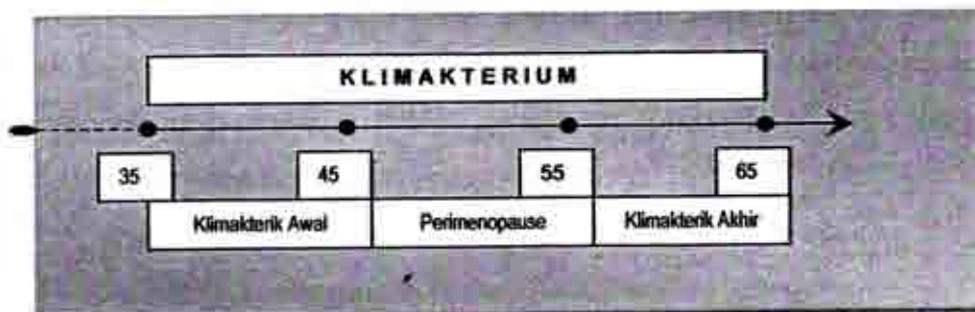
Menopause terjadi jika ovarium berhenti memproduksi estrogen. Keadaan ini akan menyebabkan kadar estrogen turun dan berhentinya menstruasi. Menopause juga dapat terjadi jika ovarium dibuang pada saat operasi atau berhenti fungsinya oleh karena sebab lain.<sup>Gold EB et al, 2001; Torpy JM et al., 2007; Nagar S, 2005; Coleman KA et al., 2004</sup>

Ketika lahir, wanita membawa sekitar 1,5 juta folikel di dalam ovarium dan jumlah ini akan terus berkurang ketika mencapai masa menarche sampai menjadi sekitar 400.000 folikel. Sebagian besar wanita akan mengalami lebih kurang 400 kali ovulasi diantara masa menarche dan menopause. Bila semua folikel ini menjadi atresia, ovarium tidak lagi dapat bereaksi terhadap gonadotropin hipofisis, maka produksi estrogen, progesteron dan hormon lainnya akan turut berkurang, sehingga berdampak pada perubahan fisik, psikologis dan fungsi seksual wanita postmenopause. Waktu seputar menopause disebut sebagai masa klimakterik. Masa ini dibagi menjadi beberapa bagian, yaitu.<sup>Baziad A, 2003</sup>



Gambar 1 Fase Kehidupan Wanita

Sebuah kepustakaan menyebutkan bahwa masa klimakterik berlangsung selama 30 tahun (usia 35-65 tahun), dan dibagi menjadi 3 bagian untuk kepentingan klinis, yaitu: klimakterik awal (35-45 tahun), perimenopause (46-55 tahun) dan klimakterik akhir (56-65 tahun).



Gambar 2. Masa Klimakterium

Menopause dimulai dengan menurunnya fungsi alat reproduksi dan organ pertama yang terkena adalah ovarium, berupa perubahan struktur dan fungsinya. Menjelang menopause terjadi perubahan hubungan hormon ovarium dan hipofise yang terbalik, dimana hormon ovarium menurun dan hipofise meninggi. Hormon ovarium terdiri atas Steroid (Progesteron dan Estradiol) serta Peptide (Inhibin dan Aktivin).<sup>Aso, 1997</sup>

Walaupun kadar hormon hipofise (FSH dan LH) meninggi, tetapi karena struktur ovarium sudah menua, maka ovarium sudah tidak responsif lagi. Karena kadar hormon steroid menurun, rangsangan endometrium berkurang terjadilah perubahan pola haid,

baik siklus maupun jumlahnya, sampai suatu waktu berhenti sama sekali. Gruber CJ et al, 2002

## B. Gejala dan Keluhan Wanita Menopause

Berkurang atau hilangnya estrogen dapat menyebabkan gejala vasomotor, gangguan tidur, gangguan mood, depresi, atrofi saluran kemih dan vagina, serta meningkatnya risiko kelainan kronis seperti osteoporosis, penyakit kardiovaskular dan penurunan fungsi kognitif. Gejala vasomotor merupakan keluhan terbanyak yang dilaporkan pasien. Dasar perubahan patofisiologi tersebut berkaitan dengan defisiensi estrogen yang mekanismenya telah banyak diketahui, namun efek dari ketiadaan progesteron dan penurunan androgen masih belum dapat dipahami sepenuhnya. Penyakit kardiovaskular adalah penyebab utama kematian pada masa pascamenopause, dengan hampir 50% wanita pascamenopause akan mengalami penyakit arteri koronaria di kemudian hari dan hampir 30% di antaranya meninggal dunia. Gruber CJ et al, 2002, Hosking D et al, 1998

Walaupun menopause<sup>7</sup> biasa diasosiasikan dengan keluhan di atas, tanggapan wanita dan masyarakat terhadap menopause berbeda di setiap komunitas. Wanita barat yang mengeluhkan gejala menopause sekitar 75%. Sedangkan di Asia, sebuah penelitian di Malaysia mengenai gejala menopause pada tahun 1990 melaporkan wanita Malaysia tidak mengalami gejala menopause yang serius. Lebih dari 70% populasi studi tidak pernah merasakan *hot-flushes*, berkeringat atau palpitasi. Adapun insidens dan keparahan dari gejala klimakterik ini bergantung terutama pada adanya ketidakstabilan emosi sejak sebelum menopause. Studi terdahulu pada tahun 1986 menemukan hanya sekitar 20% responden yang mengalami gejala menopause di atas. Tingkat pendidikan dan pekerjaan tidak mempengaruhi hal ini. Loprinzi CL et al, 1994; Fuh JL et al., 2003

Studi lain yang dilakukan pada 3200 wanita Jepang yang berusia antara 45 dan 60 tahun melaporkan kekakuan bahu sebagai keluhan utama yang mereka alami (45%) sedangkan untuk keluhan vasomotor hanya sekitar 25%. *International Health Report* menyimpulkan bahwa menopause di Asia memperlihatkan lebih sedikit keluhan daripada di Barat. Bagaimanapun juga harus diingat bahwa kesimpulan ini diambil dari survey yang menggunakan daftar gejala menopause yang berasal dari wanita Eropa, yang memiliki karakteristik berbeda dengan wanita Asia dalam hal ras, sosial ekonomi dan lingkungan. Fuh JL et al., 2003

Dua tipe gejala utama yaitu, yang berkaitan dengan gangguan vasomotor dan atrofi genital.

a. Gangguan vasomotor

Gejala vasomotor yang terdiri dari gejalak panas (*hot flush*) dan keringat malam terjadi pada 75% wanita pascamenopause dengan berbagai derajat keparahan, dimana hanya 30% di antaranya yang mencari pertolongan medis. Gejala ini dapat menetap lebih dari 5 tahun pada 25% wanita, bahkan pada sebagian kecil wanita akan menetap seumur hidup.

Etiologi gejalak panas masih belum diketahui dengan pasti, namun mungkin disebabkan oleh labilnya pusat termoregulator tubuh di hipotalamus yang diinduksi oleh penurunan kadar estrogen dan progesteron (Freedman 1995). Instabilitas ini menimbulkan perubahan yang tiba-tiba berupa vasodilatasi perifer mendadak dan bersifat sementara yang dikeluhkan pasien sebagai gejalak panas yang ditandai adanya peningkatan suhu tubuh pada saat itu. Bila terjadi pada malam hari, keadaan ini dilaporkan pasien sebagai keringat malam.

Baziad A, 2003; Rice VM, 2005

## b. Keluhan urogenital

Uretra dan vagina berasal dari jaringan embriologik yang sama, sehingga defisiensi estrogen menyebabkan atrofi pada keduanya. Dinding vagina akan menipis, dan terjadi atrofi kelenjar vagina, sehingga lubrikasi berkurang dan menyebabkan dispareuni. Menurunnya aktifitas seksual juga makin menurunkan lubrikasi dan memperparah atrofi. Efek defisiensi estrogen pada uretra dan kandung kemih berhubungan dengan sindrom uretral berupa *frequency*, *urgency* dan *disuria*.<sup>Brown JS et al., 1999; Coleman KA et al., 2004; Rice VM, 2005</sup>

Selain gejala dan keluhan diatas beberapa gejala yang menjadi masalah lain bagi wanita menopause adalah masalah kejiwaan yang juga berpengaruh terhadap kualitas hidup seorang wanita.

Terdapat berbagai pendapat dari beberapa ahli tentang sejauh mana masa menopause mempengaruhi kejiwaan dan sebaliknya, tetapi mereka sepakat bahwa pada masa ini keluhan kejiwaan memang akan lebih sering dialami seorang wanita yang tergantung pada persepsinya tentang menopause.<sup>Baziad A, 2003</sup>

Secara psikologik banyak perubahan yang terjadi pada masa menopause, seperti :

1. Berhentinya haid dan masa subur seorang wanita yang dapat berarti bebasnya wanita dari ketakutan akan kehamilan serta keharusan memakai pembalut. Tetapi ini dapat pula diartikan berhentinya fungsi sebagai wanita.
2. Pada masa ini keluarga biasanya telah mapan, hal ini mengakibatkan banyaknya sisa waktu bagi wanita untuk memperhatikan dirinya sendiri. Keadaan ini dapat menimbulkan rasa tak dibutuhkan lagi oleh keluarga.

3. Adanya perubahan fisik pada wanita, mengakibatkan secara fisik tidak menarik dibandingkan pada saat masih muda. Hal ini dapat mempengaruhi rasa percaya diri serta hubungan seksual dengan suami.

Keluhan psikologik berupa sifat mudah tersinggung, sampai depresi, atau rendah diri, rasa takut, gugup dan gangguan emosional lainnya lebih mudah terjadi pada wanita dengan emosi yang labil. Apabila pengendalian diri pada masa ini tidak dapat diatasi, akan mudah terjadi gangguan kepribadian yang lebih berat sampai terjadinya gangguan kejiwaan dan memerlukan pengobatan.

Kejadian depresi pada menopause didukung oleh beberapa teori terdiri atas 4 bagian, dimana masing-masingnya memiliki implikasi yang berbeda dalam penanganannya<sup>Avis E, 2003</sup>

1. Teori pertama disebut sebagai hipotesis domino yang menyatakan bahwa suasana hati wanita tertekan disebabkan oleh gejala vasomotor dan gangguan tidur terkait dengan menurunnya tingkat estrogen. Teori ini telah disebut sebagai hipotesis domino, ketidakstabilan vasomotor menyebabkan kekurangan tidur kronis,\* yang pada akhirnya menyebabkan mudah marah dan depresi Berdasarkan teori ini, terapi estrogen (atau rejimen pengobatan lain yang mengurangi gejala vasomotor) akan meningkatkan mood sejauh bahwa gejala yang berkurang
2. Teori Kedua adalah hipotesis biokimia yang diasosiasikan sebagai penurunan estrogen secara langsung dengan perubahan biokimia di otak yang menyebabkan depresi. Hipotesis ini mendapat dukungan dari kesamaan antara patofisiologi depresi dan efek neurobiologi dari estrogen. Dalam hal pengobatan, hipotesis ini menunjukkan bahwa terapi estrogen akan memiliki efek yang menguntungkan pada depresi terlepas dari apakah iya atau tidak seorang wanita mengalami gejala vasomotor.

3. Teori Ketiga adalah pandangan psikoanalitik, yang menyatakan bahwa awal transisi menopause adalah peristiwa penting dalam kehidupan seorang wanita yang berusia pertengahan dan merupakan ancaman bagi penyesuaian dan konsep diri. Pada tahun 1940-an, penulis psikoanalitik seperti Helen Deutsch dan Theresa Benedek, berpendapat bahwa menopause dilihat dari segi kehilangan fungsi reproduksi. Hipotesis ini berpendapat bahwa hilangnya kesuburan yang memiliki efek psikologis yang mengarah ke depresi. Psikoterapi dirancang untuk membantu wanita menyesuaikan diri. Ini adalah cara pengobatan yang terbaik.
4. Teori Keempat adalah perspektif situasi sosial yang menyatakan bahwa menopause tidak terkait dengan depresi, melainkan berbagai peristiwa kehidupan dan keadaan transisi menopause terkait dengan depresi. Perspektif ini dilihat sebagai banyaknya perubahan dalam kehidupan perempuan (misalnya, anak-anak meninggalkan rumah, peningkatan masalah kesehatan, dan penyakit serta kematian) yang dapat meningkatkan risiko seorang wanita untuk depresi dan gangguan psikologis lain. Menurut psikoterapi, antidepresan adalah pengobatan yang paling tepat untuk depresi yang dialami oleh perempuan selama masa transisi menopause.

Dengan konsep menopause sebagai penyakit defisiensi, maka pada umumnya para klinisi hanya berminat dan memfokuskan perhatiannya kepada keluhan menopause, terapi hormon, dan implikasinya terhadap penyakit kardiovaskuler dan osteoporosis. Sementara itu, aspek psikososialnya dipinggirkan dan kurang mendapatkan perhatian yang seimbang. Padahal, kita telah mengetahui sejak abad ke 17, adanya hubungan antara menopause dengan keluhan-keluhan yang dapat mengganggu

kualitas hidup, yang bersifat urogenitalis, vasomotor, dan psikosomatis. Torpy JM et al., 2007

### C. Kualitas Hidup Wanita Menopause

#### Konsep Kualitas Hidup

Datangnya menopause bagi wanita akan menimbulkan perasaan tidak berguna, karena mereka tidak dapat bereproduksi lagi. Inti dari kewanitaan adalah keberhasilan seorang wanita untuk mengisi peranannya sebagai seorang ibu dan seorang istri (Saparinah, 1991). Dengan asumsi tersebut menopause merupakan kejadian yang paling penting dan yang paling banyak menimbulkan permasalahan bagi wanita.

Definisi dari **kualitas hidup** adalah *kesempatan untuk dapat hidup nyaman, mempertahankan keadaan fisiologis sejalan dengan imbalanced psikologis, di dalam kehidupan sehari-hari*. Telah diketahui bahwa kehidupan wanita dibagi dalam empat kurun waktu, yaitu pada masa kanak-kanak, remaja, reproduksi dan pascareproduksi. Keempat kurun waktu tersebut berlangsung secara sekuental dan merupakan proses alamiah. Adanya perubahan yang terjadi di setiap kurun waktu akan menyebabkan pengaruh terhadap kualitas hidup seorang wanita tersebut. Daly et al. menyatakan bahwa kualitas hidup dirasakan sangat berat dengan adanya gejala menopause, menandakan bahwa pengaruh dari gejala-gejala menopause diabaikan. Pramono N, 1998;Fuh JL et al., 2003

Wanita hidup lebih lama, dan tentunya ini akan berpengaruh juga terhadap kualitas hidup yang diinginkan. Usia harapan hidup secara internasional 81 hingga 83 tahun. Tiga puluh persen dari hidupnya dihabiskan dalam periode perimenopause dan postmenopause. Sepertiga dari wanita sampai berumur 65 tahun telah menjalani histerektomi, dan sebagian besar darinya ovarium telah diangkat. American Society for Reproductive Medicine, 2008

Jika wanita dapat hidup lebih lama dan direncanakan memberikan suatu terapi yang harus dapat mencegah penyakit dan proses menurunnya kondisi tubuh, parameter yang paling penting yang harus dipertimbangkan adalah penilaian kualitas hidup. Dokter, obat-obatan, sistem komunikasi dan hubungan masyarakat, semuanya membutuhkan biaya. Kita harus meyakinkan bahwa kualitas hidup dapat ditingkatkan dengan pemberian terapi tersebut, sehingga wanita dapat hidup sampai umur 83 tahun atau lebih.<sup>Pramono N, 1998</sup>

Berbagai masalah akan muncul pada wanita pada masa menopause, yang mana secara alamiah adalah akibat dari pengaruh berkurangnya hormon estrogen. Secara langsung efek dini dari kekurangan estrogen ini adalah timbulnya gejala-gejala vasomotor seperti *hot flushes*, berkeringat di malam hari, palpitasi, dan sakit kepala. Diperkirakan bahwa sekitar 70% dari wanita barat mengalami gejala vasomotor ini, gejala umumnya akan bertahan selama dua atau tiga tahun sebelum menopause, atau mungkin bertahan selama bertahun-tahun setelah menopause.<sup>Pramono N, 1998</sup>

Selain dari masalah munculnya gejala vasomotor, masalah psikologis merupakan bagian masalah yang juga terdapat pada masa menopause. Tidak jelas mengapa masalah ini juga muncul. Banyak wanita tidak menyadari bahwa gejala berikut sebenarnya sangat normal pada tahap kehidupan, seperti hilangnya kepercayaan, depresi, iritabilitas, pelupa, sulit dalam berkonsentrasi, serta panik.

Selain dua permasalahan di atas menopause juga memberikan masalah dalam jangka waktu menengah akibat berkurangnya estrogen. Permasalahan yang muncul berupa munculnya keluhan pada organ-organ urogenital, serta terjadinya atrofi dari jaringan ikat.

Keluhan pada organ urogenital umumnya terjadi pada vagina dan uretra pada bagian distal. Turunnya kadar estrogen pasca

menopause akan mengakibatkan penurunan suplai darah kapiler pada vagina dan vulva. Akibatnya akan tampak merah serta kering atau yang lebih disering disebut atrofik vaginitis. Selain itu ada kehilangan kolagen dari jaringan dibawahnya yang berakibat epitel vagina menjadi tipis dan kurang elastis serta vagina akan tersa sempit dan lebih pendek, selain itu sekresi akan berkurang akibatnya vagina akan menjadi lebih rentan terhadap infeksi.<sup>Pramono N, 1998, Brown JS et al, 1999</sup>

Masalah kedua yang muncul adalah terjadinya atrofi dari jaringan ikat, sebagai konsekuensi dari berkurangnya estrogen. Dalam hal ini estrogen membantu mempertahankan epidermis sehingga adanya perubahan sedikit saja akan berpengaruh terhadap jaringan ikat sekitar seperti kulit, kuku, serta rambut. Pada saat ini wanita pada umumnya akan mengeluhkan kulit menjadi kering tidak elastis dan rambut mudah rontok.

Penjelasan diatas belum menggambarkan semua permasalahan-permasalahan yang muncul pada wanita menopause. Pada efek jangka panjang akan muncul permasalahan lain yang cukup berat. Permasalahan tersebut diantaranya masalah kardiovaskuler dan osteoporosis.<sup>AACE, 2003</sup>

Penyakit jantung tidak biasa pada wanita sebelum menopause, tetapi menjadi kejadian yang paling umum penyebab kematian wanita setelah berusia enam puluh tahun. Setelah munculnya menopause, wanita tiga sampai empat kali lebih mungkin untuk menderita aterosklerosis (Stevenson, 1996).<sup>Gold EB et al, 2001</sup>

Dari studi epidemiologi menunjukkan bahwa wanita yang mengalami menopause akan mengalami peningkatan resiko penyakit jantung koroner di bandingkan dengan wanita pada usia yang sama namun masih dengan fungsi ovarium yang baik (Colditz, 1997). Tidak hanya munculnya masalah dalam penyakit kardiovaskuler, kejadian osteoporosis juga meningkat seiring terjadinya penurunan estrogen.

Untuk menangani masalah tersebut, isu-isu tentang kesehatan reproduksi, termasuk menstruasi dan menopause, hendaknya didiskusikan dengan menggunakan pendekatan biopsikososial yang tidak lain adalah pendekatan holistik. Karena tidak ada masalah biologik tanpa implikasi (keterlibatan) psikososial dan sebaliknya.

Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan merubah persepsi masyarakat atau memunculkan sikap positif masyarakat serta petugas kesehatan sehingga dapat menerima menopause sebagai suatu karunia yang patut di syukuri. Menganggap menopause tidak hanya sebagai proses penuaan fisik saja tetapi juga sebagai proses pematangan dalam segi intelektual, konsep pemikiran, spritual dan wawasan hidup. Dengan perkataan lain, terjadi proses menjadi wanita bijaksana.

Upaya lain dapat dilakukan dengan mempertahankan kesehatan dan vitalitas secara proaktif. Olahraga teratur, pola diet yang terkontrol seimbang serta pengaturan pola tidur dan istirahat merupakan poin-poin yang harus diperhatikan.

Selain itu upaya untuk mencapai kualitas hidup yang memadai, wanita tetap harus melaksanakan deteksi dini dari beberapa kanker serta melakukan pemeriksaan laboratorium rutin secara periodik. Konseling menopause dapat dilakukan dipraktek dokter atau di klinik menopause.

Tujuan objektif konseling adalah memberikan informasi kepada pasien bahwa Terapi Pengganti Hormon dapat menghilangkan keluhan, dapat mencegah dampak jangka panjang kekurangan estrogen, serta dapat memperbaiki kualitas hidup. Pasien harus benar – benar memahami tentang Terapi Pengganti Hormon. Bila pasien masih ragu – ragu untuk menggunakan Terapi Pengganti Hormon, berikan waktu bagi pasien untuk berfikir. Keputusan terbaik selalu ada ditangan pasien.

Dari banyak penelitian ditemukan bahwa umumnya pasien tidak puas terhadap informasi tentang menopause yang diberikan oleh dokter. Pengetahuan dokter tentang menopause masih kurang dan banyak pertanyaan yang diajukan pasien tidak dapat dijawab oleh dokter, bahkan dokter sangat terburu – buru dalam memberikan informasi.

Konseling tidak cukup sekali saja, tetapi perlu sering dilakukan, bahkan kalau perlu menggunakan telepon. Konseling yang sedang berlangsung dan follow up merupakan cara terbaik bagi dokter untuk menganjurkan pasien melanjutkan Terapi Pengganti Hormon. Konseling yang sedang berkesinambungan dapat merupakan kunci keberhasilan penanganan menopause.

Nutrisi juga merupakan faktor penting bagi semua wanita dimasa menopause. Gizi seimbang dan sehat harus mencakup asupan kalsium yang memadai, rendah lemak jenuh, rendah garam, serta tinggi serat.

Dengan munculnya masa menopause, ada beberapa wanita akan menambah berat badan dan kebanyakan wanita sangat mengkhawatirkan mengenai permasalahan ini. Maka nasehat serta petunjuk tentang asupan kalori beserta olah raga yang teratur sangat dibutuhkan sehingga permasalahan meningkatnya berat badan bukan menjadi kendala pada wanita menopause. <sup>Pramono N, 1999</sup>

#### **D. Hubungan Depresi Pada Wanita Menopause dengan Kualitas Hidup**

Depresi merupakan hasil interaksi dari berbagai faktor biologik, psikologik dan sosial. Faktor sosial adalah berkurangnya interaksi sosial, kesepian, berkabung dan kemiskinan. Faktor psikologik dapat berupa rasa rendah diri dan kurang rasa keakraban. Sedangkan faktor biologi adalah hilangnya sejumlah neurotransmitter di otak, kelainan genetik dan penyakit fisik. <sup>Nugraheni A, dkk, 2006</sup> Masalah mood minor, insomnia, dan gejala panas sering terjadi pada masa

perimenopause. Pada sebagian wanita, gejala ini berlanjut ke gangguan mood berat yang dikenal sebagai depresi mayor. Risiko untuk depresi mayor paling tinggi terjadi pada wanita dengan riwayat depresi pada masa lalu atau pernah mengalami depresi postpartum. Wanita yang memiliki masalah dengan mood yang tertekan sekitar masa periode menstruasinya (gangguan disforik premenstrual) juga berada pada risiko tinggi untuk depresi mayor pada masa perimenopause. Dan beberapa wanita mengalami depresi pertama kali pada kehidupan selama perimenopause-nya.<sup>Kahn DA, 2001</sup>

Unsur yang mempengaruhi kualitas hidup adalah emosional, pekerjaan, kesehatan dan fungsi seksual. Depresi sendiri termasuk bagian dari unsur emosional. Depresi dapat mempengaruhi lebih dari 25% pada wanita dalam kehidupannya, suatu proporsi yang lebih tinggi daripada laki-laki. Depresi dapat menjadi penyakit yang melumpuhkan, membatasi aktivitas rutin sehari-hari. Sehingga pelaksanaan fungsi fisiologis sehari-hari bisa sangat terbatas dengan hasil akhirnya adalah penurunan kualitas hidup. Secara tidak langsung disini dapat disimpulkan bahwa depresi dapat mempengaruhi kualitas hidup pada wanita menopause. Beberapa studi epidemiologi telah melakukan survei adanya gejala depresi pada wanita usia pertengahan dan mengidentifikasi rerata dari gejala depresi berkisar 8-40%.<sup>Kahn DA, 2001;Schmidt, 2005</sup>

Penelitian yang dilakukan Ngunyen dkk 1998 terhadap 304 wanita menopause terdapat hubungan depresi dengan kualitas hidup dengan nilai  $p = 0,0098$  ( $p < 0,019$ ) dengan usia rata-rata adalah  $58,5 \pm 8,5$ . Penelitian ini juga menilai hubungan gangguan panggul (*pelvic floor disorders*) terhadap kualitas hidup, dimana hasil yang didapatkan adalah terdapatnya hubungan gangguan panggul terhadap kualitas hidup.<sup>Ngunyen et al, 1998</sup>

Beberapa teori telah diajukan untuk menjelaskan peningkatan depresi selama perimenopause. Sudut pandang psikologi klasik adalah "*empty nest syndrome*" atau aspek lain dari

- Bermasalah dalam tidur atau tidur terlalu lama
- Pikiran yang berulang tentang kematian dan bunuh diri

Gangguan mood seperti depresi mayor tidak menjadi penyebab dari seseorang menderita gejala-gejala tersebut atau hasil dari "kelemahan" atau ketidakstabilan kepribadian. Mereka lebih kepada penyakit medis yang dapat ditangani dimana ada medikasi spesifik dan pendekatan psikoterapi yang membantu pada sebagian besar orang.

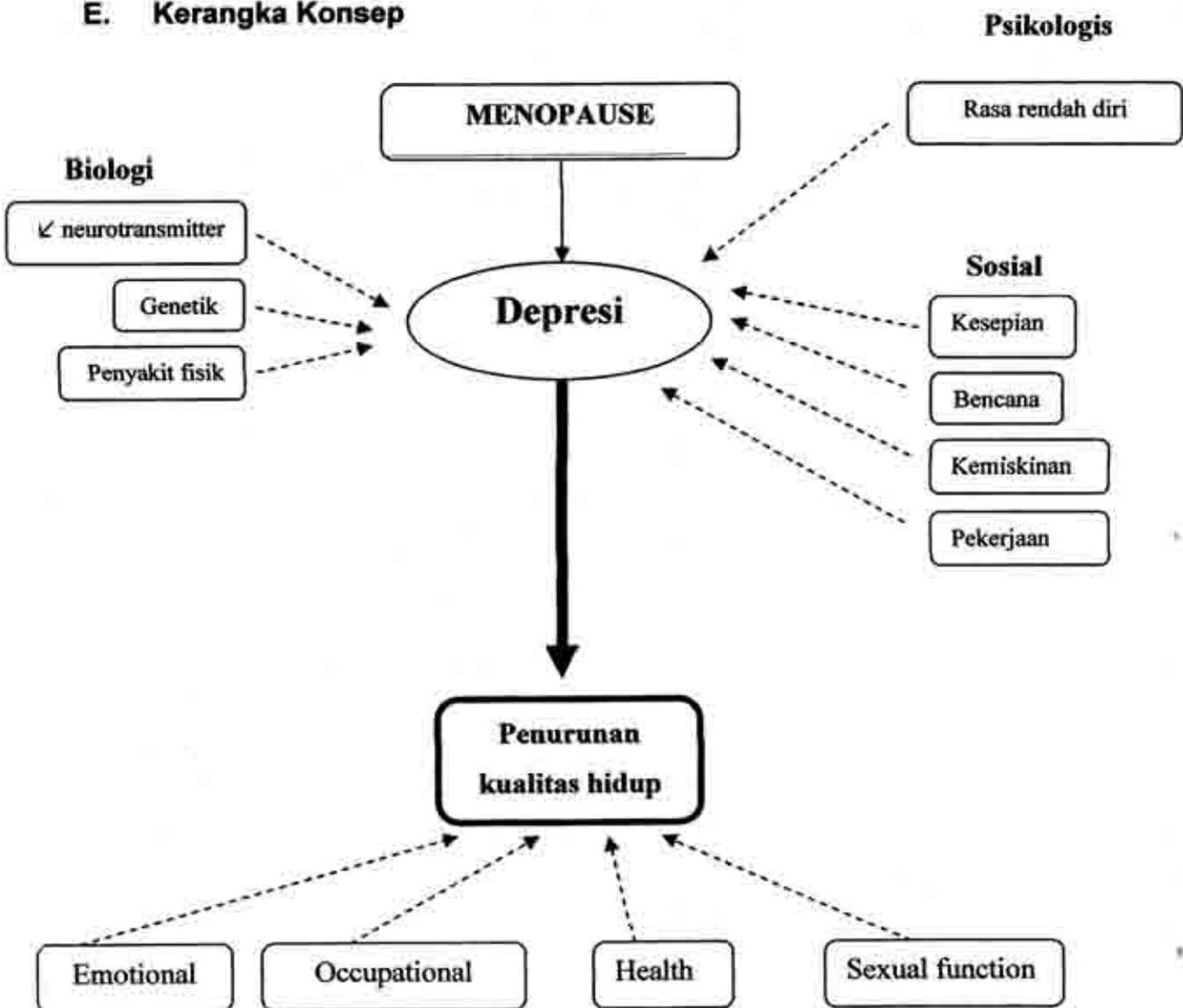
Seorang wanita yang merasa dirinya depresi dan berpikir ia juga mungkin akan memasuki masa menopause seharusnya dievaluasi oleh ginekologist untuk menentukan apakah gejala-gejalanya dapat berhubungan dengan transisi hormonal. Ia juga seharusnya menemui psikiatrist atau profesional kesehatan mental lain, khususnya jika ia mengalami depresi berat atau jika ia pernah mengalami depresi di masa lalu. Sebagai bagian dari evaluasi, dokter akan <sup>.Kahn DA, 2001</sup>

- Menanyakan riwayat gejala saat sekarang dan masa lalu secara teliti, baik emosional dan fisik
- Melakukan pemeriksaan fisik dan tes darah untuk mengevaluasi fungsi ovarium (jika ia masih dalam periode menstruasi) dan kelenjar tiroid (yang dapat menyebabkan depresi saat masa aktif)
- Menanyakan tentang stresor dalam kehidupan yang dapat mempengaruhi wanita.

Survei berdasarkan komunitas dari prevalensi depresi mayor atau minor juga menunjukkan bahwa transisi menopause merupakan waktu dimana terjadi peningkatan kerapuhan dalam perkembangan depresi. Penelitian dari Women's Health Across the Nation (SWAN) menggunakan ukuran dari 'distres psikologi' sebagai wakil untuk kelainan depresi dengan syarat gejala depresif inti (sedih, gelisah, dan iritabilitas) yang berlangsung selama 2 minggu. Survei cross-

sectional awal dari SWAN mengobservasi bahwa wanita perimenopause dilaporkan lebih mengalami distres psikologi secara signifikan daripada wanita premenopause dan postmenopause (berdasarkan laporan status siklus menstruasi). Freeman dan kawan-kawan mengidentifikasi peningkatan risiko untuk depresi (berdasarkan peningkatan skor CES-D dan Primary Care Evaluation of Mental Disorders [PRIME-MD]) selama perimenopause dibandingkan dengan premenopause dan postmenopause. Schmidt P.J, 2005

### E. Kerangka Konsep



-----> Tidak diteliti      —————> Diteliti

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan *cross sectional study* untuk melihat hubungan kejadian depresi pada wanita menopause dengan kualitas hidup.

#### B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Posyandu Lansia Puskesmas Nanggalo Kota Padang mulai bulan Juli 2010 sampai jumlah sampel terpenuhi.

#### C. Populasi dan Sampel

Populasi adalah seluruh wanita menopause di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang.

Sampel adalah seluruh wanita menopause yang memenuhi kriteria penelitian sebagai berikut :

##### Kriteria inklusi :

1. Wanita usia 45-65 tahun yang tidak mengalami siklus menstruasi dalam  $\geq 12$  bulan berturut-turut tanpa proteksi pada kehamilan yang tak direncanakan.
2. Tidak ada riwayat operasi ginekologi
3. Tidak pernah atau sedang dalam terapi sulih hormon
4. Tidak buta huruf (bisa tulis dan baca)
5. Bersedia ikut dalam penelitian

##### Kriteria eksklusi :

1. Mengalami gangguan jiwa.
2. Menderita kelainan fisik
3. Hidup sendiri dirumah

4. Mengalami bencana / musibah 3 bulan terakhir ( seperti kehilangan anggota keluarga / meninggal, bencana kebakaran / gempa )

**Variabel bebas** pada penelitian ini adalah tingkat depresi yang ditentukan dengan kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) dan **variabel tergantung** adalah tingkat kualitas hidup wanita menopause yang ditentukan dengan kuesioner *Utian Quality of Life* (UQOL).

#### D. Metode Pengambilan Sampel

Metode pengambilan sampel adalah *Consecutive Sampling*

Untuk menentukan besar sampel digunakan rumus Sastroasmoro S, Ismail S, 2008

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Dimana :

n = Besarnya sampel untuk tiap kelompok

$\alpha$  = Tingkat kemaknaan ( $\alpha$  ditetapkan 0,05%) (Sastroasmoro S, Ismail S) 2008)

za = 1,96

p = Proporsi penelitian = 50% (0,5)

q = 100% - 50% = 50% (0,5)

d = Tingkat ketepatan absolut. Pada penelitian ini digunakan tingkat ketepatan absolut 10%

$$\bar{n} = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2} = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,10^2}$$

n = 96,04 dibulatkan menjadi 100

#### E. Alat yang digunakan

1. Alat tulis
2. Surat Pernyataan persetujuan mengikuti penelitian
3. Kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) dan kuesioner *Utian Quality of Life* (UQOL).

## F. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan secara *Random Block Sampling* yang memenuhi kriteria inklusi di Posyandu Lansia Puskesmas Nanggalo Kota Padang

## G. Cara Kerja

1. Diberikan penjelasan kepada responden tentang manfaat penelitian di posyandu lansia
2. Diberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan penelitian, diminta persetujuan untuk mengikuti penelitian.
3. Seluruh sampel yang memenuhi kriteria inklusi mengisi kuesioner yang telah ditetapkan.
4. Kuesioner Tingkat depresi ditentukan dengan Kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI), Tingkat depresi dinilai dengan menentukan nilai tengah dari nilai skor terendah dan nilai skor tertinggi dari kuesioner, disini didapatkan nilai terendah 0 dan nilai tertinggi 63, jadi didapatkan nilai tengah 31,5. Jika nilai sampel  $\geq 31,5$  dianggap depresi dan jika nilai  $< 31,5$  dianggap tidak depresi
5. Kuesioner Kualitas hidup ditentukan dengan kuesioner *Utian Quality of Life* (UQOL), Tingkat kualitas hidup dinilai dengan menentukan nilai tengah dari nilai skor terendah dan nilai skor tertinggi dari kuesioner, disini didapatkan nilai terendah 23 dan nilai tertinggi 115, jadi didapatkan nilai tengah 69. Jika nilai sampel  $\geq 69$  dianggap kualitas hidup baik dan jika nilai  $< 69$  dianggap kualitas hidup kurang

## H. Analisa Data dan Uji Statistik

Data yang diperoleh dari kuesioner dikelompokkan menjadi tingkat depresi dan tingkat kualitas hidup, kemudian dianalisa dengan bantuan komputer menggunakan Uji *Chi-Square* untuk melihat apakah terdapat hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup wanita menopause.

## I. Batasan Operasional

- a. Menopause : usia 45-65 tahun tanpa mengalami masa menstruasi setelah 12 bulan berturut-turut.
- b. Umur / usia adalah umur dihitung dalam tahun penuh yaitu sejak lahir sampai ulang tahun terakhir. Pada penelitian ini umur yang diikutsertakan adalah 45 – 65 tahun.
- c. Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal tertinggi yang dicapai dari suatu institusi tertentu yang mencakup tingkat SD atau sederajat, SMP atau sederajat, SMU atau sederajat dan Akademi / Perguruan tinggi atau yang sederajat.

Tingkat Pendidikan Rendah :

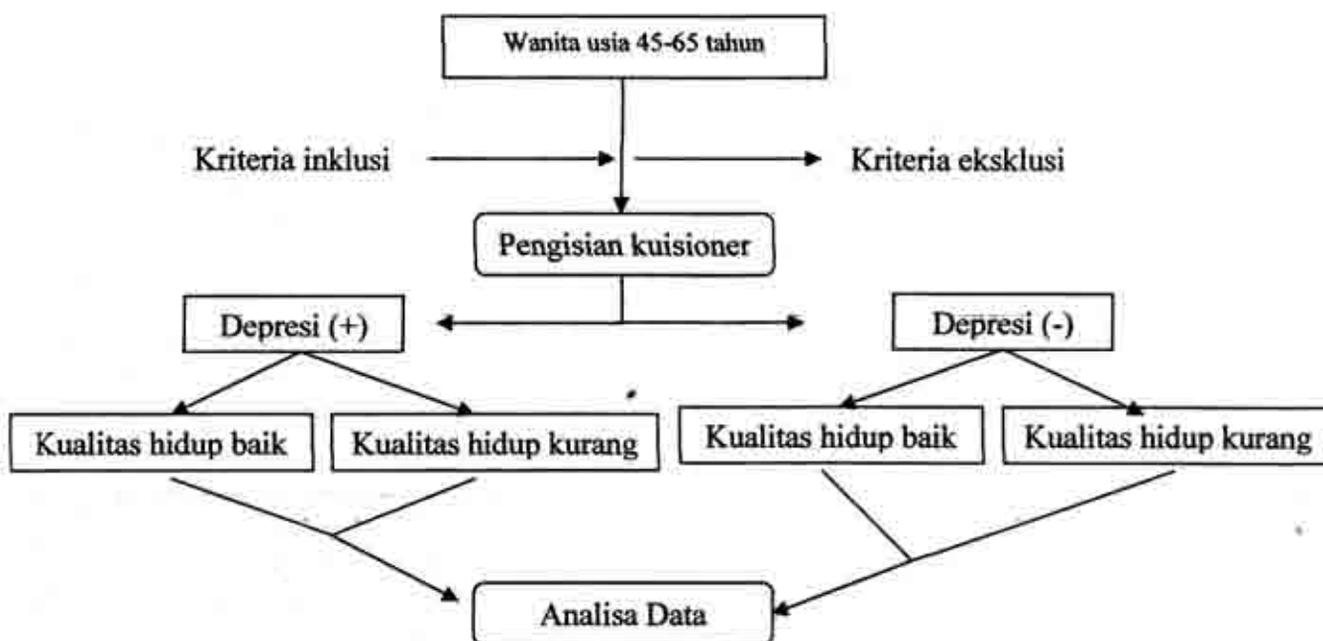
- a. Tidak sekolah
- b. Tidak tamat / tamat SD atau sederajat
- c. Tidak tamat / tamat SLTP atau sederajat
- d. Tamat / tidak SLTA atau sederajat

Tingkat Pendidikan Tinggi :

- a. Tidak tamat akademi atau perguruan tinggi atau sederajat
- b. Tamat Akademi atau Perguruan Tinggi atau sederajat.
- c. Pekerjaan adalah profesi atau kegiatan rutin yang dilakukan sehari – hari yang mendapatkan imbalan uang atau materi. Dalam hal ini responden digolongkan sebagai:
  - a. Bekerja
  - b. Tidak bekerja ( Ibu Rumah Tangga dan pensiunan )
- d. Depresi : gangguan mood yang ditentukan oleh adanya satu atau lebih episode depresi mayor, yaitu pengalaman dalam merasakan kesedihan atau dalam waktu yang lama (menetap), disertai hilangnya ketertarikan atau kesenangan dalam aktivitas rutin (anhedonia). American Psychiatric Association, 2000 Tingkat depresi dinilai dengan menentukan nilai tengah dari nilai skor terendah dan nilai skor tertinggi dari kuesioner, disini didapatkan nilai terendah 0 dan nilai tertinggi 63, jadi didapatkan nilai tengah 31,5. Jika nilai sampel  $\geq 31,5$  dianggap depresi dan jika nilai  $< 31,5$  dianggap tidak depresi

e. Kualitas hidup : kesempatan untuk dapat hidup nyaman, mempertahankan keadaan fisiologis sejalan denganimbangan psikologis di dalam kehidupan sehari-hari. Kualitas hidup ditentukan dengan kuesioner *Utian Quality of Life (UQOL)*. Tingkat kualitas hidup dinilai dengan menentukan nilai tengah dari nilai skor terendah dan nilai skor tertinggi dari kuesioner, disini didapatkan nilai terendah 23 dan nilai tertinggi 115, jadi didapatkan nilai tengah 69. Jika nilai sampel  $\geq 69$  dianggap kualitas hidup baik dan jika nilai  $< 69$  dianggap kualitas hidup kurang

## J. Alur Penelitian



## K. Etika Penelitian

Penelitian dilakukan setelah mendapatkan persetujuan dari sampel dengan mengisi lembaran persetujuan. Sampel sewaktu-waktu boleh menarik diri jika merasa dirugikan oleh peneliti.

## BAB IV HASIL PENELITIAN

Telah dilakukan suatu penelitian *cross sectional study* untuk melihat hubungan kejadian depresi pada wanita menopause dengan kualitas hidup di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo mulai bulan Juli sampai November 2010. Didapatkan sebanyak 100 orang sampel yang memenuhi kriteria inklusi, dan menyetujui untuk ikut dalam penelitianz

### A. Karakteristik Subjek Teliti

Tabel 1. Karakteristik dasar subjek teliti

Variabel	Depresi (+)	Depresi (-)	p
Pendidikan			
Tinggi	4 (9.09%)	40 (90.91%)	0.11
Rendah	13 (23.21%)	43 (76.79%)	
Pekerjaan			
Bekerja	6 (14.63%)	35 (85.37%)	0.79
Tidak bekerja	11 (18.64%)	48 (81.36%)	
<i>BDI</i>	36,05 ± 2,98	17,19 ± 7,16	0,00
<i>UQOL</i>	67,35 ± 12,97	71,78 ± 11,32	0,56

Karakteristik subjek teliti dikelompokkan berdasarkan tingkat pendidikan dan status pekerjaan. Berdasarkan tingkat pendidikan, kelompok pendidikan tinggi dengan depresi terdapat 4 subyek (9.09%), sedangkan dengan yang tidak depresi 40 subyek (90.91%). Pada kelompok pendidikan rendah dengan depresi terdapat 13 subyek (23.21%), sedangkan dengan yang tidak depresi terdapat 43 subyek (76.79%). Berdasarkan uji statistik, perbedaan karakteristik tersebut tidak bermakna dengan nilai p 0.11 ( $p > 0.05$ ). Berdasarkan

status pekerjaan, kelompok yang bekerja dengan depresi terdapat 6 subyek (14.63%), sedangkan dengan yang tidak depresi 35 subyek (85.37%). Pada kelompok yang tidak bekerja dengan depresi terdapat 11 subyek (18.64%), sedangkan dengan yang tidak depresi terdapat 48 subyek (81.35%). Berdasarkan uji statistik, perbedaan karakteristik tersebut tidak bermakna dengan nilai  $p = 0.79$  ( $p > 0.05$ ).

## B. Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup

Tabel 2. Hubungan depresi dengan kualitas hidup

Depresi / Tidak	Kualitas Hidup		Jumlah
	Kurang	Baik	
Depresi	8	9	17
	47,06%	52,94	100%
Tidak depresi	33	50	83
	39,76%	60,24%	100%
Jumlah	41	59	100
	41%	59%	100%

$P = 0.774$ . OR = 0.743 (95% CI = 0.260 – 2.120)

Data menunjukkan 8 subjek (8.0%) mengalami depresi dan kualitas hidup yang kurang, sebaliknya 50 subjek (50.0%) tanpa depresi dengan kualitas hidup yang baik. Analisis statistik dengan *Chi Square* memperlihatkan tidak ada perbedaan antara terjadinya kualitas hidup berdasarkan adanya depresi ( $p = 0.774$ ,  $p > 0.05$ ).

## BAB V

### PEMBAHASAN

Pada penelitian yang dilakukan secara *cross sectional study* sejak bulan Juli hingga bulan November 2010, didapatkan sampel sebanyak 100 orang wanita menopause. Sampel adalah subjek yang diperoleh dari Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Dari hasil penelitian beberapa hal yang dapat dianalisa diantaranya adalah karakteristik subjek teliti, serta bagaimana hubungan depresi pada wanita menopause dengan kualitas hidupnya yang akan dibahas lebih lanjut pada bab ini.

#### A. Karakteristik Subjek Teliti

Dari tabel karakteristik, sampel dikelompokkan berdasarkan tingkat pendidikan dan status pekerjaan. Rerata skor BDI (*Beck Depression Inventory*) pada depresi (+)  $36,05 \pm 2,98$  dan depresi (-)  $17,19 \pm 7,16$ , sedangkan rerata skor UQOL (*Utian Quality of Life*) pada depresi (+) adalah  $67,35 \pm 12,97$  dan depresi (-)  $71,78 \pm 11,32$  dari uji statistik didapatkan  $p > 0.05$ . Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa karakteristik kedua kelompok depresi (+) dan depresi (-) seimbang sehingga kedua kelompok tersebut dapat dibandingkan.

#### B. Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup

Penelitian ini memperlihatkan tidak ada hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup. Dari 17 subjek dengan depresi 8 orang (47.0%) mempunyai kualitas hidup yang kurang, sebaliknya dari 83 subjek tanpa depresi, 33 orang dengan kualitas hidup yang kurang (39.7%). Analisis statistik dengan *Chi Square*

memperlihatkan tidak ada perbedaan antara terjadinya kualitas hidup berdasarkan adanya depresi ( $p = 0.774$ ,  $p > 0.05$ ).

Penelitian yang dilakukan Ngunyen dkk 1998 terhadap 304 wanita menopause terdapat hubungan depresi dengan kualitas hidup dengan nilai  $p = 0,0098$  ( $p < 0, 05$ ) dengan usia rata-rata adalah  $58,5 \pm 8,5$  tahun. Ngunyen et all, 1998

Tidak adanya hubungan depresi pada wanita menopause dengan kualitas hidup diduga berkaitan dengan kemungkinan metoda untuk penilaian kualitas hidup, kuesioner yang digunakan mungkin kurang sesuai dengan karakteristik dan budaya masyarakat indonesia karena kuesioner kualitas hidup yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner yang dibuat diluar negeri yang mungkin telah disesuaikan dengan budaya dan karakter masyarakat setempat.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Pada penelitian ini tidak terdapat hubungan yang bermakna antara depresi pada wanita menopause dengan kualitas hidup.

#### **B. SARAN**

Perlu dilakukan penelitian ulang tentang depresi pada wanita menopause dan hubungannya dengan kualitas hidup yang menggunakan metode untuk penilaian kualitas hidup dengan membuat kuesioner yang sesuai dengan budaya dan karakteristik masyarakat indonesia yang sebelumnya telah dilakukan uji validitas kuesioner sehingga bisa digunakan untuk penelitian pada masyarakat indonesia.

## DAFTAR PUSTAKA

- AACE *medical guidelines for clinical practice for the prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis*. *Endocr Pract* 2003;9:544-64.
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition, text revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, pp 429.
- American Society for Reproductive Medicine. *The Menopausal Transition*. *Fertil Steril* : 2008; 90:S61-5.
- Aso T, Yanaihara T, Fujimoto S. 1999. *The Menopause at the Millenium : Culture and Menopause*. New York : Parthenon Publishing, 1997, pp 29-34.
- Avis E Nancy, *Depression During The Menopausal Transition*, *Psychology of women quarterly*, USA 27 ed. 2003, pp 91-100
- Baziad A, *Endokrinologi Ginekologi*. Edisi ketiga. Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Indonesia, 2008
- Baziad A. Country-specific information in Indonesia. Presented in: *First Consensus Meeting on Menopause in the East Asian Region*. Geneva 26-30 May 1997.
- Baziad A. *Terapi hormonal, alternatif baru penanggulangan masalah menopause dan komplikasinya*. *Dexamedia* 2003; 10 : 4-7
- Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. *Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women*. *Obstet Gynecol*.1999;94:66-70
- Cauley JA, Robbins J, Chen Z, Cummings SR, Jackson RD, LaCroix AZ, et al. *Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density*. The Women's Health Initiative Randomized Trial. *JAMA* 2003;290:1729-38
- Coleman KA, Norris SK, Weston AR, Proudfoot EM. *Hormone Replacement Therapy for Women at or After Menopause*. Australian Government National Health and Medical Research Council, Australia 2004
- FDA Office of Women's Health. *Menopause and Hormone Therapy Information*. Taken from:

<http://www.fda.gov/womens/menopause/default.htm>; last revised 2007

- Fuh JL, Wang SJ, Lee SJ, Lu SR, Juang KD, et al. *Quality of Life and Menopausal Transition for Middle-Aged Women on Kinmen Island. Quality of Life Research.* 2003;12:53-61.
- Gold EB, Bromberger J, Crawford S, Samuels S, Greendale GA, Harlow SD, et al. Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. *Am J Epidemiol* 2001;153 [abstract]
- Gruber CJ, Tschugguel W, Schneeberger C, Huber JC. Production and actions of estrogens. *N Engl J Med* 2002;346:340-52
- Guillemin M. *The Problem of Naturalising Menopause.* *Health & History.* 2002;4(1):37-51
- Gutiérrez CV, Araújo E, Cruz F, Roa JM, Barbosa W, Villaverde GR, et al. *Quality of Life of Rural Menopausal Women in Response to a Customized Exercise Programme.* *Journal of Advanced Nursing.* 2006; 54(1): 11-19.
- Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HPG. *Health and Quality of Life Outcomes : International Versions of The Menopause Rating Scales (MRS).* Diakses dari : <http://www.hqlo.com/content/1/1/28>; last revised July 2003
- Hermann P.G Schneider MD, PhD, FRAM, *The quality of life in the post-menopausal woman,* Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology Vol 16, No 3, pp 395-409, 2002
- Hosking D, Chilvers CED, Christiansen C, Ravn P, Wasnich R, Ross P, et al. Prevention of bone loss with alendronate in postmenopausal women under 60 years of age. *N Engl J Med* 1998;338:485-92
- Irawati I. *Menopause.* Diakses dari <http://www.kesrepro.info/?q=node/17> tanggal 1 Mei 2010
- Janata JW, Utian WH, Kingsberg S, Hamilton JC. 2003. *The Measurement of Quality of Life : Clinical Use of Utian Quality of Life Scale.* Menopause Management Article, pp 12-16
- Kahn DA, Moline MG, Ross RW, Altshuler LL, Cohen LS. 2001. Expert Consensus Guidelines Series : *Depression During the Transition to Menopause.* New York : A PostGraduate Medicine Special Report, pp 114-115.
- Krajewska K, Krajewska KE, Heineman L, Adraniotis J, Chadzopulu A, Theodosopoyloy E, et al. *Comparative Analysis of Quality of Life*

*Women in Menopause in Poland, Greece and Belorussia using MRS Scale. Preliminary Report. Advances in Medical Sciences.*2007;52(1):140-143

Loprinzi CL, Michalak JC, Quella SK, O'Fallon JR, Hatfield AK, Nelimark RA, Dose AM, et al. Megestrol acetate for the prevention of hot flashes. *N Engl J Med.*1994;331:347-52

Nagar S, Dave P. Perception of Women Towards Physiological Problems Faced at Menopause. *Anthropologist.* 2005;7(3):173-175

Nelson HD, Haney E, Humphrey L, Miller J, Nedrow N, Nicolaidis C, et al. *Management of Menopause-Related Symptoms.* 2005. In (Nelson HD, Haney E, Humphrey L, Miller J, Nedrow N, Nicolaidis C, et al, eds). Key Question 2. Factors Influencing Symptoms. Oregon : Oregon Evidence-based Practice Center, pp 16-19.

Nguyen A, Aschkenazi S, Gamble T, Du H, Vu M1, Secco A, Robert K, Botros S, Sand P, Goldberg R, *Menopause and its Impact On Pelvic Floor Disorders, Stress and Depression,* Evanston Continence Center, Evanston NorthShore University HealthSystem, Northwestern University, Feinberg School of Medicine, Evanston, IL, USA, 1998

Nugraheni A, dkk. Pengaruh terapi tertawa terhadap depresi pada usia lanjut. *Jurnal Ilmu Keperawatan.* Vol 01. No 02 Mei 2006; 59-65

Pramono N, *Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Wanita Lanjut Usia.* Pidato Pengukuhan Jabatarf Guru Besar Madya dalam Ilmu Obstetri dan Ginekologi pada FK UNDIP, Semarang, 1998

Puskesmas Nanggalo, *Profil Puskesmas Nanggalo dan Laporan tahun 2009,* Padang 2010

Rice VM. Strategies and Issues for Managing Menopause-related Symptoms in Diverse Populations : Ethnic and Racial Diversity. *The American Journal of Medicine.* 2005;118(12B):142S-147S

Royal College of Nursing. 2005. Women's Health and the Menopause. In (Royal College of Nursing, eds). *The Psychosocial and Social Impact of Menopause.* London : Royal College of Nursing, pp 4-8.

Rymer J, Morris E. Clilical review: Menopausal symptoms. *BMJ* 2000;321:1516-18

Sastroasmoro S, Ismail S. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis.* Sagung Seto, Jakarta 2002 : 79-89, 259-271, 248-254.

- Schmidt PJ. Mood, Depression, and Reproductive Hormones in the Menopausal Transition. *The American Journal of Medicine*. 2005;118 (12B):54S-58S
- Speroff L, Glass RR and Kase NG. *Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility*. 6<sup>th</sup> edition. William & Wilkins, Maryland. 1999;557-570.
- The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 2006. *The Journalist's Menopause Handbook*. In (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada., eds). Pillar 3 : Urogenital and Sexual Health. Ottawa : The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Pp 8-10.
- Torpy JM, Burke AE, Glass RM. Women's Sexual Concerns After Menopause. *JAMA*. 2007;297(6):664