

**HUBUNGAN ANTARA
ASPEK PSIKOSOSIAL DAN GAYA HIDUP
DENGAN KUALITAS HIDUP
PEREMPUAN INDONESIA PASCAMENOPAUSE**

Oleh

Raditya Wratsangka

T E S I S

**Diajukan sebagai salah satu persyaratan memperoleh gelar
Konsultan Obstetri-Ginekologi Sosial**



**PROGRAM PENDIDIKAN
KONSULTAN OBSTETRI-GINEKOLOGI SOSIAL
BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS PADJAJARAN
BANDUNG
2009**

DAFTAR ISI

	Halaman
BAB 1	
PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang Penelitian	1
1.2. Identifikasi Masalah	11
1.3. Tujuan Penelitian	11
1.3.1. Tujuan Umum	12
1.3.2. Tujuan Khusus	12
1.4. Kegunaan Penelitian	12
BAB 2	
KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS	
2.1. Kajian Pustaka	13
2.1.1. Batasan dan patofisiologi menopause	13
2.1.2. Gangguan akibat menopause	17
2.1.3. Sindroma klimakterik	17
2.1.3.1. Keluhan vasomotorik	19
2.1.3.2. Keluhan somatik	22
2.1.3.3. Keluhan psikis	23
2.1.3.4. Gangguan tidur	24
2.1.3.5. Gangguan pusat kognitif dan sensorik	24
2.1.3.6. Keluhan urogenital dan seksual	25
2.1.4. Aspek psikososial menopause	26
2.1.4.1. Persepsi dan sikap perempuan terhadap menopause	27
2.1.4.2. Peran kebiasaan atau gaya hidup dalam pengalaman menopause	32
2.1.4.3. Peran petugas kesehatan	33
2.1.5. Penilaian kualitas hidup perempuan menopause	35
2.2. Kerangka Pemikiran	44
2.3. Premis-premis	47
2.4. Hipotesis	48
2.5. Kerangka konseptual	48

BAB 3	METODOLOGI PENELITIAN	
	3.1. Desain penelitian	49
	3.2. Tempat dan waktu penelitian	49
	3.3. Populasi dan subyek penelitian	49
	- Kriteria inklusi	
	- Kriteria eksklusi	
	3.4. Besar dan cara pemilihan sampel	50
	3.4.1. Besar sampel	50
	3.4.2. Cara pemilihan sampel	51
	3.5. Cara kerja	52
	3.6. Identifikasi variabel	53
	3.7. Batasan operasional	53
	3.8. Manajemen, pengolahan dan analisis data	55
BAB 4	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	4.1. Hasil penelitian	56
	4.1.1. Aspek psikososial dan demografik	57
	4.1.2. Pola kebiasaan/gaya hidup	61
	4.1.3. Aspek Biomedik	63
	4.1.4. Kualitas hidup perempuan pascamenopause	64
	4.1.5. Hubungan aspek psikososial dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause	66
	4.1.6. Hubungan faktor kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause	70
	4.1.7. Hubungan beberapa aspek biomedik dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause	71
	4.1.8. Analisis Multivariat	74
	4.1.9. Uji hipotesis	77
	4.2. Pembahasan	
	4.2.1. Kualitas hidup perempuan pascamenopause	79
	4.2.2. Hubungan beberapa aspek psikososial dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause	81
	4.2.3. Hubungan kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause	85
	4.2.4. Hubungan aspek biomedik dengan kualitas hidup perempuan pasca-menopause	88
	4.2.7. Analisis multivariat	90

BAB V.	KESIMPULAN DAN SARAN	
	5.1. Kesimpulan	93
	5.2. Saran	94
DAFTAR PUSTAKA		95
LAMPIRAN :		
	- <i>Informed consent</i>	
	- Kuesioner Penelitian	
	- <i>Menopause Rating Scale</i>	

DAFTAR TABEL DAN DIAGRAM

	Halaman	
Tabel 2.1	Keluhan klimakterik pada perempuan usia antara 45-54 tahun	18
Tabel 2.2	Gejala vasomotor dan hambatan psikososial yang timbul selama transisi menopause	21
Tabel 2.3	Struktur subskala dari masing-masing <i>menopause specific scale</i>	40
Tabel 2.4	<i>Characteristics of each standardized menopause-specific-scale</i>	40
Tabel 4.1	Karakteristik sosiodemografik subyek	57
Tabel 4.2	Sumber keuangan utama dan sumber dana kesehatan subyek	58
Tabel 4.3	Pengetahuan dan sikap subyek tentang menopause serta terapi sulih hormon	59
Tabel 4.4	Sumber dan kecukupan informasi, pengetahuan suami tentang menopause, serta dukungan suami/keluarga	61
Tabel 4.5	Pola kebiasaan/gaya hidup subyek	62
Tabel 4.6	Karakteristik biomedik subyek	63
Tabel 4.7	Aspek dan derajat gangguan kualitas hidup subyek	65
Tabel 4.8	Hubungan antara beberapa aspek psikososial dan ekonomi dengan gangguan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause	66
Tabel 4.9	Hubungan antara pengetahuan dan sikap subyek tentang menopause dengan gangguan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause	68
Tabel 4.10	Hubungan antara faktor lingkungan dengan gangguan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause	69
Tabel 4.11	Hubungan antara faktor kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause	70
Tabel 4.12	Hubungan antara aspek biomedik dengan gangguan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause	72
Tabel 4.13	Hasil analisis multivariat regresi logistik hubungan aspek psikososial dan kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause	75
Diagram 4.1	Gangguan kualitas hidup pada subyek	64

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Penelitian

Keberhasilan pembangunan bidang kesehatan di Indonesia membawa dampak meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat, serta meningkatnya angka harapan hidup (*life expectancy*) atau umur harapan hidup (UHH) penduduk Indonesia, baik perempuan maupun laki-laki. Data Departemen Kesehatan RI menunjukkan bahwa berdasarkan Sensus Penduduk tahun 1980 UHH penduduk Indonesia adalah 52,4 tahun, meningkat menjadi 63,48 tahun pada tahun 1995 (*Intercensal Population Survey 1995*), dan terus meningkat menjadi 66,2 tahun pada tahun 2002 (Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003)¹; dan menurut *World Health Organization Report 2007*², UHH penduduk Indonesia pada tahun 2005 mencapai mencapai 66 tahun (laki-laki) serta 69 tahun (perempuan). Di samping itu terjadi pula pergeseran umur menopause dari 46 tahun pada tahun 1980 menjadi 49 tahun pada tahun 2000. Jumlah dan proporsi penduduk perempuan yang berusia di atas 50 tahun dan diperkirakan memasuki usia menopause dari tahun ke tahun juga mengalami peningkatan yang sangat bermakna. Berdasarkan Sensus Penduduk pada tahun 2000, jumlah perempuan yang berusia di atas 50 tahun dan diperkirakan telah memasuki usia menopause sebanyak 15,5 juta orang, dan pada tahun 2020 diperkirakan jumlah perempuan yang hidup dalam usia menopause sebanyak 30,3 juta orang atau sekitar 11,5%

dari total jumlah penduduk Indonesia¹. Masalah menopause mendapat tanggapan dan sorotan yang meningkat di kalangan masyarakat akhir-akhir ini. Selain karena jumlah perempuan menopause sebagai bagian dari kelompok lansia (lanjut usia) yang meningkat di antara populasi penduduk dunia sebagaimana disebutkan di atas, terdapat beberapa faktor lain yang menyebabkan masalah menopause ini perlu diberi perhatian secara khusus.

Proses menuju tua ini merupakan peristiwa alamiah, tetapi dapat disertai dengan keluhan-keluhan klinis yang mengganggu, apalagi bila disertai dengan adanya misinformasi atau disinformasi. Gejala klinis yang dimulai dengan perubahan endokrinologis dan kemudian diikuti dengan gangguan urogenitalia, vasomotor dan vegetatif, selanjutnya akan diikuti pula dengan gangguan akibat proses degeneratif yang akan terus berlanjut sampai masa pascamenopause. Penurunan kadar hormon steroid di dalam tubuh, terutama estrogen, bukan saja mengubah pola haid, tapi mempunyai dampak terhadap kesehatan umum, seperti: kulit keriput, vagina kering yang menyebabkan dispareunia, disuria, palpitasi, migren, *hot flushes* (gejolak panas), dan insomnia, yang semuanya ini dikenal sebagai sindroma klimakterik. Angka kejadian sindroma klimakterik ini di kalangan perempuan Barat (Eropa dan Amerika) mencapai 50-75%, sedangkan di Asia hanya sekitar 20-25%³, bahkan Baziad⁴ melaporkan angka kejadian hanya 10-20%. Sesudah memasuki masa menopause, terkait dengan penurunan kadar estrogen di dalam tubuh, perempuan juga akan memiliki risiko yang meningkat terhadap kelainan-kelainan kronis dalam jangka panjang, yaitu: penyakit jantung koroner, osteoporosis, demensia atau penurunan fungsi kognitif dan penyakit

kanker atau keganasan (payudara, endometrium dan kolorektal). Di kebanyakan negara berkembang, penyakit kardiovaskular adalah penyebab utama kesakitan dan kematian pada perempuan di atas usia 50 tahun. Penyakit kardiovaskular dan serebrovaskular merupakan penyebab kematian utama pada perempuan pascamenopause (75 %), lebih tinggi daripada kematian karena kanker payudara⁵. Lebih kurang 35% perempuan pasca-menopause menderita osteoporosis, sehingga sangat membatasi aktivitas dan menurunkan kualitas hidupnya. Sebagai akibat dari proses penuaan (*aging*) dan menurunnya kadar estrogen (yang juga merupakan suatu *immune-modulating hormone*), perempuan menopause juga mengalami penurunan imunitas tubuh, sehingga perempuan menopause menjadi lebih rentan terhadap penyakit infeksi, dan juga biasanya terhadap berbagai penyakit degeneratif, dan bahkan juga beberapa penyakit autoimun⁶.

Dengan adanya globalisasi masuk pula budaya materialistik dan budaya yang mengagungkan kecantikan dan kemudaan sehingga terjadi transformasi budaya yang merugikan, termasuk dalam hal menanggapi masalah menopause. Kajian secara komprehensif terhadap hasil penelitian tentang hubungan antara aspek budaya dan menopause menunjukkan bahwa faktor sosiokultural berpengaruh terhadap makna dan pengalaman seseorang terhadap menopause.⁷⁻¹⁵ Beberapa faktor yang diduga kuat mempunyai peranan dalam pengalaman menopause (dan kualitas hidup) selama masa tersebut antara lain adalah perilaku yang dipengaruhi budaya seperti diet¹⁶⁻¹⁹, merokok²⁰, latihan atau *exercise*²¹, sikap dan harapan terhadap menopause²²⁻²⁵, bagaimana pandangan terhadap menopause (apakah sebagai sesuatu yang alamiah, penyimpangan atau penyakit)²⁶⁻³⁰,

keluhan-keluhan atau kondisi kesehatan sebelumnya³¹, status kesehatan reproduksi saat dan sebelum menopause³², pengalaman ibu tentang menopause³³, sikap terhadap pengasuhan anak dan peran perempuan³⁴, status perkawinan³⁵, hubungan dengan pasangan/suami dan sikap pasangan/suami terhadap menopause³⁶, dukungan sosial³⁷, status sosial dan sosioekonomi³⁸, pendidikan²¹, karir dalam pekerjaan dan kepercayaan (agama).³¹ Banyak perempuan tidak membutuhkan bantuan medis karena mereka meyakini bahwa menopause, seperti juga pubertas, saat mana terjadi perubahan-perubahan alamiah sebagai bagian dari proses perkembangan dan penuaan.³⁹ Dengan dukungan perilaku dan gaya hidup yang sehat, dukungan sosial dari teman dan keluarga, gejala-gejala menopause dapat dikelola dengan baik, sehingga intervensi medis tidak diperlukan.^{40,41} Merupakan sesuatu yang penting untuk diketahui bagaimana budaya mempengaruhi tubuh perempuan sepanjang kehidupannya dan tidak hanya terfokus pada periode waktu yang singkat saat mendekati menopause. Interaksi antara faktor genetik, biologik, nutrisi, lingkungan, budaya, dan aspek-aspek kehidupan harian, termasuk: paritas, status sosio-ekonomi³⁵, pendidikan²¹, hormon-hormon reproduksi dan riwayat penggunaannya²⁰, merokok, IMT (indeks massa tubuh) dan latihan (*exercise*)⁴² yang semuanya ikut berkontribusi dan mempengaruhi tubuh perempuan sepanjang kehidupannya yang akhirnya mencapai menopause.

Dengan meningkatnya jumlah perempuan yang berpendidikan dan meningkatnya kesetaraan gender membawa dampak makin banyaknya perempuan yang berkarya, berprestasi dan menjabat kedudukan penting atau berperan dalam

ruang publik di samping peran domestik. Mereka yang bekerja meniti karir biasanya mencapai posisi penting dalam pekerjaannya pada usia menjelang menopause (masa perimenopause) dan ingin terus berusaha mempertahankan, bahkan meningkatkan kinerja serta prestasinya di saat mereka sudah mengalami menopause. Bagi para perempuan yang tidak bekerja, mereka akan dituntut untuk dapat mengimbangi karir suaminya, yang juga telah mencapai puncaknya. Pada masa tersebut mungkin mereka mengalami sindroma klimakterik tersebut sebagaimana telah disebutkan di atas dan dapat terganggu kondisi fisik, mental, prestasi, kinerja dan kehidupan sosialnya, sehingga aktivitas harian serta karirnya ikut terganggu. Karenanya, mereka perlu mendapat dukungan pelayanan kesehatan secara khusus untuk menjaga kualitas hidupnya (*QoL = Quality of Life*), agar kinerja dan prestasinya dapat dipertahankan secara optimal selama mungkin.

Kualitas hidup (*Quality of Life*) ini tidak hanya berhubungan dengan masalah kesehatan secara fisik atau tidak adanya penyakit, dan sampai saat ini belum ada definisi “kualitas hidup” yang diterima secara universal. Batasan “kualitas hidup” (*Quality of Life*) menurut WHO adalah persepsi seseorang (individual) dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup orang tersebut berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya. Batasan tersebut sangat luas dan mencakup 6 (enam) domain seperti: kesehatan fisik, status psikologik, tingkat kebebasan, hubungan-hubungan sosial, gambaran lingkungan dan kepedulian spiritual. Dalam konteks kesehatan, kualitas hidup (*Quality of Life = QoL*) yang berkaitan dengan dampak sakit atau

terganggunya kesehatan seseorang mempunyai berbagai aspek situasi dan kondisi kehidupan individual. Menurut Greene⁴³, penilaian kualitas hidup yang mengukur dampak sakit atau terganggunya kesehatan seseorang tersebut biasanya terdiri dari beberapa parameter fisik, psikologik dan sosial. Menurut Alder⁴⁴, penilaian kualitas hidup pada perempuan menopause tersebut akan dipengaruhi oleh pengalaman hidupnya serta harapannya terhadap masa depan dan tidak dibicarakan mengenai morbiditas atau kondisi medis yang diderita, melainkan tentang apa yang masih bisa dilakukannya dalam sisa kehidupannya. James Walter⁴⁵ mengatakan: *The word **quality** should refer to the relationship that exist between the medical condition of the patient, on the one hand, and the patient's ability to pursue human purposes. These purposes are understood as the material, social, moral and of spiritual values than transcend physical biological life. The quality referred to, is the quality of relation and not a property or attribute. Thus, for the patients to judge that they have a Quality of Life means that patients themselves would evaluate that, based on medical condition, they are able to pursue values important to them at some qualitative or acceptable level.*

Studi mengenai kualitas hidup (*quality of life*) selama menopause menunjukkan hasil yang saling bertentangan, beberapa menunjukkan adanya penurunan, yang lain bahkan menunjukkan adanya peningkatan, dan beberapa penelitian lain tidak menunjukkan adanya hubungan antara menopause dengan kualitas hidup perempuan. Penelitian kohort yang luas dapat memberikan informasi yang sangat bermanfaat mengenai transisi menopause (perimenopause) ini. Meskipun demikian, pengalaman individual dapat dipengaruhi oleh banyak

faktor tambahan; di mana asal suku bangsa (etnik) dan budaya merupakan hal yang penting, akan tetapi masih belum jelas apakah faktor biologik atau psikososial-kah yang merupakan faktor terpenting. Persepsi dan deskripsi gejala-gejala juga bervariasi dengan konteks budaya dan perbedaan bahasa. Faktor genetik, diet harian, paritas, *body-mass index* (indeks massa tubuh), aktivitas fisik, dan paparan lingkungan yang berbeda pada kelompok etnik dan budaya, akan mempengaruhi transisi menopause (perimenopause) sebagaimana mereka melalui tahapan kehidupan reproduktif dan masalah kesehatan pada umumnya.

Perbedaan-perbedaan antar studi mungkin disebabkan karena inkonsistensi metode yang digunakan, atau karena perbedaan yang sesungguhnya di antara populasi. Beberapa penelitian terhadap faktor-faktor yang dapat mempengaruhi disfungsi vasomotor bersifat inkonklusif, tapi menyatakan bahwa beberapa hal seperti: *body-mass index*, *exercise*, usia dimulainya transisi menopause (perimenopause), kebiasaan merokok dan depresi mungkin mempunyai implikasi terhadap gangguan yang ditimbulkan dan kualitas hidup perempuan menopause.

Berdasarkan uraian di atas dapat dilihat bahwa menopause merupakan salah satu peristiwa alamiah yang tidak begitu saja dapat dimedikalisasi (biomedis), akan tetapi perlu juga diperhatikan dari aspek psikososialnya secara seimbang, sehingga penanganan menopause perlu dilakukan secara holistik dengan menggunakan pendekatan biopsikososial, yaitu suatu pendekatan dengan menerapkan teori-teori biologi, psikologi dan sosial secara terintegrasi. Salah satu pendekatan psikososial dalam penanganan masalah perempuan menopause adalah

dengan berupaya menciptakan persepsi dan sikap positif dari masyarakat dan petugas kesehatan terhadap menopause. Masyarakat, terutama kaum perempuan, perlu mendapat informasi yang lebih baik perihal masalah menopause secara menyeluruh. Transformasi budaya akibat globalisasi juga berpengaruh terhadap persepsi dan sikap kaum perempuan terhadap menopause. Kebanyakan perempuan menopause membutuhkan pendidikan, informasi tentang menopause serta dukungan seseorang yang mau mendengarkan pengalaman-pengalaman mereka.⁴⁶

Selain itu, upaya pencegahan untuk mempertahankan kesehatan dan vitalitas secara proaktif yang dapat dilakukan kaum perempuan dalam menghadapi menopause sebagaimana disarankan oleh *International Menopause Society (IMS)* antara lain berkaitan dengan perilaku dan gaya hidup sehat, seperti : olahraga, mengurangi konsumsi kafein, garam, gula, mengurangi atau menghentikan kebiasaan merokok dan minum alkohol, minum vitamin dan/atau mineral tertentu, istirahat dan tidur yang cukup, diet dengan gizi berimbang (rendah lemak), serta pemeriksaan kesehatan berkala secara teratur. Indeks massa tubuh yang lebih besar merupakan faktor risiko munculnya gejala-gejala vasomotor yang lebih berat, seperti juga kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol. Hal ini menunjukkan pentingnya faktor perilaku dan gaya hidup dalam mengatasi gejala-gejala klimakterik.⁴⁷

Di banyak negara maju, masalah menopause dan keluhan atau sindroma klimakterik sudah merupakan masalah kesehatan nasional, sedangkan di Indonesia, walaupun saat ini belum merupakan masalah kesehatan nasional yang

utama, tetapi mengingat jumlah populasi perempuan menopause di Indonesia yang terus meningkat, sudah mulai dirasakan perlu adanya persiapan dan pembenahan terhadap cara-cara penanganan masalah kesehatan pada perempuan menopause, khususnya berkaitan dengan masalah sindroma klimakterik tersebut. Selain beberapa upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Indonesia dalam penanganan lansia, yaitu antara lain dengan adanya Pelayanan Kesehatan Reproduksi Lansia sebagai bagian dari Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK), dalam rangka menanggulangi masalah menopause di Indonesia telah pula dibentuk Perkumpulan Menopause Indonesia (PERMI) yang berada di bawah organisasi Ikatan Dokter Indonesia (IDI) yang mempunyai beberapa cabang tersebar di beberapa wilayah di Indonesia. Walaupun saat ini sudah mulai banyak dilakukan kajian dan penelitian dalam masalah menopause ini di Indonesia, namun pada umumnya masih terbatas dalam aspek biomedis, seperti misalnya penelitian tentang sindroma klimakterik, profil lipid dan osteoporosis pada perempuan menopause.^{48,49,50} Beberapa penelitian di luar negeri yang dilakukan secara longitudinal dan dengan jumlah sampel yang cukup besar pada populasi perempuan menopause menunjukkan adanya relevansi yang sangat kuat antara aspek psikososial dengan aspek klinik. Bahkan aspek psikososial ini dapat menjadi suatu panduan yang berharga untuk prosedur penilaian dan pengobatan yang ditujukan untuk membebaskan para perempuan menopause dari tekanan psikologis dan dapat meningkatkan kualitas hidup mereka.⁴⁴

Mengingat kemungkinan telah terjadinya perubahan pandangan dan sikap kaum perempuan di Indonesia terhadap menopause akibat transformasi budaya

sebagai dampak globalisasi, dan kuatnya relevansi antara aspek psikososial dan aspek biomedis dalam penanganan menopause sebagaimana dilaporkan dalam beberapa kepustakaan di luar negeri, serta belum adanya kajian aspek psikososial pada perempuan Indonesia menopause, maka perlu dilakukan penelitian mengenai aspek psikososial tersebut dan kebiasaan/gaya hidup tersebut, serta hubungannya dengan kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan (*health-related quality of life*) pada perempuan menopause di Indonesia, yang hasilnya diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap aspek biomedis dalam upaya penanganan perempuan Indonesia menopause.

Berdasarkan hal-hal di atas, **tema sentral** dari penelitian ini adalah :

Jumlah dan proporsi penduduk perempuan Indonesia yang berusia di atas 50 tahun dan diperkirakan memasuki usia menopause terus mengalami peningkatan yang bermakna. Walaupun menopause merupakan peristiwa alamiah, sebagian dari perempuan menopause tersebut akan mengalami sindroma klimakterik, yang selama ini diketahui lebih banyak dialami oleh para perempuan Barat dibandingkan dengan perempuan Asia, termasuk Indonesia. Kajian komprehensif terhadap hasil penelitian tentang hubungan antara aspek budaya dan menopause menunjukkan bahwa faktor sosiokultural berpengaruh terhadap makna dan pengalaman seseorang terhadap menopause. Perempuan yang mengalami sindroma klimakterik ini akan terganggu secara fisik, mental, kehidupan sosial serta kinerja, prestasi dan produktivitasnya, sehingga kualitas hidup (*Quality of Life/QOL*) mereka akan menurun.

Globalisasi membawa dampak berupa transformasi budaya yang antara lain mengakibatkan perubahan gaya hidup, pandangan serta sikap perempuan Indonesia terhadap menopause menjadi kebarat-baratan, sehingga prevalensi sindroma klimakterik di antara populasi perempuan menopause Indonesia juga diperkirakan akan meningkat. Akibat pengaruh globalisasi juga, makin banyak perempuan Indonesia yang tingkat pendidikannya kini sudah lebih baik, makin banyak tampil di ruang publik, yang mencapai posisi penting dalam karirnya justru pada saat memasuki usia menopause, sehingga mereka perlu mempertahankan *QOL* yang baik untuk menunjang karirnya. Sedangkan perempuan menopause yang lebih banyak menjalani peran domestik sebagai ibu rumah tangga juga membutuhkan *QOL* yang baik untuk dapat mengimbangi peran suami yang juga telah mencapai puncak karirnya.

1.2. Identifikasi masalah

Dengan memperhatikan latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

- 1) Bagaimana kualitas hidup perempuan Indonesia menopause saat ini?
- 2) Apakah ada hubungan antara aspek psikososial dengan kualitas hidup perempuan Indonesia menopause?
- 3) Apakah ada hubungan antara kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup perempuan Indonesia menopause?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum :

Mengkaji kualitas hidup perempuan Indonesia pascamenopause melalui pendekatan biopsikososial.

1.3.2. Tujuan Khusus :

- a. Mengetahui atau menilai derajat kualitas hidup perempuan Indonesia pascamenopause.
- b. Mengetahui hubungan antara aspek psikososial dengan kualitas hidup perempuan Indonesia pascamenopause.
- c. Mengetahui hubungan antara kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup perempuan Indonesia pascamenopause.

1.4. Kegunaan Penelitian

Dengan mengetahui hubungan antara aspek psikososial dan faktor kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup perempuan Indonesia pascamenopause, maka dapat dibuat panduan untuk prosedur penilaian dan model penanganan perempuan pascamenopause dengan pendekatan biopsikososial. Selain itu dapat dilakukan upaya pendekatan psikososial (*care*) untuk menunjang pendekatan biomedis (*cure*) yang selama ini sudah dilakukan dalam pelayanan kesehatan bagi para lansia, yaitu sebagai bagian dari Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan Indonesia pascamenopause.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS

2.1. Kajian Pustaka

2.1.1. Batasan dan patofisiologi menopause

Menurut *World Health Organization (WHO)*, menopause adalah haid alami terakhir, yaitu saat berhentinya menstruasi secara permanen akibat hilangnya aktivitas atau tidak bekerjanya folikel ovarium yang disebabkan karena perubahan pada struktur dan fungsinya, tanpa ditemukan penyebab patologi atau fisiologi yang jelas, maupun tidak diinduksi oleh tindakan pembedahan, kemoterapi dan radiasi.⁵¹ Sedangkan menurut *The Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW)*⁵², menopause didefinisikan sebagai 12 (duabelas) bulan tanpa menstruasi sesudah periode menstruasi yang terakhir. Secara epidemiologik, definisi menopause disesuaikan menjadi “tidak adanya menstruasi selama 1 tahun”. Menopause adalah suatu saat dalam masa kehidupan ketika siklus menstruasi berhenti, yang terjadi karena berkurangnya sekresi hormon estrogen dan progesteron di ovarium dan kadar *follicle-stimulating hormone (FSH)* meningkat, bersamaan dengan habisnya persediaan folikel ovarium yang terbatas. Pada saat proses transisi menopause berlangsung, siklus menstruasi kadang-kadang tidak beraturan dan tidak terjadi menstruasi, sampai akhirnya berhenti sama sekali. Pada beberapa perempuan, kejadian amenorrhoe 3 bulan berturut-turut, atau rata-rata lamanya siklus lebih dari 42 hari, merupakan prediktor ke arah

terjadinya menopause.⁵¹ Menopause merupakan bagian dari masa pasca-reproduksi dalam kurun waktu kehidupan perempuan yang berlangsung secara alamiah dan akan dilalui oleh setiap perempuan.

Oogenesis (proses pembentukan sel telur) akan berakhir pada usia fetus 20 minggu dan selanjutnya sampai dengan saat lahir terjadi pengurangan jumlah primordial folikel secara bermakna. Pada saat seorang anak perempuan lahir, primordial folikel tinggal 500 ribu – 1 juta, dan dalam perjalanan waktu akan terus berkurang jumlahnya. Jumlah folikel yang masih tersedia sangat berbeda pada setiap perempuan. Sebagian perempuan pada usia 35 tahun masih memiliki sebanyak 100 ribu folikel, sedangkan wanita yang lain pada usia yang sama hanya memiliki 10.000 folikel. Penyebab berkurangnya jumlah folikel terletak pada folikel itu sendiri. Seperti sel-sel tubuh yang lain, oosit juga dipengaruhi oleh stres biologik seperti radikal bebas, kerusakan permanen dari DNA, dan bertumpuknya bahan kimia yang dihasilkan dari proses metabolisme tubuh. Karena oosit selalu mengalami kendali mutu yang ketat, oosit yang telah mengalami kelainan akan dikeluarkan melalui proses apoptosis (kematian sel yang terprogram). Bila jumlah primordial mencapai jumlah yang kritis, akan terjadi gangguan sistem pengaturan hormon (estrogen dan progesteron), yang berakibat terjadinya insufisiensi korpus luteum, siklus haid anovulatorik, dan pada akhirnya terjadi oligomenorea. Bila sudah tidak tersedia lagi folikel, berarti perempuan tersebut telah memasuki usia pascamenopause.⁴

Etiopatogenesis menopause belum diketahui dengan pasti, akan tetapi umumnya para ilmuwan sependapat bahwa berhentinya haid atau mati haid

diduga disebabkan terjadinya proses penuaan sel dan jaringan tubuh disertai dengan kematian sel yang terprogram (*apoptosis*), dan kematian bertahap dari folikel/oosit dari kedua ovarium khususnya, yang sebab utamanya adalah gangguan atau kemunduran sistem vaskularisasi terhadap kedua ovarium.⁵³ Ketiga proses utama ini menyebabkan menurunnya kadar hormon seks steroid terutama hormon estrogen dan progesteron dari kedua ovarium. Penurunan hormon seks steroid dengan melalui mekanisme kompleks, interaksi hormon di otak, kelenjar dan uterus mengakibatkan berhentinya haid atau menopause. Dengan demikian, menopause merupakan kejadian fisiologik yang normal dalam kehidupan setiap perempuan, dan bukan merupakan suatu penyakit.

Penurunan kadar estrogen antara lain berkaitan dengan perubahan kadar enzim antara lain berperan terhadap profil lipid, khususnya kadar kolesterol meningkat, yang mempunyai peran pada risiko kelainan kardiovaskuler, dan keadaan tersebut umumnya juga disertai dengan menurunnya imunitas tubuh.⁶ Proses utama penurunan imunitas adalah berkurangnya proliferasi sel T (kelenjar Thymus), atau dikenal dengan istilah *Thymic menopause* karena proses menua. Penurunan sel T dan perubahan *cytokine*, akan menurunkan *Interleukin-2* (IL-2) yang menghasilkan *cytokines proinflammatory* seperti IL-1b, IL-6, *Tumor Necrosing Factors (TNF)-α*, serta gangguan imunitas humoral (IL-4, IL-5).⁵⁴

Saat masuknya seseorang dalam fase menopause sangat berbeda-beda. Transisi menopause biasanya dimulai pada saat perempuan berusia pertengahan sampai akhir usia 40 tahunan, dan dapat berlangsung selama beberapa tahun, biasanya sekitar 4-5 tahunan. Periode menstruasi biasanya berakhir pada usia

antara 40 sampai 58 tahun, dan kalau periode menstruasi tersebut berakhir pada usia sebelum 40 tahun disebut menopause prematur atau prekoks. Studi populasi menunjukkan bahwa kebiasaan merokok dan status ekonomi rendah berhubungan dengan kejadian menopause prematur. Faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi usia pada saat perempuan mengalami menopause antara lain adalah usia menars (pertama kali mengalami menstruasi), paritas (jumlah anak yang dilahirkan), riwayat penggunaan kontrasepsi oral, indeks massa tubuh (*body-mass index/BMI*), asal suku bangsa dan riwayat keluarga.⁵⁵ Faktor genetik kemungkinan berperan terhadap usia menopause. Wanita kembar dizigot atau perempuan dengan siklus haid memendek memasuki menopause lebih awal jika dibandingkan dengan perempuan yang mempunyai siklus haid normal. Usia menopause yang lebih awal dijumpai juga pada perempuan nullipara, perempuan dengan diabetes mellitus, perokok berat, kurang gizi, perempuan vegetarian, sosioekonomi rendah, dan pada perempuan yang hidup pada ketinggian >4000 m di atas permukaan laut.⁵⁶ Perempuan multipara dan perempuan yang banyak mengonsumsi daging, atau minum alkohol akan mengalami menopause lebih lambat.⁴ Perempuan di Amerika atau Eropa tidak sama usia menopausenya dengan perempuan di Asia. Usia menopause perempuan di negara Barat seperti Amerika Serikat dan United Kingdom adalah 51,4 dan 50,9 tahun. Untuk negara Asia, ternyata didapatkan nilai usia yang tidak jauh berbeda. Sebuah studi yang dilakukan pada 7 negara Asia Tenggara memperlihatkan usia median terjadinya menopause yaitu 51,09 tahun. Studi yang diadakan di Malaysia terhadap 3 jenis etnik, yaitu Melayu, Cina dan India, menyebutkan bahwa menopause terjadi pada

usia 50,7 tahun.⁵⁷ Untuk Indonesia sendiri, laporan tahun 1990 menyebutkan usia menopause rata-rata perempuan Indonesia adalah 50 tahun.⁵⁸

2.1.2. Gangguan akibat menopause

Menopause merupakan suatu kejadian dalam kehidupan perempuan pada saat mana siklus haid tidak terjadi lagi dan ditandai dengan perubahan-perubahan fisiologik dan psikososial dalam kehidupan perempuan. Meskipun menopause merupakan kejadian normal dalam kehidupan, pengalaman individual bervariasi dan sebagian perempuan membutuhkan pertolongan medik untuk mengatasi gejala-gejala menopause. Peralihan atau transisi menuju menopause merupakan suatu proses fisiologik yang kompleks, dan seringkali disertai dengan efek tambahan dari proses penuaan dan penyesuaian atau adaptasi sosial.⁵² Sebagian perempuan mengalami sindroma klimakterik, baik berupa keluhan vasomotor, keluhan somatik maupun psikis pada masa transisi menopause atau masa perimenopause, serta selanjutnya akan terjadi peningkatan risiko penyakit-penyakit degeneratif atau kelainan kronis seperti: osteoporosis, penyakit kardiovaskuler, kanker kolorektal dan penurunan fungsi kognitif.

2.1.3. Sindroma klimakterik

Keluhan vasomotor, gangguan tidur dan keringat malam merupakan keluhan yang terbanyak dilaporkan dan mempunyai dampak negatif yang bermakna terhadap kualitas hidup secara keseluruhan pada sebagian perempuan.⁴ Dasar perubahan patofisiologi yang terjadi berkaitan dengan defisiensi estrogen

yang mekanismenya telah banyak diketahui. Lebih kurang 50-70% perempuan peri- dan pascamenopause di negara-negara Barat mengalami keluhan vasomotorik, depresif dan keluhan psikis serta somatik lainnya yang dikenal sebagai sindroma klimakterik. Berat atau ringannya keluhan berbeda-beda pada setiap perempuan. Keluhan-keluhan tersebut mencapai puncaknya sebelum dan sesudah menopause, dan dengan meningkatnya usia, keluhan-keluhan tersebut makin jarang ditemukan. Sindroma klimakterik ini dapat mempengaruhi kondisi psikis, mental, prestasi dan kinerja perempuan, serta kehidupan sosialnya. Walaupun menopause biasa diasosiasikan dengan keluhan di atas, tanggapan perempuan dan masyarakat terhadap menopause berbeda di setiap komunitas. Wanita Barat (Eropa dan Amerika) yang mengeluhkan gejala menopause mencapai sekitar 50-75%, sedangkan di Asia hanya sekitar 10-20%.⁴

Tabel 2.1. Keluhan Klimakterik pada Perempuan Usia Antara 45 – 54 tahun⁴

Gejolak panas (<i>hot flashes</i>)	70%
Jantung berdebar-debar	40%
Gangguan tidur	50%
Depresi	70%
Mudah tersinggung, merasa takut, gelisah dan lekas marah	90%
Sakit kepala	70%
Cepat lelah, sulit berkonsentrasi, mudah lupa & kurang tenaga	65%
Berkunang-kunang	20%
Kesemutan	25%
Gangguan libido	30%
Obstipasi	40%
Berat badan bertambah	60%
Nyeri tulang dan otot	50%

Berdasarkan hasil suatu *systematic review* terhadap 66 laporan penelitian di seluruh dunia perihal sindroma klimakterik ini, terutama untuk keluhan gejala panas dan keringat malam, dikemukakan bahwa gejala vasomotor mempunyai prevalensi yang cukup tinggi pada berbagai kalangan masyarakat di seluruh dunia, walau tentunya angka prevalensi tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain: cuaca, diet, gaya hidup, peranan perempuan dan sikapnya terhadap berakhirnya masa reproduksi dan proses penuaan.⁵⁷

2.1.3.1. Keluhan Vasomotorik

Sejak dulu keluhan vasomotorik hanya dikaitkan dengan kadar estrogen yang rendah, akan tetapi kini pendapat tersebut tidak dapat dipertahankan lagi. Pada perempuan peri- dan pascamenopause sering dijumpai keluhan klimakterik, padahal pada fase ini kadar estrogen cukup tinggi. Keluhan yang muncul berupa perasaan panas yang muncul tiba-tiba disertai banyak keringat. Keluhan tersebut pertama kali muncul pada malam hari atau menjelang pagi, dan lambat laun juga akan dirasakan pada siang hari. Etiologi gejala panas masih belum diketahui dengan pasti, namun diduga disebabkan oleh labilnya pusat termoregulator tubuh di hipotalamus yang diinduksi oleh penurunan kadar estrogen dan progesteron. Penyebab terjadinya keluhan vasomotorik umumnya pada saat kadar estrogen mulai menurun, dan penurunan ini tidak sampai mencapai kadar yang rendah. Bahkan, keluhan vasomotorik dirasakan makin kuat dengan makin tingginya kadar estrogen darah. Instabilitas ini menimbulkan perubahan yang tiba-tiba berupa vasodilatasi perifer mendadak dan bersifat sementara yang dikeluarkan

sebagai gejala panas dengan ditandai adanya peningkatan suhu tubuh pada saat itu. Bila terjadi pada malam hari, keadaan ini dilaporkan sebagai keringat malam. Sehingga dapat disimpulkan bahwa keluhan vasomotorik dapat terjadi baik pada kadar estrogen yang rendah, normal maupun tinggi, sehingga pengukuran kadar estrogen darah untuk menentukan perlu atau tidaknya pengobatan menjadi tidak bermanfaat.⁴

Semburan panas dirasakan mulai dari daerah dada dan menjalar ke leher dan kepala. Kulit di daerah tersebut terlihat kemerahan. Meskipun terasa panas, suhu badan tetap normal. Segera sesudah timbul semburan panas, daerah yang terkena semburan panas tersebut mengeluarkan keringat banyak. Semburan panas ini akan diikuti dengan sakit kepala, perasaan kurang nyaman, dan peningkatan frekuensi nadi. Hal ini disebabkan oleh peningkatan pengeluaran hormon adrenalin dan neurotensin oleh tubuh perempuan tersebut. Selain itu, terjadi pula penurunan sekresi hormon noradrenalin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah kulit, temperatur kulit sedikit meningkat dan timbul perasaan panas. Akibat vasodilatasi dan keluarnya keringat, terjadi pengeluaran panas tubuh sehingga kadang-kadang perempuan tersebut merasa kedinginan.⁵⁹ Semburan panas dan berkeringat yang muncul pada malam hari dapat menyebabkan gangguan tidur, cepat lelah dan cepat tersinggung. Munculnya keluhan semburan panas akan diperberat dengan adanya stress, alkohol, kopi, dan makanan-minuman panas. Suhu lingkungan yang panas juga dapat memperburuk perjalanan penyakit tersebut. Semburan panas dapat juga terjadi akibat reaksi alergi dan pada keadaan hipertiroid, selain itu, semburan panas juga dapat disebabkan oleh pemakaian

obat-obat tertentu seperti insulin, niacin, nifedipin, nitrogliserin, kalsitonin dan antiestrogen.

Hasil dari beberapa penelitian yang dilakukan di negara-negara Timur menunjukkan angka kejadian sindroma klimakterik yang lebih rendah. Hanya sekitar 20-25% perempuan Jepang yang mengeluhkan gejala vasomotor dan psikis.³

Tabel 2.2.

Gejala vasomotor dan hambatan psikososial yang timbul selama transisi menopause⁶⁰

Gejolak panas
Keringat malam
Gangguan tidur
Insomnia
<i>Sleep apnea</i>
<i>Mood swings</i>
Iritabilitas
Kesedihan
Ketegangan
Gangguan kognitif
Sulit berkonsentrasi
Masalah memori verbal
Hambatan sosial
Gangguan relasi keluarga
Isolasi sosial
Kesulitan terkait pekerjaan
Produktivitas menurun
Penurunan kualitas hidup lainnya
Perasaan malu
Ansietas (kecemasan)
Kelelahan

Gejala ini dapat menetap lebih dari 5 tahun pada 25% perempuan, bahkan pada sebagian kecil perempuan akan menetap seumur hidup. Angka kejadian yang rendah tersebut kemungkinan berhubungan dengan gaya hidup seperti pola

makan, latihan fisik dan sosial-ekonomi. Adanya perbedaan dalam jumlah dan intensitas gejala pada perempuan yang mengalami sindroma klimakterik antara perempuan Timur dan Barat menunjukkan bahwa menopause bukan semata-mata masalah biomedik, melainkan merupakan masalah biopsikososial.

2.1.3.2. Keluhan Somatik

Nyeri tulang dan otot merupakan keluhan yang paling sering dikemukakan oleh perempuan peri- dan pascamenopause. Estrogen memicu pengeluaran β endorfin dari susunan saraf pusat. Kekurangan estrogen menyebabkan pengeluaran β endorfin berkurang, sehingga ambang sakit juga berkurang/menurun. Oleh karena itu, perempuan peri- dan pascamenopause sering mengeluh sakit pinggang atau mengeluh nyeri daerah kemaluan, tulang dan otot.

Pemberian estrogen dan progesteron dapat memicu pengeluaran β -endorfin, dan β -endorfin ini dapat mengurangi aktivitas usus halus sehingga mudah terjadi obstipasi. Pada fase luteal siklus menstruasi, di mana kadar estrogen rendah, perempuan mudah terkena diare. Selain itu, stress juga dapat menimbulkan berbagai jenis keluhan. Stres meningkatkan pengeluaran β -endorfin, dan zat ini memicu pengeluaran Adreno Cortico Tropic Hormone (ACTH). β -endorfin dan ACTH berasal dari *precursor* yang sama, yaitu Proopiomelanocortin (POMC), yang banyak ditemukan di dalam nukleus arkuatus. POMC ini merupakan suatu peptida yang dapat membentuk β -endorfin di hipotalamus dan ACTH serta β lipotropin di hipofisis bagian depan. β -endorfin dapat

meningkatkan nafsu makan yang selanjutnya mengakibatkan kenaikan berat badan.⁴

2.1.3.3. Keluhan Psikis

Sudah diketahui bahwa steroid seks sangat berperan terhadap fungsi susunan saraf pusat, terutama terhadap perilaku, suasana hati, serta fungsi kognitif dan sensorik seseorang. Dengan demikian, bila terjadi penurunan steroid seks akan timbul perubahan psikis yang berat dan perubahan fungsi kognitif. Kurangnya aliran darah ke otak menyebabkan sulit berkonsentrasi dan mudah lupa. Akibat kekurangan hormon estrogen pada perempuan pascamenopause, maka timbulah keluhan seperti mudah tersinggung, cepat marah dan perasaan tertekan.^{4,61}

Kejadian depresi dijumpai sama pada laki-laki dan perempuan. Karena kejadiannya meningkat pada usia klimakterik dan postpartum, serta pemberian estrogen dan progesteron dapat menghilangkan atau mengurangi keluhan tersebut, maka kekurangan steroid seks dapat dianggap sebagai faktor predisposisi terjadinya depresi. Depresi sering juga ditemukan beberapa hari menjelang haid pada perempuan usia reproduksi. Perasaan tertekan, nyeri betis, mudah marah, mudah tersinggung, stres dan cepat lelah merupakan keluhan yang sering dijumpai pada perempuan usia klimakterium dan pada perempuan usia reproduksi dengan keluhan sindrom prahaid.⁶¹

2.1.3.4. Gangguan Tidur

Dikatakan bahwa gangguan tidur merupakan gejala yang paling banyak dikeluhkan perempuan pascamenopause.⁴ Kurang nyenyak tidur pada malam hari akan menurunkan kualitas hidup perempuan tersebut. Estrogen memiliki efek terhadap kualitas tidur. Reseptor estrogen telah ditemukan di otak yang mengatur tidur. Penelitian tersamar-ganda (*double-blind*) menunjukkan, bahwa perempuan yang diberi estrogen ekuin konjugasi memiliki periode '*rapid eye movement*' yang lebih panjang dan tidak memerlukan waktu lama untuk tidur.

2.1.3.5. Gangguan Fungsi Kognitif dan Sensorik

Berpikir dan mengenal sesuatu sangat erat kaitannya dengan kemampuan daya ingat seseorang. Hilangnya kemampuan fungsi sensorik, seperti melihat dan mendengar, sangat mempengaruhi intelektualitas seseorang. Kemampuan kognitif ataupun kemampuan mengingat akan bertambah buruk akibat kekurangan hormon estrogen. Akibat kekurangan estrogen terjadi gangguan fungsi sel-sel saraf serta terjadi pengurangan aliran darah ke otak. Pada keadaan kekurangan estrogen jangka lama dapat menyebabkan kerusakan pada otak, yang suatu saat kelak dapat menimbulkan demensia atau penyakit Alzheimer.⁴ Pada perempuan yang dilakukan pengangkatan kedua ovarium pada usia muda yang menyebabkan terjadinya penurunan kadar estrogen dan androgen secara tiba-tiba, akan terjadi perburukan fungsi kognitif.

2.1.3.6. Keluhan Urogenital dan Seksual

Dengan makin meningkatnya usia, maka makin sering dijumpai keluhan urogenital dan gangguan seksual pada perempuan. Uretra dan vagina berasal dari jaringan embriologik yang sama, sehingga defisiensi estrogen menyebabkan atrofi pada keduanya. Akibat kekurangan hormon estrogen, aliran darah ke vagina berkurang, cairan vagina berkurang, dan sel-sel epitel vagina menjadi lebih tipis dan mudah cedera. Beberapa penelitian membuktikan bahwa kadar estrogen yang cukup merupakan faktor terpenting untuk mempertahankan kesehatan dan mencegah vagina dari kekeringan, sehingga tidak menimbulkan nyeri pada saat sanggama.⁴

Perempuan dengan kadar estrogen <50pg/ml lebih banyak mengeluh masalah seksual, seperti vaginanya kering, perasaan terbakar, gatal dan sering keputihan. Akibat cairan vagina berkurang, umumnya perempuan mengeluh sakit saat sanggama sehingga tidak mau lagi melakukan hubungan seksual. Nyeri sanggama ini akan bertambah buruk lagi apabila hubungan seksual makin jarang dilakukan. Pada masa perimenopause, sebanyak 15% perempuan mengeluh vagina kering, meskipun haidnya masih teratur. Pada masa pascamenopause, perempuan yang mengeluh vagina kering meningkat sampai 50%. Akan tetapi pada kadar estrogen yang sangat rendah pun, perempuan masih bisa mendapatkan orgasmus. Yang terpenting adalah melakukan hubungan seks secara teratur agar elastisitas vagina tetap dapat dipertahankan. Hampir 50% perempuan usia 55-75 tahun masih mempunyai kehidupan seksual yang aktif dan orgasmus tetap dapat diperoleh hingga usia pascamenopause.⁴ Libido sangat dipengaruhi oleh banyak

faktor seperti perasaan, lingkungan, dan faktor hormonal. Apakah terdapat pengaruh langsung rendahnya estrogen terhadap libido, hingga kini belum dapat dibuktikan. Androgen tampaknya memiliki peranan penting dalam hal peningkatan libido, karena pada perempuan yang telah diangkat kedua ovariumnya, penurunan libido yang terjadi erat kaitannya dengan penurunan kadar androgen. Baik pada perempuan dengan menopause alamiah, maupun pada perempuan pasca pengangkatan kedua ovarium, pemberian androgen yang dikombinasikan dengan estrogen akan meningkatkan libido.

2.1.4. Aspek psikososial menopause

Perhatian terhadap faktor-faktor psikososial pada penelitian menopause terus meningkat. Pada masa perimenopause terjadi gejala-gejala fisiologik yang terjadi akibat perubahan hormonal, yang oleh sebagian besar perempuan dianggap merupakan bagian dari suatu peralihan yang normal. Meski demikian menopause tidak terlepas dari pandangan sosial dan perubahan-perubahan psikologis yang dapat terjadi pada saat bersamaan dalam kehidupan perempuan, sehingga pemahaman tentang menopause harus selalu dalam konteks kehidupan perempuan dan mencakup pertimbangan kondisi psikologis, pengaruh-pengaruh psikologis dan latar belakang sosiobudaya serta proses penuaan. Beberapa faktor yang diduga kuat mempunyai peranan dalam pengalaman menopause (dan kualitas hidup selama masa tersebut antara lain adalah perilaku yang dipengaruhi budaya seperti diet¹⁶⁻¹⁹, merokok²⁰, latihan atau *exercise*²¹, sikap dan harapan terhadap menopause²²⁻²⁵, bagaimana pandangan terhadap menopause (apakah sebagai

sesuatu yang alamiah, penyimpangan atau penyakit)²⁶⁻³⁰, keluhan-keluhan atau kondisi kesehatan sebelumnya³¹, status kesehatan reproduksi saat dan sebelum menopause³², pengalaman ibu tentang menopause³³, sikap terhadap pengasuhan anak dan peran perempuan³⁴, status perkawinan³⁵, hubungan dengan pasangan/suami dan sikap pasangan/suami terhadap menopause³⁶, dukungan sosial³⁷, status sosial dan sosioekonomi³⁸, pendidikan, karir dalam pekerjaan dan kepercayaan (agama)³¹. Dengan demikian, penanganan perempuan menopause sebaiknya selalu menggunakan pendekatan multidimensional, termasuk pertimbangan psikologis dan faktor-faktor psikososial.

2.1.4.1. Persepsi dan sikap perempuan tentang menopause

Dikatakan bahwa karena perempuan berhak mengambil keputusan sendiri atas kesehatannya, dengan demikian penting sekali memahami faktor-faktor yang berbeda yang mempengaruhi pengalaman-pengalaman para perempuan.⁶¹ Para ilmuwan psikososial mendapatkan bahwa pengalaman menopause sangat dipengaruhi oleh persepsi perempuan terhadap perubahan-perubahan tubuh dan persepsi mereka terhadap bagaimana menopause dipersepsikan oleh masyarakat terbatas di sekitar mereka. Bagaimanapun juga, kontroversi dan polarisasi atas pandangan-pandangan itu masih mendominasi perdebatan tentang bagaimana mengkonseptualisasikan pengalaman perempuan atas menopause. Model menopause secara biomedik lebih terfokus pada aspek biologik terhadap penurunan kadar hormonal dan identifikasi gejala-gejala klimakterik. Menopause dianggap secara karakteristik sebagai penyakit defisiensi yang membutuhkan

pengobatan, dan pengobatan tersebut adalah terapi sulih hormon (TSH), menjadikan perempuan sebagai pasien yang tidak sehat, karena gejala-gejala klimakterik tersebut diyakini berhubungan langsung dengan defisiensi estrogen. Perlu ditekankan bahwa gejala-gejala yang langsung berhubungan dengan penurunan estrogen adalah keringat malam dan gejalak panas (*hot flushes*).

Dari segi semantik (makna bahasa) sesungguhnya menopause tidak merupakan masalah karena menopause artinya “berhenti haid”. Yang menjadi masalah adalah bagaimana masyarakat mengartikan berhentinya haid itu, apakah itu dianggap baik, buruk, menyenangkan, mencemaskan, mengganggu atau tidak terhadap kesehatan, kinerja dan kualitas hidup. Sejak lama menstruasi dipersepsikan oleh masyarakat sebagai pengeluaran kelebihan darah.³ Kegagalan dalam pengeluaran darah tersebut merupakan salah satu tanda penyakit yang harus diobati. Selain itu menstruasi dianggap kotor, bau, dan merupakan pencemaran. Dalam masyarakat berkembang pula pandangan bahwa terdapat hubungan langsung antara menstruasi dan kemampuan mempunyai anak. Masyarakat umumnya mempersepsikan perempuan hamil bila sebelumnya menstruasinya teratur dan tiba-tiba tidak datang. Kejadian abortus yang disengaja dianggap tabu, apalagi bila terjadi di luar pernikahan. Bahkan dianggap sebagai suatu kejahatan yang perlu mendapat sanksi sosial. Sebagian perempuan menganggap menstruasi secara fisik merusak dan melemahkan tubuh, sehingga mereka ingin segera mengalami menopause. Di samping itu, bagi perempuan muslim menstruasi dianggap mengganggu kegiatan ibadah. Akan tetapi, sebagian lagi menginginkan menstruasi akan tetap terus berlangsung meski usia terus bertambah. Hal ini

karena menstruasi dianggap vital bagi tubuh, dibutuhkan agar awet muda, dan menjadi koreksi terhadap kelambanan akibat penuaan. Bagi golongan ini, menopause merupakan ancaman terhadap identitas keperempuanan.

Sebagian perempuan Barat memandang menopause sebagai suatu kehilangan, yaitu kehilangan kecantikan dan kemampuan untuk mempunyai anak yang menggambarkan status dan harga dirinya.⁶¹ Munculnya tanda dan gejala ketuaan seperti kulit keriput dan libido berkurang dapat merupakan trauma psikis serta menimbulkan depresi, kecemasan dan perasaan mudah tersinggung. Pada saat yang bersamaan dengan perempuan menjelang menopause, anak-anak mereka sudah menjadi makin dewasa. Kedewasaan ini menyebabkan mereka tidak merasa bergantung kepada ibunya. Hal ini menyebabkan si ibu merasa tidak diperlukan lagi, baik oleh anak maupun suaminya, terjadilah suatu yang disebut sebagai *The Empty Nest Syndrome*.

Hubungan antara perimenopause atau menopause dengan faktor psikologis, seperti kegelisahan dan depresi, belum banyak diketahui. Data epidemiologis menunjukkan bahwa pada mayoritas perempuan pascamenopause tidak menonjol, tapi menurut survei klinik, keluhan yang menyerupai depresi pada peri- dan pascamenopause, lebih tinggi. Tampaknya peran sosiokultural dan perbedaan demografi masih harus diteliti. Perempuan Jepang, misalnya, sangat sedikit mengalami keluhan fisik atau emosional dalam kaitan dengan menopause. Temuan ini merupakan indikasi bahwa bukan hanya kultur dan perbedaan demografik saja, tapi juga suatu refleksi dari pengaruh interaksi antara faktor biologik, genetik, dan nutrisi/diet.⁶²

Ada perbedaan sikap antara masyarakat pedesaan (rural) dan perkotaan (urban) terhadap masalah menopause. Perempuan perkotaan lebih bersikap positif dan percaya kepada hal-hal yang bersifat alami. Sebaliknya perempuan pedesaan tidak spontan memberikan informasi karena *taboo* sosial (*silent menopause*), dan umumnya mereka bersikap negatif karena kehidupan mereka sangat bergantung kepada suami, baik dalam hal fisik, ekonomi maupun sosial. Bagi mereka yang menganggap menopause sebagai proses menuju ketuaan, menopause identik dengan hilangnya daya tarik.³

Perempuan Timur menganggap menopause sebagai suatu peristiwa alamiah biasa yang harus dijalani oleh semua perempuan. Proses penuaan tidak dianggap sebagai hilangnya kecantikan, tetapi sebagai proses pematangan untuk menjadi manusia bijaksana.³ Menopause sebaiknya tidak dianggap hanya sebagai proses penuaan fisik saja, tetapi lebih lagi sebagai proses pematangan dalam segi intelektual, konsep pemikiran, spiritual dan wawasan hidup, sehingga merupakan suatu proses menuju perempuan bijaksana.⁶¹ Di beberapa daerah di Indonesia status perempuan lansia mempunyai kedudukan terhormat dalam masyarakat, sehingga mereka banyak diminta pendapat atau nasihatnya dalam berbagai masalah, bahkan kadang-kadang sangat menentukan. Bila dilihat dari sisi spiritual, menopause dianggap sebagai sesuatu yang patut disyukuri karena tidak semua orang diberi umur panjang dan diberi kesempatan untuk lebih banyak bertobat, beribadat dan beramal saleh. Menopause hendaknya diterima sebagai karunia yang patut disyukuri karena dilebihkan dari perempuan lain, dengan umur yang lebih panjang dan dengan segala kesempatannya. Pada kelompok perempuan

Timur yang mempunyai pandangan positif terhadap menopause, tidak atau sedikit sekali ditemukan adanya gejala yang mengganggu atau mengkhawatirkan, baik dari segi klinis, psikis maupun sosial.³

Dari sudut pandang antropologi, seperti halnya menstruasi dan kelahiran, menopause adalah peristiwa fisiologis, sekaligus produk budaya yang dipengaruhi oleh kepercayaan, harapan dan kebiasaan masyarakat. Harapan dan kepercayaan ini membentuk stereotipe menopause, yang berbeda antar masyarakat dari berbagai bangsa, serta bergantung pada makna dan dampak sosial dari perempuan yang sudah tidak subur dan tidak menstruasi lagi. Stereotipe perempuan menopause yang klasik adalah perempuan yang tampak sedih, agak gemuk, rambut mulai beruban, kulit mengerut, fisik dan pribadi yang tidak menarik lagi, serta tidak ada lagi yang bisa diharapkan dari pribadi tersebut. Akan tetapi, sesuai dengan perkembangan jaman, perempuan menopause mengalami perubahan, misalnya jadi lebih menarik, berprestasi, dan produktif. Banyak perempuan di atas usia 50 tahun memegang kedudukan penting, baik di pemerintahan maupun swasta dan juga bidang pendidikan, walau masih ada kekhawatiran bahwa menopause akan menghambat mereka dalam berprestasi dan berkarya.

Para ilmuwan sosial menekankan konstruksi menopause secara sosial dan budaya, yang menganggap menopause sebagai suatu kejadian alamiah dan transisi kehidupan yang membutuhkan adaptasi dan perubahan psikososial. Pengalaman perempuan atas gejala menopause dan intensitasnya berhubungan dengan makna yang melekat pada menopause di antara masyarakat sekitarnya, dan peran yang berbeda yang dijalani perempuan tersebut, sebagaimana juga persepsi terhadap

peran tersebut. Sesuai dengan model sosio-kultural, makna yang ada pada menopause dan menjadi orang yang lebih tua di lingkungan masyarakat sekitar akan mempengaruhi pengalaman perempuan atas menopause. Tata nilai dan sikap terhadap perempuan serta peran perempuan paruh baya dapat mempengaruhi pengalaman atas menopause.⁶³ Kini mulai banyak penelitian epidemiologik yang menekankan pentingnya integrasi dua pandangan yang bertentangan tadi menjadi model yang holistik dan interaktif menuju beberapa aspek menopause yang lebih kompleks. Flint⁵⁴ menyarankan suatu model menopause secara biopsikokultural untuk penelitian interdisiplin dan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik atas beberapa aspek yang berbeda dari kesehatan perempuan. Olazabal dan kawan-kawan⁶⁴ juga menyarankan pandangan atau pendekatan yang lebih holistik dan berimbang terhadap masalah menopause.

2.1.4.2. Peran kebiasaan atau gaya hidup dalam pengalaman menopause

Upaya pencegahan untuk mempertahankan kesehatan dan vitalitas secara proaktif yang dapat dilakukan kaum perempuan dalam menghadapi menopause sebagaimana disarankan oleh *International Menopause Society (IMS)* antara lain berkaitan dengan gaya hidup sehat, seperti : olahraga, mengurangi konsumsi kafein, garam, gula, mengurangi atau menghentikan kebiasaan merokok dan minum alkohol, minum vitamin dan/atau mineral tertentu, istirahat dan tidur yang cukup, diet dengan gizi berimbang (rendah lemak), serta pemeriksaan kesehatan berkala secara teratur. Perempuan yang rajin berolahraga dan tidak merokok mempunyai nilai *positive mood* yang lebih baik terhadap perubahan-perubahan

yang dialami. Hasil survei *The Study of Women's Health across the Nation* (SWAN) yang dilakukan selama 2 tahun (1995-1997) terhadap 16.065 perempuan berusia antara 40-55 tahun dari berbagai ras/etnik di Amerika menunjukkan bahwa keluhan-keluhan menopause lebih banyak dialami oleh perempuan yang mempunyai kebiasaan merokok, kurang melakukan aktivitas fisik dan memiliki indeks massa tubuh (IMT) yang tinggi.⁶⁵ Beberapa studi lain juga mendapatkan bahwa para perempuan yang kurang aktif secara fisik seringkali mengeluhkan gejala-gejala neurovegetatif sesudah menopause dibandingkan dengan mereka yang rajin berolahraga.⁶⁶ Perempuan yang rajin berolahraga memiliki *mood profile* yang lebih baik, lebih sedikit gejala-gejala somatik dan kesulitan dalam konsentrasi daya ingat dibandingkan dengan perempuan yang kurang aktif bergerak. Latihan fisik diketahui dapat meningkatkan kadar β -endorfin, yaitu suatu neurotransmitter yang dapat mempengaruhi pengaturan suhu tubuh, yang mana β -endorfin ini menurun kadarnya akibat penurunan kadar estrogen pada perempuan menopause.⁴

Indeks massa tubuh yang lebih besar merupakan faktor risiko munculnya gejala-gejala vasomotor yang lebih berat, seperti juga kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol. Hal ini menunjukkan pentingnya faktor gaya hidup dalam mengatasi gejala-gejala klimakterik.⁶⁶

2.1.4.3. Peran petugas kesehatan

Salah satu pendekatan psikososial dalam penanganan masalah perempuan menopause adalah dengan berupaya menciptakan persepsi atau sikap positif dari

masyarakat dan petugas kesehatan terhadap menopause. Masyarakat, terutama kaum perempuan, perlu mendapat informasi yang lebih baik perihal masalah menopause secara menyeluruh. Para dokter atau petugas kesehatan pada umumnya kiranya dapat memberikan dukungan dan konseling yang baik kepada kaum perempuan perihal menopause, mulai dari keluhan atau gejala-gejala menopause dan dampaknya dalam jangka pendek maupun jangka panjang, upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi keluhan-keluhan tersebut serta mencegah timbulnya masalah-masalah yang mungkin timbul dalam jangka panjang akibat menopause tersebut. Kebanyakan perempuan menopause membutuhkan pendidikan, informasi tentang menopause serta dukungan seseorang yang mau mendengarkan pengalaman-pengalaman mereka.⁴⁶

Pengelolaan menopause adalah salah satu isu paling kontroversial dalam praktik kedokteran masa kini karena begitu banyaknya intervensi yang berbeda. Perempuan menghadapi berbagai citra yang bertentangan tentang menopause dan juga keputusan-keputusan tentang pengobatan yang terkait dengan perbedaan berbagai pandangan. Beberapa kritik menyatakan bahwa model menopause secara biologik cenderung menetapkan penilaian yang bersifat negatif atas pandangan perempuan terhadap diri mereka sendiri dan bagaimana mereka dipandang oleh masyarakat sekitar. Hal ini mengakibatkan medikalisasi menopause dan timbulnya ketergantungan kemampuan perempuan untuk mengelola kesehatan mereka sendiri atas kemampuan dunia kedokteran.⁶⁷ Perempuan menjadi merasa tidak dapat mengontrol kesehatan mereka sendiri dan harus mendapatkan konsultasi medik untuk didiagnosis sebagai “pasien menopause”.⁶⁸ Pengendalian medik

terhadap perempuan menopause menjadi lebih luas lagi dengan “mempermainkan” ketakutan perempuan terhadap proses penuaan dan masalah-masalah kesehatan yang terkait dengan umur mereka. Iklan dan media massa juga ikut mengukuhkan citra menopause sebagai suatu keadaan yang memerlukan pengobatan dan intervensi. Gannon dan Stevens⁶⁹ mendapatkan bahwa model menopause secara biomedik digunakan dalam media massa untuk menyampaikan informasi tentang menopause. Dikatakan juga didapatkan bahwa model menopause secara biomedik ini secara luas didasarkan pada data-data yang dikumpulkan dari populasi klinik yang tidak cukup representatif untuk menggambarkan kondisi perempuan secara umum, yang kemudian digeneralisasikan untuk semua perempuan dan menciptakan pandangan yang bias.⁷⁰ Didapatkan bahwa perempuan-perempuan menopause yang mencari pengobatan berbeda dengan perempuan yang lain dalam hal konsep pribadi dan perilaku dini dalam mencari pengobatan.⁷¹

2.1.5. Penilaian kualitas hidup perempuan menopause

Batasan “Kualitas Hidup” (*Quality of Life*) menurut WHO (1993) adalah **persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup orang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya.** Batasan tersebut sangat luas dan mencakup 6 (enam) domain seperti: kesehatan fisik, status psikologik, tingkat kebebasan, hubungan-hubungan sosial, gambaran lingkungan dan kepedulian spiritual. Dalam konteks kesehatan, kualitas hidup (*Quality of Life = QoL*) yang

berkaitan dengan dampak sakit atau terganggunya kesehatan seseorang mempunyai berbagai aspek situasi dan kondisi kehidupan individual. Penilaian kualitas hidup yang mengukur dampak sakit atau terganggunya kesehatan seseorang tersebut biasanya terdiri dari beberapa parameter fisik, psikologik dan sosial.⁴³

Symptoms atau gejala adalah indikasi suatu penyakit atau kelainan yang dikemukakan sendiri oleh pasien dan merupakan salah satu alasan yang membawa pasien berkonsultasi ke dokter, dan juga merupakan suatu ekspresi atau manifestasi subyektif dari adanya disfungsi fisik, psikologik atau sosial. Terdapat sedikit keraguan bahwa selain karena gejala-gejala vasomotor yang berkaitan dengan hormon estrogen, banyak perempuan selama masa transisi (perimenopause) dan datang ke klinik menopause mengalami berbagai disfungsi tersebut dengan manifestasi gejala fisik, psikosomatik dan psikologik secara berlebihan, yang dikenal juga sebagai sindroma klimakterik. Baik studi psikososial potong silang (*cross-sectional*) maupun longitudinal yang dilakukan pada populasi umum perempuan dengan sindroma klimakterik menunjukkan bahwa gejala-gejala tersebut berhubungan dengan beberapa masalah psikososial dalam situasi kehidupan perempuan.

Kontak antara dokter dengan pasien dimulai pada saat pasien mengemukakan gejala yang dialaminya kepada dokter. Pada umumnya seseorang tidak datang ke klinik atau rumah sakit dengan suatu keluhan atau gejala berupa disfungsi fisik, psikologik atau sosial yang melatarbelakanginya, akan tetapi lebih merupakan pengalaman subyektifnya terhadap disfungsi yang terjadi, dan ini yang

menjadi suatu yang disebut “gejala” dan dikeluhkan oleh mereka. Dengan demikian, gejala merupakan ukuran hasil pengobatan yang penting, karena berkurang atau hilangnya gejala merupakan bukti bahwa pengobatan telah berhasil mengatasi disfungsi yang terjadi. Hal tersebut yang menjadi alasan bahwa gejala merupakan hal yang penting dan pengukuran gejala secara “reliable” dan bermakna merupakan hal yang mendasar dan perlu.⁴³

Banyak metode yang telah dikembangkan untuk menilai atau mengukur berat-ringannya sindroma klimakterik pada seorang perempuan menopause atau perimenopause, tapi hanya sedikit yang mempunyai standar, validitas dan reliabilitas yang baik. Beberapa metode didasarkan pada pelaporan sendiri (*self-reports*) atas ada-tidaknya, berat-ringannya dan kekerapan (frekuensi) gejala-gejala individual tersebut, seperti *hot flashes*. Beberapa yang lain menggunakan skor kumulatif, berdasarkan daftar atau skala gejala yang diperkirakan mempunyai hubungan dengan menopause, seperti perubahan emosi (*mood*), kognisi, kualitas hidup, fungsi seksual dan gejala-gejala somatik. Gejala-gejala berupa hambatan daya ingat, gangguan konsentrasi, kecemasan, depresi, sulit tidur, keringat malam, gejalak panas, keluhan tulang dan persendian, dan pengurangan massa otot seringkali muncul dalam masa transisi.

Banyaknya gejala yang dipelajari dan metode yang digunakan, serta populasi masing-masing studi yang berbeda, menimbulkan kesulitan untuk membandingkan penelitian-penelitian yang menggunakan metode tersebut. Sebagian besar penelitian gagal untuk menyesuaikan atau mengelompokkan variabel yang penting dan potensial seperti umur, kelainan-kelainan yang sudah

ada sebelumnya dan penggunaan terapi sulih hormon. Kebanyakan studi, termasuk yang bersifat *prospective cohorts*, melaporkan data potong silang (*cross sectional*) dan membandingkan hasil-hasil untuk kelompok premenopause, perimenopause dan pascamenopause, sementara penelitian lain membandingkan hasil pengukuran secara serial terhadap individu yang melalui tahapan-tahapan tersebut.

Untuk mengukur kualitas hidup seseorang, WHO telah membentuk WHO *Quality of Life (QOL) Group*. Kelompok ini telah melakukan penelitian di 15 negara yang berbeda budaya, norma dan adat-istiadatnya. Pengukuran kualitas hidup menggunakan instrument *World Health Organization Quality of Life -100 (WHOQOL-100)* yang terdiri dari 100 pertanyaan yang mencakup 25 segi (*facets*) dan sudah diterjemahkan dalam berbagai bahasa di 15 negara tersebut (WHOQOL Group 1998). Kemudian WHO menyusun WHOQOL-BREF yang merupakan versi singkat dari WHOQOL-100 dan dapat digunakan bila waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan 100 pertanyaan terlalu lama dan tingkat dari segi (*facets*) secara rinci tidak diperlukan, misalnya pada survei epidemiologik dan percobaan klinik (WHOQOL Group 1998). WHOQOL-BREF ini sudah digunakan di 23 negara pada usia dewasa dan terdiri dari 24 facets yang mencakup 4 domain dan terbukti dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Penggunaan WHOQOL-BREF untuk mengukur kualitas hidup para lanjut usia dilaporkan cukup *valid* dan *reliable*, walau disarankan perlunya modifikasi pada beberapa pertanyaan. Keempat domain tersebut adalah: i) kesehatan fisik, terdiri dari 7 pertanyaan; ii) psikologik, terdiri dari 6 pertanyaan;

iii) hubungan sosial, terdiri dari 3 pertanyaan; iv) lingkungan, terdiri dari 8 pertanyaan. WHOQOL-BREF juga mengukur 2 *facets* dari kualitas hidup secara umum, yaitu: i) kualitas hidup secara keseluruhan (*overall quality of life*); dan ii) kesehatan secara umum (*general health*).^{72,73,74}

Skala pengukuran yang pertama kali diterima secara luas untuk mengukur beratnya keluhan-keluhan menopause adalah ***Kupperman Index***. Instrumen ini difokuskan terutama untuk mendapatkan gambaran gejala klimakterik yang dinilai atas dasar kesimpulan dokter terhadap keluhan-keluhan klimakterik yang dikemukakan pasien, dan tidak memberi kesempatan kepada perempuan untuk menilai sendiri gejala-gejala yang dirasakannya.

Beberapa skala yang secara khusus digunakan untuk mengukur gejala klimakterik dengan cara yang standar sudah dikembangkan dan diterima secara luas, serta memenuhi beberapa kriteria berikut, yaitu 1) bahwa skala pengukuran tersebut dirancang dengan basis analisis faktor; 2) terdiri dari beberapa sub-skala yang masing-masing mengukur aspek gejala klimakterik yang berbeda; 3) memiliki *sound psychometric properties*, yaitu mempunyai reliabilitas dan validitas yang baik dan 4) telah distandarisasi menggunakan populasi perempuan klimakterik.

Tabel 2.3. Struktur subskala dari masing-masing *menopause specific scale*⁴³

Greene Climacteric Scale	Women Health Questionnaire	Menopause Symptom List	Menopause Rating Scale	Utian QoL Score
Vasomotor	Vasomotor	Vasosomatic	Somatovegetatif	Emosional
Somatic	Somatic	General Somatic	Urogenital	Occupational
Anxiety	Anxiety	Psychological	Psychological	Health
Depression	Depression			Sexual
	Cognitive			
	Sleep			
	Sex			
	Menstrual			

Saat ini terdapat lima skala pengukuran yang spesifik untuk menopause (*menopause specific scale*) yang sesuai dengan kriteria tersebut di atas dan sudah distandarisasi, yaitu : *The Greene Climacteric Scale*, *The Women's Health Questionnaire*, *The Menopausal Symptom List*, *The Menopause Rating Scale*, dan *The Utian Quality of Life Score*.⁴³

Berikut adalah karakteristik dari masing-masing *menopause-specific-scale* :

Tabel 2.4. *Characteristics of each standardized menopause-specific-scale*⁴³

Name of scale	Number of items	Rating points	Rating measure	Number of subscales	Reliability of subscales
- Greene Climacteric Scale	21	4	Severity	4	0,83-0,87
- Women's Health Questionnaire	32	2	Present or absent	8	0,78-0,96
- Menopausal Symptom List	25	6	Frequency & severity	3	0,73-0,83
- Menopause Rating Scale	11	5	Severity	3	0,74-0,82
- Utian QoL Score	23	5	Severity	4	Not available

Menopause Rating Scale (MRS) disusun pertama kali di Jerman, telah dikembangkan dan divalidasi beberapa tahun yang lalu (1996) untuk mendapatkan suatu instrumen yang mapan yang dapat diisi dan dilengkapi oleh perempuan

sendiri.⁴³ Tujuan dari MRS ini adalah : (1) mendapatkan perbandingan gejala-gejala penuaan di antara kelompok-kelompok perempuan pada kondisi yang berbeda; (2) membandingkan beratnya gejala dari waktu ke waktu; dan (3) untuk mengukur perubahan yang terjadi antara sebelum dan sesudah pengobatan (*pre- and post-treatment*). Instrumen ini dapat mengidentifikasi gejala atau keluhan klimakterik yang mencakup tiga dimensi, yaitu: psikologik, somato-vegetatif dan faktor urogenital, terdiri dari 11 pertanyaan dengan rentang nilai 0 (tidak ada keluhan) sampai nilai 4 (keluhan berat sekali).^{75.76}

Menopause Rating Scale (MRS) merupakan salah satu instrumen atau alat ukur untuk mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (***Health-Related Quality of Life = HRQoL***), karena profil keluhan-keluhan pada skala menopause ini penting sekali dan mampu menilai HRQoL pada perempuan dalam rentang usia tersebut.^{43,72} Lagipula terdapat korelasi yang baik antara hasil yang didapat dengan skala MRS dan *generic QoL*. Instrumen ini telah diterjemahkan ke dalam beberapa bahasa dengan mengikuti kaidah-kaidah dari *International Methodological Recommendations for the Linguistic & Cultural Adaptation of HRQOL measures*, termasuk di antaranya sudah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia.⁷⁵

Menopause Rating Scale (MRS) ini juga mempunyai karakteristik psikometrik yang baik. Penggunaannya di banyak negara menawarkan kesempatan untuk membandingkan karakteristik psikometrik di antara beberapa negara. Penilaian reliabilitas (konsistensi dan stabilitas tes-retes) MRS memberikan hasil baik di semua negara di mana data-data tersebut dikumpulkan,

meskipun hanya dapat digunakan sebagai informasi awal karena jumlah sampel sangat sedikit. Khusus di Indonesia, hasil uji reliabilitas terhadap MRS dengan melibatkan 1000 responden memberikan skor total $\alpha = 0,84$ (*internal consistency coefficients*) dan *test-retest correlation coefficient* sebesar 0,8.⁷⁵ Hasil uji validitas MRS juga menunjukkan bahwa struktur internal MRS di beberapa negara mempunyai kesamaan dalam menyimpulkan bahwa skala MRS dapat mengukur fenomena yang ada dalam diri perempuan dengan keluhan-keluhan menopause. Korelasi antara skor total dan subtotal menunjukkan koefisien korelasi yang tinggi, dan hal ini menunjukkan bahwa penilaian subskala dalam pelaksanaannya tidak dapat sepenuhnya berdiri sendiri. Perbandingan antara nilai-nilai rujukan dari populasi yang berbeda menunjukkan bahwa skor MRS mudah dibandingkan antara Eropa dengan Amerika Utara. Perbandingan langsung antara Eropa dan Amerika dengan negara-negara Amerika Latin dan Asia (Indonesia) harus dilakukan dengan hati-hati karena beratnya gejala yang dilaporkan tidak sama.⁷⁷ Perbandingan MRS dengan skala untuk gejala menopause lainnya (*Kupperman Index*) menunjukkan hubungan dan koefisien korelasi yang baik, menunjukkan *criterion-oriented validity* yang baik. Hal yang sama juga dapat diamati pada perbandingan MRS dengan *generic QoL SF-36* yang juga memberikan koefisien korelasi yang tinggi. Bukti-bukti metodologik yang ada saat ini menunjukkan bahwa MRS merupakan instrumen yang mempunyai reliabilitas dan validitas yang tinggi untuk mengukur dan membandingkan HRQoL.⁴³

Studi mengenai kualitas hidup (*quality of life*) selama menopause menunjukkan hasil yang saling bertentangan, beberapa menunjukkan adanya

penurunan, yang lain bahkan menunjukkan adanya peningkatan, dan beberapa penelitian lain tidak menunjukkan adanya hubungan antara menopause dengan kualitas hidup perempuan. Penelitian kohort yang luas dapat memberikan informasi yang sangat bermanfaat mengenai transisi menopause (perimenopause) ini. Meskipun demikian, pengalaman individual dapat dipengaruhi oleh banyak faktor tambahan; di mana asal suku bangsa (etnik) dan budaya merupakan hal yang penting, akan tetapi masih belum jelas apakah faktor biologik atau sosiokultural-kah yang merupakan faktor terpenting. Genetik, diet harian, paritas, *body-mass index*, aktivitas fisik, dan paparan lingkungan yang berbeda pada kelompok etnik dan budaya, akan mempengaruhi transisi menopause (perimenopause) sebagaimana mereka melalui tahapan kehidupan reproduktif dan masalah kesehatan pada umumnya. Persepsi dan deskripsi gejala-gejala juga bervariasi dengan konteks budaya dan perbedaan bahasa.

Perbedaan-perbedaan antar studi mungkin disebabkan karena inkonsistensi metode yang digunakan, atau karena perbedaan yang sesungguhnya di antara populasi. Beberapa penelitian terhadap faktor-faktor yang dapat mempengaruhi disfungsi vasomotor bersifat inkonklusif, tapi menyatakan bahwa beberapa hal seperti: *body-mass index*, *exercise*, usia dimulainya transisi menopause (perimenopause), kebiasaan merokok dan depresi mungkin mempunyai implikasi.

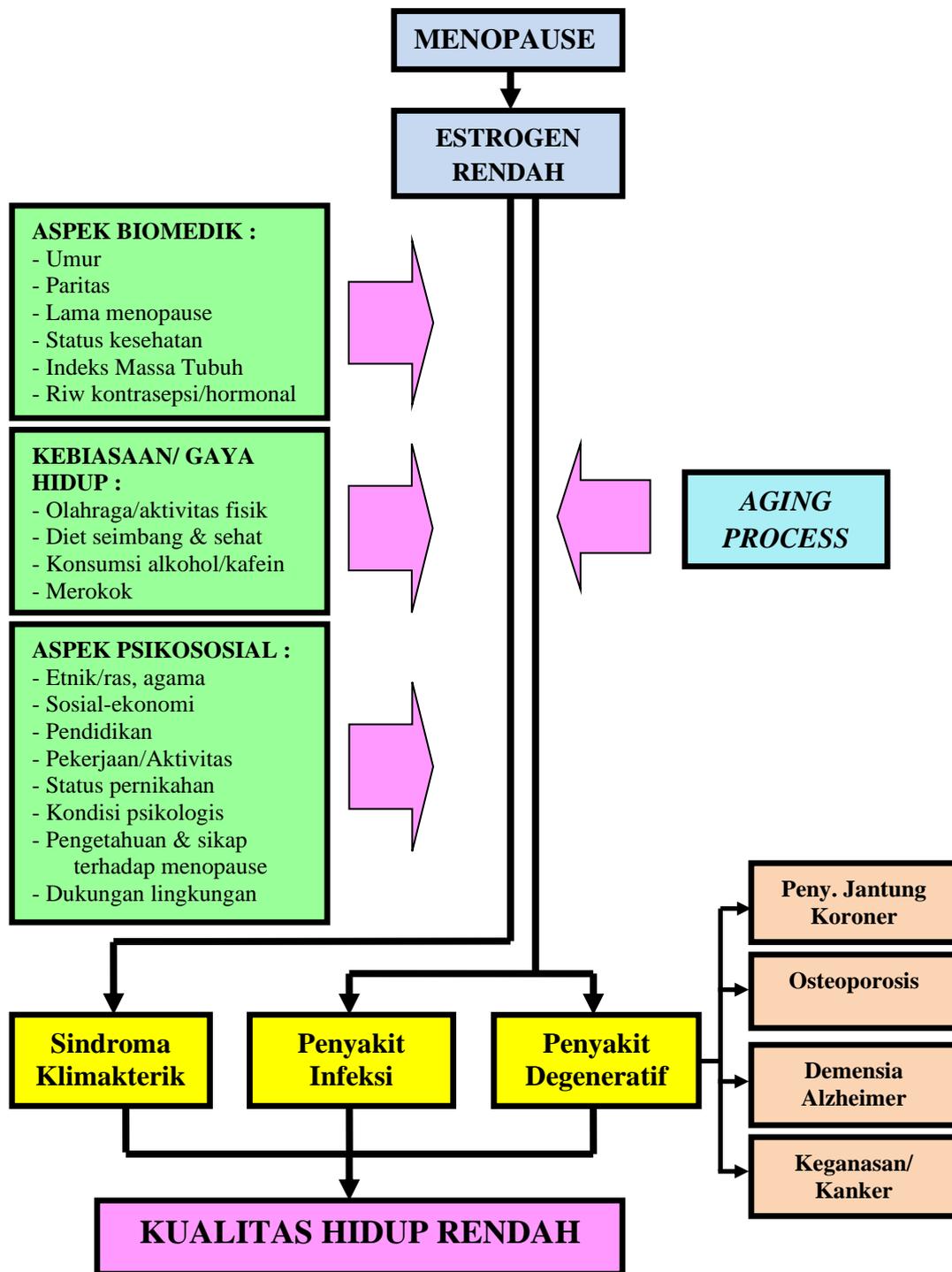
2.2. Kerangka Pemikiran

Menopause adalah haid alami terakhir, yaitu saat berhentinya menstruasi secara permanen selama 12 bulan berturut-turut, akibat hilangnya aktivitas atau tidak bekerjanya folikel ovarium yang disebabkan karena perubahan pada struktur dan fungsinya, tanpa ditemukan penyebab patologi atau fisiologi yang jelas, maupun tidak diinduksi oleh tindakan pembedahan, kemoterapi dan radiasi.^{3,51}

Pada menopause terjadi penurunan kadar hormon seks steroid terutama hormon estrogen dan progesteron dari kedua ovarium.⁵³ Penurunan hormon steroid bukan saja mengubah pola haid, tetapi juga dapat mempunyai dampak terhadap kesehatan umum, yaitu terjadinya **Sindroma Klimakterik**, berupa gangguan psikologik, somatovegetatif dan urogenital, yang dapat mempengaruhi kondisi psikis, prestasi dan kinerja perempuan, kehidupan sosial serta **kualitas hidup perempuan menopause**.³

Sesudah memasuki masa menopause, terkait dengan penurunan kadar estrogen di dalam tubuh, perempuan juga akan memiliki risiko yang meningkat terhadap kelainan-kelainan kronis dalam jangka panjang, yaitu: penyakit jantung koroner, osteoporosis, demensia atau penurunan fungsi kognitif dan penyakit kanker atau keganasan (payudara, endometrium dan kolorektal). Sebagai akibat dari proses penuaan (*aging*) dan menurunnya kadar estrogen (yang juga merupakan suatu *immune-modulating hormone*), perempuan menopause juga mengalami penurunan imunitas tubuh, sehingga perempuan menopause menjadi lebih rentan terhadap penyakit infeksi, dan juga biasanya terhadap berbagai penyakit degeneratif, dan bahkan juga beberapa penyakit autoimun⁶.

Kajian komprehensif terhadap beberapa hasil penelitian di luar negeri menunjukkan bahwa selain faktor biomedis, faktor sosiokultural berpengaruh terhadap makna dan pengalaman seseorang terhadap menopause.⁷⁻¹⁵ Beberapa faktor yang diduga kuat mempunyai peranan dalam pengalaman menopause (dan kualitas hidup) selama masa tersebut antara lain adalah perilaku yang dipengaruhi budaya seperti diet¹⁶⁻¹⁹, merokok²⁰, latihan atau *exercise*²¹, sikap dan harapan terhadap menopause²²⁻²⁵, bagaimana pandangan terhadap menopause (apakah sebagai sesuatu yang alamiah, penyimpangan atau penyakit)²⁶⁻³⁰, keluhan-keluhan atau kondisi kesehatan sebelumnya³¹, status kesehatan reproduksi saat dan sebelum menopause³², pengalaman ibu tentang menopause³³, sikap terhadap pengasuhan anak dan peran perempuan³⁴, status perkawinan³⁵, hubungan dengan pasangan/suami dan sikap pasangan/suami terhadap menopause³⁶, dukungan sosial³⁷, status sosial dan sosioekonomi³⁸, pendidikan²¹, karir dalam pekerjaan dan kepercayaan (agama).³¹



2.3. Premis-premis :

- 1) Menopause merupakan masalah biopsikososial, mencakup aspek biomedis dan aspek psikososial.³
- 2) Kajian komprehensif terhadap beberapa hasil penelitian di luar negeri menunjukkan bahwa faktor sosiokultural berpengaruh terhadap makna dan pengalaman seseorang terhadap menopause.⁷⁻¹⁵
- 3) Pengalaman menopause dan kualitas hidup perempuan menopause dipengaruhi oleh beberapa faktor kebiasaan/gaya hidup :
 - a) pola makan atau diet hariannya.¹⁶⁻¹⁹
 - b) kebiasaan merokok.²
 - c) kebiasaan/aktivitas olahraga atau *exercise*.^{21,42}
 - d) kebiasaan minum minuman beralkohol⁴⁷
 - e) kebiasaan minum minuman berkafein⁴⁷
- 4) Pengalaman menopause dan kualitas hidup perempuan dipengaruhi oleh beberapa faktor psikososial :
 - a) pandangan dan sikapnya terhadap menopause.²²⁻³⁰
 - b) status atau kondisi kesehatannya.^{31,32}
 - c) status perkawinannya.³⁵
 - d) pengetahuan dan sikap suami/pasangannya terhadap menopause.³⁶
 - e) dukungan lingkungan/sosialnya.³⁷
 - f) status sosio-ekonominya.³⁸
 - g) tingkat pendidikannya.²¹
 - h) karir/pekerjaannya.³¹

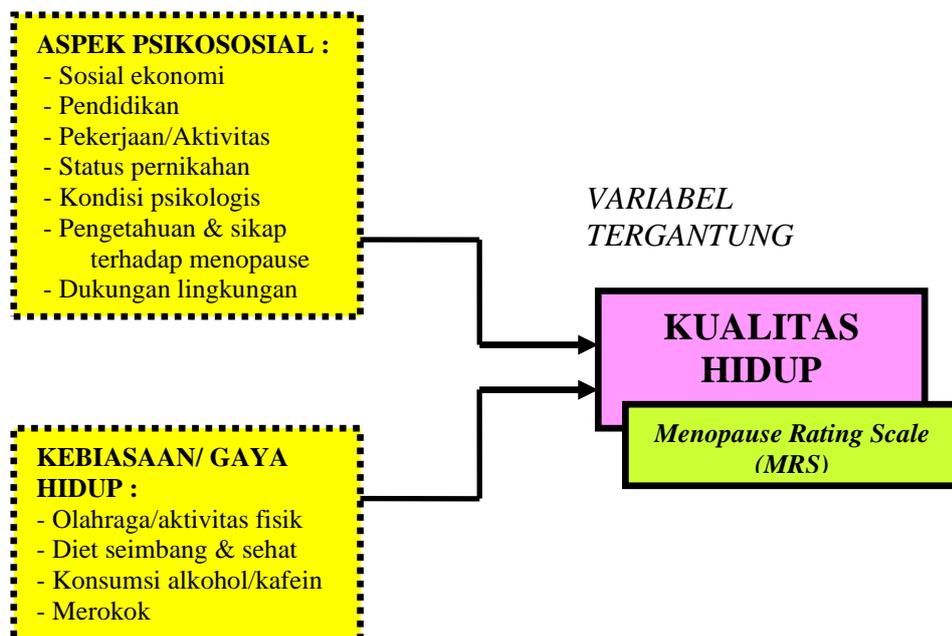
i) kecukupan informasi tentang menopause.⁴⁶

2.4. Hipotesis

- 1) Faktor psikososial mempunyai hubungan dengan kualitas hidup perempuan Indonesia pascamenopause.
- 2) Faktor kebiasaan/gaya hidup mempunyai hubungan dengan kualitas hidup perempuan Indonesia pascamenopause.

2.5. Kerangka konseptual

VARIABEL BEBAS



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain penelitian

Penelitian ini merupakan studi potong-silang (*cross-sectional study*) untuk melihat adanya aspek-aspek psikososial dan gaya hidup yang terdapat pada perempuan menopause di Indonesia dan hubungan atau pengaruhnya terhadap kualitas hidupnya (*quality of life*).

3.2. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan Puskesmas Kecamatan Cilandak – Jakarta Selatan selama 1 (satu) bulan, yaitu antara tanggal 23 Maret - 25 April 2009.

3.3. Populasi dan subyek penelitian

- **Populasi target** penelitian ini adalah perempuan yang berusia antara 45-59 tahun dan sudah mengalami menopause.
- Berdasarkan data dari Biro Pusat Statistik (2005) proporsi jumlah perempuan menopause di 5 (lima) wilayah DKI Jakarta hampir sama, berkisar antara 10-15% dari total jumlah perempuan di masing-masing wilayah. Penelitian ini dilakukan di wilayah Jakarta Selatan, yang pemilihannya sebagai tempat penelitian dilakukan secara *purposive sampling*.

- **Kriteria subyek** yang dapat dilibatkan dalam penelitian ini adalah :
 - a. **Kriteria inklusi :**
 - 1) Perempuan menopause berusia antara 45-59 tahun
 - 2) Melek huruf
 - 3) Sehat : dapat menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan berkomunikasi dengan baik
 - 4) Tidak mengonsumsi obat-obatan hormonal yang berkaitan dengan masalah menopause dalam 3 (tiga) bulan terakhir.
 - 5) Bersedia mengikuti penelitian ini sampai selesai setelah mendapat penjelasan seperlunya dan menandatangani lembar *informed consent*.
 - b. **Kriteria eksklusi :**
 - 1) Pernah menjalani operasi oophorektomi dan/atau histerektomi
 - 2) Tidak mematuhi seluruh prosedur kegiatan dalam penelitian ini.

3.4. Besar dan cara pemilihan sampel

3.4.1. Besar sampel :

Proporsi atau prevalensi sindroma klimakterik di Indonesia menurut Baziad⁴ adalah sekitar 20%, sehingga minimal besar sampel yang dibutuhkan berdasarkan rumus yang dikembangkan oleh *Snedecor* dan *Cochran*^{78,79} adalah :

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{z_{\alpha}^2 PQ}{d^2} \\
 &= \frac{(1.96)^2 \times 20 \times 80}{(0,05)^2} \\
 &= \frac{6146}{100} \\
 &= 245
 \end{aligned}$$

Keterangan :

n	=	besar sampel
P	=	prevalensi sindroma klimakterik = 20%
Q	=	100% - p
d	=	derajat ketepatan 5%
z_{α}	=	deviasi rata-rata distribusi normal standar pada derajat kemaknaan $\alpha = 0,05$

Populasi perempuan berusia 45-59 tahun yang berkunjung ke Puskesmas Kecamatan Cilandak (tahun 2008) adalah 629 orang (N), maka besar sampel yang dilibatkan sebagai subyek penelitian ini dikoreksi :

$$n = n_0 / (1 + n_0/N) \rightarrow n = 245 / (1 + 245/629) = 245/1,39 = 176$$

→ Jadi dalam penelitian ini dilibatkan sebanyak 176 subyek

3.4.2. Cara pemilihan sampel

Para calon subyek penelitian direkrut secara *non-probability sampling*, yaitu dengan metode *consecutive sampling* di semua unit layanan Puskesmas Kecamatan Cilandak – Jakarta Selatan pada periode 23 Maret – 25 April 2009. Semua perempuan berusia 45 - 59 tahun yang sudah mengalami menopause, dan memenuhi kriteria inklusi maupun eksklusi dilibatkan dalam penelitian ini.

Subyek yang sudah dipilih oleh petugas kesehatan dari Puskesmas Kecamatan Cilandak selanjutnya diberikan penjelasan mengenai kegiatan penelitian ini. Mereka yang bersedia selanjutnya diminta untuk memberikan

pernyataan kesediaannya dengan membubuhkan tanda tangan pada lembaran *informed consent*.

3.5. Cara kerja

- a. Pembuatan **kuesioner penelitian** : data demografik, sosial ekonomi & budaya, riwayat kesehatan, kebiasaan/gaya hidup, aspek psikologis, pengetahuan dan sikap terhadap menopause dan dukungan lingkungan (suami, anak, saudara, teman dan tenaga medis).
- b. Mempersiapkan **kuesioner penilaian kualitas hidup** perempuan menopause (*health-related quality of life/HRQOL*), yaitu menggunakan ***Menopause Rating Scale (MRS)*** yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya di Indonesia, serta lembar evaluasinya.
- c. **Persiapan lapangan** : komunikasi, perijinan dan pemberian informasi penelitian dengan Suku Dinas Kesehatan Kota Administratif Jakarta Selatan Dokter Puskesmas Kecamatan Cilandak, bidan/perawat dan petugas kesehatan Puskesmas yang akan dilibatkan dalam penelitian ini.
- d. **Pemilihan dan penjelasan kepada subyek penelitian**, dan *informed consent*.
- e. **Pengumpulan data** : pengisian kuesioner penelitian dan penilaian kualitas hidup dengan kuesioner MRS (*Menopause Rating Scale*)

3.6. Identifikasi variabel :

a. Variabel bebas :

- i. **Data sosio-demografik dan ekonomi** : umur, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan/ aktivitas, sumber penghasilan dan pembiayaan;
- ii. **Aspek biomedik** : tinggi dan berat badan (untuk mengukur Indeks Massa Tubuh/IMT) dan lama menopause, riwayat penyakit kronis
- iii. **Kebiasaan atau gaya hidup** : olahraga, komposisi makanan, kebiasaan makan makanan mengandung fitoestrogen, kebiasaan merokok, kebiasaan minum minuman mengandung kafein dan alkohol.
- iv. **Pengetahuan dan sikap subyek** terhadap menopause dan terapi sulih hormon;
- v. **Dukungan lingkungan** : kecukupan sumber informasi tentang menopause, pengetahuan suami tentang menopause, dukungan suami/keluarga

- b. **Variabel tergantung** : kualitas hidup perempuan menopause yang diukur dengan *Menopause Rating Scale (MRS)* versi Bahasa Indonesia.

3.7. Batasan operasional :

- **Menopause** : tidak mengalami haid/menstruasi sedikitnya dalam 12 (dua belas) bulan terakhir.

- **Persepsi atau pengetahuan tentang menopause** : kemampuan untuk meng-organisasikan pengamatan dan pengalaman terhadap menopause, sebagai hal yang baik (positif) atau buruk (negatif).
- **Sikap tentang menopause** : kesiapan seseorang untuk bertindak secara tertentu terhadap menopause, dapat bersifat baik (positif) dan buruk (negatif).
- **Menopause Rating Scale (MRS)** : suatu instrumen untuk mengukur kualitas hidup perempuan pascamenopause yang berkaitan dengan kesehatannya (*health-related quality of life*), meliputi 3 (tiga) dimensi atau subskala gejala menopause: psikologi, somato-vegetatif dan urogenital. Instrumen ini terdiri dari 11 (sebelas) gejala menopause yang berat-ringannya dinyatakan dengan angka 0 (tanpa gejala) sampai 4 (gejala berat sekali) dan dinyatakan oleh subyek atau perempuan menopause tersebut berdasarkan persepsinya sendiri.⁷⁵

Tabel 4. Kriteria penilaian *Menopause Rating Scale (MRS)*⁷⁵ :

Derajat Gangguan Kualitas Hidup	SKOR PENILAIAN			TOTAL
	Subskala Psikologi	Subskala Somato-vegetatif	Subskala Urogenital	
Tidak ada/Sedikit	0 – 1	0 – 2	0	0 – 4
Ringan	2 – 3	3 – 4	1	5 – 8
Sedang	4 – 6	5 – 8	2 – 3	9 – 16
Berat	≥ 7	≥ 9	≥ 4	≥ 17

- **Kriteria Indeks Massa Tubuh (IMT) untuk Asia** :
 - < 18,5 kg/m² : *Underweight*
 - 18,5 – 22,9 kg/m² : *Normalweight*
 - ≥ 23 kg/m² : *Overweight*

3.7.1. Manajemen, pengolahan dan analisis data

3.7.2. Data yang dikumpulkan dari para petugas Puskesmas dikelola dan diolah menggunakan perangkat lunak statistik serta mengikuti urutan : 1) *editing*; 2) *coding*; 3) *processing*; 4) *cleaning*; dan 5) *scoring*. Data yang ada terdiri dari data numerik dan katagorik, akan tetapi dalam analisisnya data numerik yang ada diubah menjadi data katagorik, sehingga seluruhnya berupa data katagorik.

3.7.3. Terkait dengan tujuan dan desain penelitian, maka data yang diperoleh dianalisis dengan uji bivariat dan multivariat untuk menguji hipotesis.

3.7.4. Uji bivariat *Chi-square* digunakan untuk menganalisis hubungan masing-masing variabel independen (faktor psikososial dan gaya hidup) dengan variabel dependen (kualitas hidup perempuan menopause) yang keduanya merupakan data katagorik.

3.7.5. Uji multivariat regresi logistik digunakan untuk menganalisis hubungan beberapa variabel independen yang memenuhi syarat secara bersama-sama dengan variabel dependen dalam satu model.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kecamatan Cilandak – Jakarta Selatan yang pemilihannya sebagai tempat penelitian dilakukan secara *purposive sampling*. Berdasarkan data kependudukan tahun 2008, di wilayah Kecamatan Cilandak Jakarta Selatan terdapat 11.183 perempuan berusia 45 tahun ke atas, yaitu sekitar 14,5% di antara populasi penduduk perempuan di antara 154.008 total populasi penduduk di wilayah Kecamatan Cilandak. Berdasarkan data dari Biro Pusat Statistik (2005) proporsi jumlah perempuan menopause di 5 (lima) wilayah DKI Jakarta hampir sama, berkisar antara 10-15% dari total jumlah perempuan di masing-masing wilayah. Pada tahun 2020 diperkirakan jumlah perempuan yang hidup dalam usia menopause sebanyak 30,3 juta orang atau sekitar 11,5% dari total jumlah penduduk Indonesia.

Subyek yang terlibat dalam penelitian ini adalah sebanyak 176 perempuan berusia antara 45-59 tahun, dipilih secara *consecutive sampling* di antara pengunjung Puskesmas Kecamatan Cilandak – Jakarta Selatan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dalam jangka waktu 1 (satu) bulan antara 23 Maret – 25 April 2009. Subyek yang termuda berusia 45 tahun dan tertua berusia 59 tahun, dengan rerata umur subyek adalah 53 tahun dan simpang baku (standar deviasi) sebesar 3,46 tahun.

4.1.1. Aspek psikososial dan demografik

Berikut ini adalah gambaran sosiodemografik subyek yang terlibat dalam penelitian ini:

Tabel 4.1. Karakteristik sosiodemografik subyek (kelompok umur, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan aktivitas tambahan di luar pekerjaan)

Aspek sosiodemografik	n	%
Kelompok umur		
45 – 49 tahun	27	15,3
50 – 54 tahun	91	51,7
55 – 59 tahun	58	33,0
Status pernikahan		
Tidak/belum menikah	1	0,6
Menikah	142	80,7
Janda mati	28	15,9
Janda cerai	5	2,8
Tingkat pendidikan terakhir		
Tidak sekolah	7	4,0
Sekolah Dasar	46	26,1
Sekolah Menengah	82	46,6
Perguruan Tinggi	41	23,3
Pekerjaan		
IRT/tidak kerja	84	47,7
Wirausaha/dagang	21	11,9
Guru/dosen	20	11,4
Buruh/karyawan swasta	1	0,6
Pegawai Negeri Sipil	29	16,5
Lain-lain	21	11,9
Aktivitas tambahan di luar pekerjaan		
Urusan rumah tangga	87	49,4
Merawat anak/cucu	24	13,6
Menekuni hobi/seni	2	1,1
Kegiatan keagamaan	23	13,1
Kegiatan sosial	21	11,9
Lain-lain	19	10,8

Pada tabel 4.1 di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar subyek (51,7%) berada pada kelompok umur 50-54 tahun dan berstatus menikah (80,7%),

sebanyak 69,9% subyek berpendidikan tinggi (Sekolah Menengah + Perguruan Tinggi). Sebanyak 92 subyek (52,3%) mempunyai pekerjaan di luar rumah, dan lebih separuh di antara para subyek (50,6%) mempunyai aktivitas tambahan di luar pekerjaannya, seperti merawat cucu, menekuni hobby (kegemaran) dan mengikuti kegiatan sosial/keagamaan.

Tabel 4.2. Sumber keuangan utama dan sumber dana kesehatan subyek

Sumber keuangan	n	%
Sumber keuangan utama		
Aktif bekerja/gaji sendiri	64	36,4
Gaji/penghasilan suami	56	31,8
Dana pensiun sendiri	5	2,8
Dana pensiun suami	16	9,1
Bantuan anak/keluarga	22	12,5
Lain-lain	13	7,4
Sumber dana kesehatan		
ASKES	70	39,8
Asuransi pribadi	4	2,3
Jaminan kantor	3	1,7
Uang tunai/pribadi	81	46,0
Dukungan anak/keluarga	11	6,3
Lain-lain	7	4,0

Ditinjau dari segi sosio-ekonomi, sebanyak 68,2% subyek masih mengandalkan gajinya sendiri dan gaji/penghasilan utama suami sebagai sumber keuangan yang utama, dan lebih dari separuh subyek (56,2%) menggunakan uang tunai/penghasilannya dan dukungan anak/keluarga untuk membiayai kebutuhan kesehatannya. Pada **tabel 4.1** dan **4.2** dapat dilihat bahwa sebagian besar subyek masih produktif di usia menopause, walaupun pasangan/suaminya juga bekerja. Penghasilan subyek sendiri dan suami masih berperan sebagai sumber utama

untuk membiayai kehidupannya (68,2%), hanya 43,8% subyek yang biaya kesehatannya ditanggung oleh asuransi/jaminan kantor.

Tabel 4.3. Pengetahuan dan sikap subyek tentang menopause serta terapi sulih hormon

Pengetahuan dan sikap subyek	n	%
Pengetahuan subyek ttg menopause		
• Penyimpangan/penyakit dalam siklus reproduksi perempuan	4	2,3
• Proses alamiah/normal – tidak perlu penanganan khusus apa-apa	151	85,8
• Proses alamiah/normal dengan risiko dampak negatif thd kesehatan & perlu penanganan khusus.	21	11,9
Sikap subyek terhadap menopause		
• Positif	160	90,9
• Negatif	16	9,1
Pengetahuan dan sikap subyek ttg terapi sulih hormonal		
• Positif	36	20,5
• Negatif	29	16,5
• Tidak tahu	111	63,0

Pada **tabel 4.3.** di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar subyek (85,8%) mempunyai anggapan bahwa menopause adalah suatu peristiwa alamiah dan normal yang akan dialami oleh semua perempuan dan tidak memerlukan penanganan khusus. Mereka tidak memiliki informasi yang memadai tentang kemungkinan munculnya gangguan atau dampak negatif akibat penurunan kadar hormone estrogen di dalam tubuhnya, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Sebagian besar (90,9%) subyek bersikap positif terhadap menopause, sebagai contoh mereka berpikir bahwa dengan terjadinya menopause, mereka

tidak perlu lagi cemas dengan masalah nyeri haid atau kontrasepsi yang kadang-kadang memberikan ketidaknyamanan. Dengan demikian pada saat menopause justru mereka memasuki babak baru dalam kehidupan perempuan yang lebih nyaman.

Dalam hal pengetahuan dan sikap mereka tentang terapi sulih hormon sebagai pengganti hormon estrogen yang sangat berkurang kadarnya di dalam darah, sebagian terbesar (63%) subyek menyatakan “tidak tahu” tentang terapi sulih hormon, sebagian subyek (20,5%) bersikap **positif** dan setuju dengan penggunaan terapi sulih hormon; akan tetapi 16,5% dari antara para subyek masih bersikap **negatif** terhadap terapi sulih hormon ini atas dasar anggapan mereka tentang menopause sebagai proses alamiah yang tidak perlu diobati, dan justru kekhawatiran mereka akan efek samping terapi sulih hormon juga menjadi alasan kenapa mereka bersikap menolak terhadap penggunaan terapi sulih hormon.

Pada **tabel 4.4** di bawah ini tampak bahwa sebagian besar subyek mendapatkan informasi tentang menopause dari teman atau keluarga (37,5%) dan petugas kesehatan (30,7%), dan mereka merasa informasi yang diberikan sudah cukup memadai. Sebagian terbesar (72,2%) subyek mempunyai suami yang pandangannya tentang menopause adalah proses alamiah/normal yang tidak memerlukan perhatian atau penanganan secara khusus, sebanyak 71% subyek merasa semuanya biasa saja dan tidak merasa mendapat dukungan secara khusus dalam menghadapi perubahan-perubahan akibat menopause.

Tabel 4.4. Sumber dan kecukupan informasi, pengetahuan suami tentang menopause, serta dukungan suami/keluarga

Dukungan lingkungan	n	%
Sumber informasi tentang menopause		
• Buku-buku ilmiah populer	27	15,3
• Media cetak/elektronik	24	13,7
• Petugas kesehatan	54	30,7
• Keluarga/teman	66	37,5
• Lainnya	5	2,8
Kecukupan informasi tentang menopause		
• Kurang memadai	57	32,4
• Cukup memadai	104	59,1
• Sangat memadai	15	8,5
Pengetahuan suami ttg menopause		
• Penyimpangan/penyakit dalam siklus reproduksi perempuan	5	2,8
• Proses alamiah/normal – tidak perlu penanganan khusus apa-apa	127	72,2
• Proses alamiah/normal dengan risiko dampak negatif thd kesehatan & perlu penanganan khusus.	10	5,7
Dukungan lingkungan saat menghadapi perubahan akibat menopause		
• Tanpa dukungan	125	71,0
• Kurang dukungan	3	1,7
• Cukup/sangat didukung	48	27,3

4.1.2. Pola kebiasaan / gaya hidup

Ditinjau dari faktor kebiasaan atau gaya hidup subyek, data di bawah ini (tabel 4.5) menunjukkan bahwa hanya 17,6% subyek yang berolahraga setiap hari, sebanyak 24,4% yang selalu memperhatikan komposisi makanan harian yang sehat (gizi seimbang), dan sejumlah 28% yang tidak minum minuman yang mengandung kafein sama sekali. Sebagian besar subyek (74,4%) hampir setiap

hari makan makanan yang mengandung fitoestrogen (isoflavon) yang sekarang mulai banyak dikonsumsi karena manfaat estrogeniknya dianggap dapat menggantikan fungsi estrogen yang rendah kadarnya dalam darah perempuan pascamenopause. Data di atas juga menunjukkan bahwa sebagian besar subyek tidak pernah merokok (93,2%) dan tidak pernah minum minuman mengandung alkohol (95,4%). Kedua hal tersebut merupakan hal yang positif bagi kualitas hidup perempuan menopause.

Tabel 4.5. Pola kebiasaan/gaya hidup subyek

Pola kebiasaan/gaya hidup	n	%
• Aktivitas olahraga		
- Ya, hampir tiap hari	31	17,6
- Ya, kadang-kadang	110	62,5
- Tidak sama sekali	35	19,9
• Komposisi makanan harian yang seimbang		
- Ya, selalu	43	24,4
- Ya, kadang-kadang	89	50,6
- Tidak sama sekali	44	25,0
• Komposisi makanan dengan kandungan fitoestrogen		
- Ya, setiap hari	131	74,4
- Ya, kadang-kadang	44	25,0
- Tidak sama sekali	1	0,6
• Kebiasaan merokok		
- Tidak pernah	164	93,2
- Dulu “ya”, sekarang tidak	8	4,5
- Ya, sekarang merokok	4	2,3
• Kebiasaan minum mengandung kafein		
- Ya, setiap hari	60	34,1
- Ya, kadang-kadang	88	50,0
- Tidak sama sekali	28	15,9
• Kebiasaan minum mengandung alkohol		
- Ya, setiap hari	1	0,6
- Ya, kadang-kadang	7	4,0
- Tidak sama sekali	168	95,4

4.1.3. Aspek Biomedik

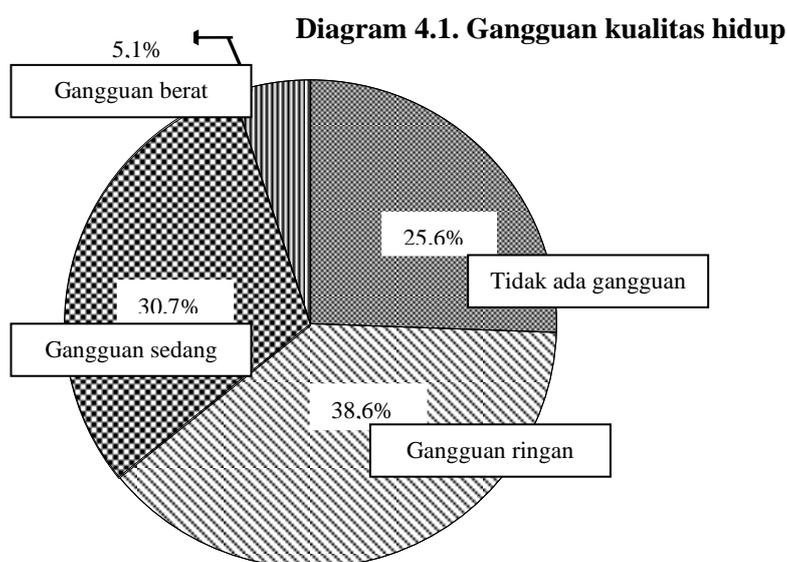
Tabel 4.6. Karakteristik biomedik: Indeks Massa Tubuh (IMT), riwayat penyakit kronis dan lama menopause

Aspek Biomedik	n	%
• Kelompok IMT/BMI		
- <i>Underweight</i> (< 18,5 kg/m ²)	7	4,0
- <i>Normal weight</i> (18,5 – 22,9 kg/m ²)	42	23,9
- <i>Overweight</i> (≥ 23 kg/m ²)	127	72,2
• Riwayat penyakit kronis		
➤ Tidak ada	74	42,0
➤ Ada :	102	58,0
- Tek. Darah tinggi	53	30,1
- Penyakit jantung	19	10,8
- Penyakit kencing manis	27	15,3
- Keropos tulang	18	10,2
- Tumor payudara	3	1,7
- Tumor indung telur	3	1,7
- Tumor rahim	4	2,3
- Tumor usus	2	1,2
• Lama menopause		
- Pascamenopause dini (≤ 4 tahun)	108	61,4
- Pascamenopause lanjut (> 4 tahun)	68	38,6

Indeks Massa Tubuh yang tinggi, adanya penyakit kronis dan lama menopause (pascamenopause dini atau lanjut) merupakan faktor risiko bagi munculnya gangguan menopause dan dapat mempengaruhi kualitas hidup pada perempuan pascamenopause. Pada tabel 4.6. di atas dapat dilihat bahwa 127 subyek (72,2%) tergolong *overweight* (IMT lebih dari 23 kg/m² – berdasarkan kriteria Asia Pasifik) dan 102 subyek (58%) mempunyai riwayat penyakit kronis, seperti: tekanan darah tinggi, penyakit jantung, penyakit kencing manis dan osteoporosis, yang kesemuanya merupakan penyakit degeneratif. Sebagian besar

subyek (61,4%) berada pada periode pascamenopause dini, yaitu baru mengalami menopause tidak lebih dari 4 tahun yang lalu.

4.1.4. Kualitas hidup perempuan menopause



Berdasarkan hasil pengukuran derajat kualitas hidup yang dilakukan pada subyek dengan menggunakan kuesioner *Menopause Rating Scale (MRS)*, didapatkan hasil yang menunjukkan bahwa sebanyak 131 (74,4%) subyek mengalami gangguan dalam kualitas hidupnya, dalam derajat ringan, sedang dan berat, sebagaimana dapat dilihat pada diagram 4.1. di atas. Sebagian terbesar subyek yang mengalami gangguan kualitas hidup berada pada derajat gangguan ringan (38,6%) dan sedang (30,7%).

Tabel 4.7. Aspek dan derajat gangguan kualitas hidup subyek

ASPEK GANGGUAN	TINGKAT GANGGUAN KUALITAS HIDUP							
	Tidak ada		Ringan		Sedang		Berat	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Psikologi	62	35,2	70	39,8	31	17,6	13	7,4
Somato-vegetatif	70	39,8	74	42,0	26	14,8	6	3,4
Urogenital	50	28,4	35	19,9	69	39,2	22	12,5

Ditinjau dari aspek gangguan yang dialami subyek, gangguan urogenital merupakan gangguan yang terbanyak dialami oleh subyek (126 orang atau 71,6%), yaitu gangguan yang berkaitan dengan aktivitas seksual dan berkemih, dan lebih 50% di antaranya mengalami gangguan tersebut pada tingkat gangguan sedang dan berat. Aspek gangguan lainnya juga dialami oleh lebih dari separuh jumlah subyek, yaitu : gangguan psikologi (114 orang atau 64,7%) dan gangguan somatovegetatif (106 orang atau 60,2%).

4.1.5. Hubungan antara beberapa aspek psikososial dan ekonomi dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause

Pada penelitian ini dilakukan kajian terhadap status pernikahan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, ada atau tidaknya aktivitas subyek di luar pekerjaan, serta sumber keuangan dan dana kesehatan dengan gangguan kualitas hidup sebagaimana dapat dilihat hasilnya pada tabel 4.8. di bawah ini:

Tabel 4.8. Hubungan antara beberapa aspek psikososial dan ekonomi dengan gangguan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause

ASPEK PSIKOSOSIAL	GANGGUAN KUALITAS HIDUP				p *)	Rasio Prevalens
	Tidak		Ya			
	n	%	n	%		
• Status pernikahan						
- Tidak Menikah	8	23,5	26	76,5	0,933	0,873 (95% CI: 0,363 – 2,098)
- Ya	37	26,1	105	73,1		
• Tingkat pendidikan						
- Rendah	11	20,8	42	79,2	0,440	0,686 (95% CI: 0,317 – 1,484)
- Tinggi	34	27,6	89	72,4		
• Status kerja						
- Tidak bekerja	22	26,2	62	73,8	0,994	1,065 (95% CI: 0,541 – 2,096)
- Bekerja	23	25,0	69	75,0		
• Aktivitas di luar kerja						
- Tidak ada	20	23,0	57	77,0	0,547	0,764 (95% CI: 0,387 – 1,509)
- Ada	25	28,1	64	71,9		
• Sumber keuangan keluarga						
- Gaji sendiri/suami	28	23,3	92	76,7	0,418	0,698 (95% CI: 0,343 – 1,419)
- Dana pensiun/bantuan orang lain	92	30,4	39	69,6		
• Sumber dana kesehatan						
- Asuransi/Jaminan kantor	22	28,6	55	71,4	0,528	1,322 (95% CI: 0,670 – 2,608)
- Ditanggung sendiri	23	23,2	76	76,8		

Chi-square: $\alpha = 0,05$

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-Square*, ternyata pada penelitian ini tidak didapatkan adanya perbedaan prevalensi gangguan kualitas hidup ($p > 0,05$) yang bermakna :

- a) Dalam hal **status pernikahan** : antara kelompok subyek yang menikah dan tidak menikah
- b) Dalam hal **status pekerjaan** : antara kelompok subyek yang bekerja dan tidak bekerja
- c) Dalam hal **aktivitas di luar pekerjaan** : antara kelompok subyek yang mempunyai aktivitas dan yang tidak mempunyai aktivitas di luar pekerjaan
- d) Dalam hal **sumber keuangan keluarga** : antara kelompok subyek yang mempunyai gaji sendiri dan/atau penghasilan dari suami dan kelompok subyek yang hanya mengandalkan dana pensiun
- e) Dalam hal **sumber dana pembiayaan kesehatan** : antara kelompok subyek yang mempunyai fasilitas asuransi kesehatan atau jaminan kantor dan kelompok subyek yang membiayai sendiri keperluan kesehatannya.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pada penelitian ini status pernikahan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, aktivitas tambahan di luar pekerjaan, sumber keuangan keluarga dan sumber dana pembiayaan kesehatan tidak mempunyai hubungan dengan kejadian gangguan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause.

Tabel 4.9. Hubungan antara pengetahuan dan sikap subyek tentang menopause dengan gangguan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause

ASPEK PSIKOSOSIAL	GANGGUAN KUALITAS HIDUP				p *)	Rasio Prevalens
	Tidak		Ya			
	n	%	n	%		
Pengetahuan ttg menopause						
Penyimpangan/penyakit	1	25,2	3	75,0	0,945	
Proses alamiah/normal	38	25,0	113	74,8		
Proses alamiah dgn risiko dampak negatif	6	28,6	15	71,4		
Sikap terhadap menopause						
Positif	43	26,9	117	73,1	0,339	2,573 (95% CI: 0,561 - 11,789)
Negatif	2	12,5	14	87,5		

*) Uji *Chi-square*; $\alpha = 0,05$

Pada penelitian ini ternyata tidak didapatkan adanya perbedaan prevalensi gangguan kualitas hidup secara bermakna ($p > 0,05$) dalam hal :

- a) **Pengetahuan subyek tentang menopause** : antara kelompok subyek yang menganggap menopause sebagai penyakit, menopause sebagai proses alamiah/normal yang tidak perlu perhatian khusus, dan menopause sebagai proses alamiah dengan risiko dampak negatif.
- b) **Sikap terhadap menopause** : antara kelompok subyek yang bersikap positif dan negatif terhadap menopause.

Tabel 4.10. Hubungan antara faktor lingkungan dengan gangguan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause

FAKTOR LINGKUNGAN	GANGGUAN KUALITAS HIDUP				p *)
	Tidak		Ya		
	n	%	n	%	
• Kecukupan informasi tentang menopause					
- Kurang memadai	11	19,3	46	80,7	0,096
- Cukup memadai	27	26,0	77	74,0	
- Sangat memadai	7	46,7	8	53,3	
• Pengetahuan suami/pasangan tentang menopause					
- Penyimpangan/penyakit	1	20,0	4	80,0	0.453
- Proses alamiah/normal	35	27,6	92	72,4	
- Proses alamiah dgn risiko dampak negatif	1	10,0	9	90,0	
• Dukungan lingkungan					
- Tidak ada dukungan	28	20,8	99	79,2	0,075
- Kurang dukungan	1	33,3	2	66,7	
- Cukup dukungan	18	37,5	30	62,5	

*) Uji *Chi-square* ; $\alpha = 0,05$

Pada penelitian ini ternyata tidak didapatkan adanya perbedaan prevalensi gangguan kualitas hidup secara bermakna dalam hal :

- a) **Kecukupan informasi tentang menopause** : antara kelompok subyek yang merasa kurang, cukup dan sangat memadai mendapat informasi
- b) **Pengetahuan suami/pasangan tentang menopause** : antara kelompok subyek yang suaminya menganggap menopause sebagai penyakit, sebagai proses alamiah/normal yang tidak memerlukan perhatian khusus dan proses alamiah/normal yang berisiko dampak negatif.

- c) **Dukungan lingkungan/keluarga** : antara kelompok subyek yang tidak, kurang dan cukup mendapat dukungan

4.1.6. Hubungan antara faktor kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause

Tabel 4.11. Hubungan antara faktor kebiasaan/gaya hidup dengan gangguan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause

KEBIASAAN/ GAYA HIDUP	GANGGUAN KUALITAS HIDUP				p *) ($\alpha = 0,05$)
	Tidak		Ya		
	n	%	n	%	
Aktivitas olahraga					
- Ya, hampir tiap hari	8	25,8	23	74,2	0,43
- Ya, kadang-kadang	31	28,2	79	71,8	
- Tidak sama sekali	6	17,1	29	82,9	
Komposisi Makanan Seimbang					
- Ya, selalu	16	37,2	27	62,8	0,04
- Ya, kadang-kadang	23	25,8	66	74,2	
- Tidak sama sekali	6	13,6	38	86,4	
Makan Fitoestrogen/Isoflavon					
- Ya, setiap hari	36	27,5	95	72,5	0,54
- Ya, kadang-kadang	9	20,5	35	79,5	
- Tidak sama sekali	0	0	1	100,0	
Kebiasaan Merokok					
- Tidak pernah	43	26,2	121	73,8	0,69
- Dulu YA, sekarang TIDAK	1	12,5	7	87,5	
- YA, sekarang masih merokok	1	25,0	3	75,0	
Minuman ber-kafein					
- Ya, setiap hari	10	16,7	50	83,3	0,07
- Ya, kadang-kadang	24	27,3	64	73,7	
- Tidak sama sekali	11	39,3	17	60,7	
Minuman ber-alkohol					
- Ya, setiap hari	0	0	1	100,0	0,48
- Ya, kadang-kadang	3	42,9	4	57,1	
- Tidak sama sekali	42	25,0	126	75,0	

*) *Chi-square; $\alpha = 0,05$*

Beberapa faktor yang diduga kuat mempunyai peranan dalam pengalaman menopause (dan kualitas hidup) selama masa tersebut antara lain adalah perilaku yang dipengaruhi budaya seperti diet¹⁶⁻¹⁹, merokok²⁰, latihan atau *exercise*²¹,

Pada penelitian ini sebagaimana dapat dilihat sebagian hasilnya pada tabel 4.11 di atas, ternyata **tidak ada perbedaan bermakna** ($p>0,05$) dalam kejadian gangguan kualitas hidup di antara kelompok-kelompok berbagai kebiasaan/gaya hidup, seperti: aktivitas olahraga, makan makanan mengandung fitoestrogen, merokok, minum minuman berkafein dan minuman beralkohol.

Pada penelitian ini terdapat perbedaan yang bermakna ($p<0,05$) dalam hal kejadian gangguan kualitas hidup antara kelompok subyek yang selalu, kadang-kadang dan sama sekali tidak peduli terhadap komposisi makanan seimbang (karbohidrat, lemak dan protein) dalam makanan sehari-hari. Pada kelompok subyek yang tidak pernah peduli terhadap keseimbangan pola makanannya didapatkan kejadian gangguan kualitas hidup lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok lainnya.

4.1.7. Hubungan antara aspek biomedik dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause

Pada penelitian ini ternyata tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p>0,05$) dalam hal prevalensi gangguan kualitas hidup antara kelompok subyek pada berbagai kelompok umur dan lama menopause sebagaimana dapat dilihat pada tabel 4.12 di bawah ini. Dalam hal hubungan antara lama menopause dengan prevalensi gangguan kualitas hidup dalam populasi yang diwakili oleh sampel

yang diteliti didapatkan rasio prevalens 0,487 (95%CI : 0,231 – 1,027) antara kelompok pascamenopause dini dengan pascamenopause lanjut, berarti bahwa kelompok pascamenopause dini kurang dari setengah kali risikonya untuk mengalami gangguan kualitas hidup dibanding dengan kelompok pascamenopause lanjut. Akan tetapi dengan interval kepercayaan yang mencakup nilai 1 menunjukkan bahwa lama menopause ≤ 4 tahun (pascamenopause dini) belum tentu merupakan “faktor protektif“ terhadap kejadian gangguan kualitas hidup.

Tabel 4.12. Hubungan antara aspek biomedik dengan gangguan kualitas hidup

ASPEK BIOMEDIK	GANGGUAN KUALITAS HIDUP				p*) ($\alpha = 0,05$)	Rasio Prevalens
	Tidak		Ya			
	n	%	n	%		
• Lama menopause **)						
- Pascamenopause Dini	33	30,6	75	69,4	0,08	0,487 (95% CI: 0,231-1,027)
- Pascamenopause Lanjut	12	17,6	56	82,4		
• Indeks Massa Tubuh					0,32	
< 18,5 kg/m ²	2	28,6	5	71,4		
18,5 – 22,9 kg/m ²	7	16,7	35	83,3		
≥ 23 kg/m ²	36	28,3	91	71,7		
• Riwayat Penyakit Kronis					0,11	1,851 (95% CI: 0,935 – 3,667)
- Tidak ada	24	32,4	50	67,6		
- Ada	21	20,6	81	79,4		

*) Chi-square; $\alpha = 0,05$

**) Pascamenopause dini : menopause < 4tahun; pasca menopause lanjut : menopause > 4 tahun.

Ditinjau dari Indeks Massa Tubuh (IMT), tidak terdapat perbedaan yang bermakna dalam hal prevalensi gangguan kualitas hidup antara kelompok subyek

yang termasuk *underweight*, *normalweight* dan *overweight*, sebagaimana dapat dilihat pada tabel 4.12 di atas.

Dalam hal ada atau tidaknya penyakit kronis yang diderita subyek, tidak didapatkan adanya perbedaan yang bermakna ($p>0,05$) dalam hal prevalensi gangguan kualitas hidup antara kelompok subyek yang tidak menderita penyakit kronis dibandingkan dengan mereka yang menderita penyakit kronis, walau pada penelitian ini didapatkan rasio prevalens 1,851 (95% CI: 0,935 – 3,667) menunjukkan bahwa perempuan pascamenopause dengan penyakit kronis mempunyai risiko 1,851 kali lebih besar untuk mengalami gangguan kualitas hidup dibandingkan kelompok subyek tanpa penyakit kronis.

4.1.8. Analisis Multivariat

Dilakukan analisis multivariat terhadap beberapa variabel independen (faktor psikososial dan kebiasaan/gaya hidup) dengan variabel dependen (kualitas hidup). Sebelumnya dilakukan terlebih dahulu seleksi bivariat dan ditetapkan bahwa variabel independen yang mempunyai nilai $p < 0,25$ dimasukkan ke tahap analisis multivariat regresi logistik.

VARIABEL INDEPENDEN	Nilai “p”
Status pernikahan	0,760
Tingkat pendidikan	0,330
Status pekerjaan	0,857
Aktivitas di luar pekerjaan	0,438
Sumber keuangan keluarga	0,324
Sumber dana pembiayaan kesehatan	0,422
Pengetahuan subyek tentang menopause	0,946
Sikap subyek terhadap menopause *)	0,179
Kecukupan informasi tentang menopause *)	0,114
Pengetahuan suami tentang menopause	0,393
Dukungan lingkungan/keluarga *)	0,084
Aktivitas olahraga	0,405
Komposisi makanan seimbang *)	0,037
Kebiasaan makanan “fitoestrogen”	0,479
Kebiasaan merokok	0,647
Kebiasaan minum minuman berkafein *)	0,067
Kebiasaan minum minuman beralkohol	0,448

Dari 17 variabel yang dilibatkan dalam seleksi bivariat, terdapat 5 variabel yang mempunyai nilai $p < 0,25$ dan memenuhi syarat untuk dilibatkan dalam analisis multivariate, yaitu: sikap subyek terhadap menopause, kecukupan informasi tentang menopause, dukungan lingkungan/keluarga, komposisi makanan seimbang dalam diet harian dan kebiasaan minum minuman berkafein. Variabel pengetahuan subyek tentang menopause tetap dilibatkan dalam

pemodelan bivariat meskipun mempunyai nilai $p > 0,25$ karena secara substansial dianggap penting.

Tabel 4.13. Hasil analisis multivariat regresi logistik hubungan aspek psikososial dan kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause

VARIABEL INDEPENDEN	GANGGUAN KUALITAS HIDUP				p *)	Rasio Prevalens
	Tidak		Ya			
	n	%	n	%		
Pengetahuan ttg menopause						
- Penyimpangan/penyakit	1	25,0	3	75,0	0,767	
- Proses alamiah/normal	38	25,2	113	74,8	0,879	1,087 _(95% CI: 0,372-3,177)
- Proses alamiah dgn risiko dampak negatif	6	28,6	15	71,4	0,536	0,433 _(95% CI: 0,031-6,140)
Sikap terhadap menopause						
- Positif	43	26,9	117	73,1	0,198	2,863 _(95% CI: 0,578-14,185)
- Negatif	2	12,5	14	87,5		
Dukungan lingkungan						
- Tidak ada dukungan	28	20,8	99	79,2	0,159	
- Kurang dukungan	1	33,3	2	66,7	0,057	2,124 _(95% CI: 0,979-4,610)
- Cukup dukungan	18	37,5	30	62,5	0,854	1,291 _(95% CI: 0,085-19,728)
Komposisi Makanan Seimbang						
- Ya, selalu	27	62,8	16	37,2	0,301	
- Ya, kadang-kadang	66	74,2	23	25,8	0,124	0,407 _(95% CI: 0,130-1,278)
- Tidak sama sekali	38	86,4	6	13,6	0,328	0,595 _(95% CI: 0,210-1,684)
Minuman ber-kafein						
- Ya, setiap hari	10	16,7	50	83,3	0,254	
- Ya, kadang-kadang	24	27,3	64	64,0	0,313	0,635 _(95% CI: 0,263-1,535)
- Tidak sama sekali	11	39,3	17	17,0	0,099	0,390 _(95% CI: 0,127-1,193)

Sebagaimana dapat dilihat pada tabel 4.13. di atas, faktor **sikap subyek terhadap menopause** dan **dukungan lingkungan/keluarga terhadap subyek** pada saat menghadapi perubahan akibat menopause mempunyai peranan yang penting terhadap kualitas hidup perempuan pascamenopause.

Dalam hal hubungan antara sikap subyek terhadap menopause dengan gangguan kualitas hidup, didapatkan rasio prevalens 2,863 (95% CI: 0,578 – 14,185) antara kelompok subyek yang bersikap negatif dengan subyek yang bersikap positif terhadap menopause. Hal ini berarti kejadian gangguan kualitas hidup perempuan pascamenopause pada kelompok subyek yang bersikap negatif terhadap menopause 2,8 kali lebih banyak dibandingkan dengan pada kelompok subyek yang bersikap positif, akan tetapi belum dapat dikatakan bahwa sikap negatif terhadap menopause merupakan faktor risiko terhadap kejadian gangguan kualitas hidup.

Dalam hal hubungan antara dukungan lingkungan/keluarga pada saat menghadapi berbagai perubahan akibat menopause dengan kejadian gangguan kualitas hidup perempuan pascamenopause, didapatkan rasio prevalens 2,124 (95% CI: 0,979 – 4,610) dan 1,291 (95% CI: 0,085 – 19,728) antara kelompok subyek yang merasa tidak ada dukungan lingkungan/keluarga dibandingkan dengan mereka merasa kurang dan cukup mendapat dukungan. Namun demikian, pada penelitian ini juga belum dapat dibuktikan bahwa faktor tidak ada/kurangnya dukungan lingkungan/keluarga merupakan faktor risiko terhadap kejadian gangguan kualitas gangguan hidup perempuan pascamenopause.

4.1.9. Uji Hipotesis

A. Hipotesis pertama :

Faktor psikososial mempunyai hubungan dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause

Hipotesis Nol (Ho) : Tidak ada hubungan antara faktor psikososial dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause

Berdasarkan hasil **analisis statistik bivariat dan multivariat**, tidak ada faktor psikososial yang diteliti mempunyai hubungan dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause ($p > 0,05$), sehingga **Hipotesis Nol** tersebut di atas dapat **diterima (gagal ditolak)**.

Hal itu menunjukkan bahwa pada penelitian ini tidak dapat dibuktikan adanya hubungan antara faktor psikososial dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause.

B. Hipotesis kedua :

Faktor kebiasaan/gaya hidup mempunyai hubungan dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause

Hipotesis Nol (Ho) :

Tidak ada hubungan antara faktor kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause

Berdasarkan hasil **analisis statistik bivariat** didapatkan kejadian gangguan kualitas hidup yang lebih tinggi dan mempunyai perbedaan secara bermakna ($p = 0,04$ atau $p < 0,05$) pada kelompok subyek yang kurang atau tidak memperhatikan **komposisi makanan seimbang** dibandingkan dengan kelompok subyek yang selalu memperhatikan komposisi makanan seimbang dalam makanan hariannya. Pada kelompok subyek yang mempunyai **kebiasaan mengkonsumsi minuman ber-kafein** setiap hari atau kadang-kadang saja juga didapatkan kejadian gangguan kualitas hidup perempuan pascamenopause yang lebih tinggi dan menunjukkan perbedaan yang hampir bermakna ($p = 0,07$) dibandingkan dengan pada kelompok subyek yang sama sekali tidak mengkonsumsi minuman ber-kafein.

Dengan demikian **Hipotesis Nol** tersebut di atas **ditolak**.

Hal itu menunjukkan bahwa pada penelitian dapat dibuktikan adanya hubungan antara faktor kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause.

4.2. Pembahasan

4.2.1. Kualitas hidup perempuan pascamenopause

Berdasarkan hasil pengukuran kualitas hidup yang dilakukan pada subyek dengan menggunakan kuesioner *Menopause Rating Scale (MRS)*, didapatkan hasil yang menunjukkan bahwa sebanyak 131 (74,4%) subyek mengalami gangguan dalam kualitas hidupnya, dalam tingkatan ringan, sedang dan berat, sebagaimana dapat dilihat pada diagram 1 di atas. Sebagian terbesar subyek yang mengalami gangguan kualitas hidup berada pada derajat gangguan ringan (38,6%) dan sedang (30,7%).

Walaupun prevalensi gangguan kualitas hidup perempuan pasca-menopause yang didapat pada penelitian ini tidak dapat digeneralisasi dan tidak mencerminkan gambaran perempuan Indonesia pascamenopause secara luas, angka prevalensi yang didapat kiranya dapat meningkatkan kewaspadaan kita tentang masalah menopause dan menjadi dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut pada populasi yang lebih luas. Peneliti belum menemukan hasil penelitian lain tentang kualitas hidup perempuan Indonesia pascamenopause, terlebih lagi yang menggunakan *Menopause Rating Scale (MRS)* sebagai alat ukur kualitas hidup perempuan pascamenopause. Beberapa penelitian yang dilakukan terdahulu umumnya lebih terfokus pada masalah sindroma klimakterik, dan menunjukkan bahwa sindroma klimakterik ini lebih banyak muncul di kalangan masyarakat Eropa dan Amerika (50-75%) dan Asia lainnya (20-25%) dibandingkan dengan Indonesia sebagaimana yang dikemukakan oleh Baziad hanya sebesar 10-20%.⁴ Globalisasi yang telah melanda semua aspek kehidupan manusia termasuk arus

informasi dan budaya menjadikan sulitnya menunjukkan batasan-batasan perbedaan antara persepsi, sikap dan perilaku masyarakat Barat dan Timur termasuk dalam menanggapi menopause dan perubahan-perubahan yang diakibatkannya. Perbedaan-perbedaan antar studi mungkin juga disebabkan karena inkonsistensi metode yang digunakan, atau karena perbedaan yang sesungguhnya di antara populasi.

Ditinjau dari aspek gangguan yang dialami subyek, gangguan urogenital merupakan gangguan yang terbanyak (71,6%) dialami oleh subyek, yaitu gangguan yang berkaitan dengan aktivitas seksual dan berkemih, dan lebih 50% di antaranya mengalami gangguan tersebut pada tingkat gangguan sedang dan berat. Sebagian besar subyek (80,7%) berstatus menikah dan sebagian dari mereka masih menjalankan aktivitas seksual dengan suami/pasangannya, sehingga gangguan aktivitas seksual pada usia menopause dapat mengganggu kualitas hidupnya.

Ditinjau dari aspek psikologi, sebagian besar subyek (64,8%) juga mengalami gangguan pada aspek psikologis. Sudah cukup banyak bukti yang mengindikasikan bahwa gangguan psikologis ini terkait dengan perubahan hormonal pada masa perimenopause, akan tetapi masalah menopause tidak dapat dipisahkan dari interpretasi sosial dan perubahan psikologis dalam satu konteks kehidupan perempuan yang melibatkan juga latar belakang sosiobudaya dan proses penuaan (*ageing process*).⁶²

Lebih dari 60% subyek yang terlibat dalam penelitian ini mengalami gangguan somato-vegetatif. Gejala panas dan keringat malam merupakan gejala

menopause yang paling banyak dialami serta terkait dengan gangguan tidur, gangguan perasaan dan penurunan fungsi kognitif pada perempuan menopause. Gangguan-gangguan tersebut dapat menimbulkan masalah sosial dan hambatan dalam pekerjaan yang secara bermakna berdampak pada penurunan kualitas hidupnya. Keluhan-keluhan somatovegetatif ini seringkali menjadikan perempuan menopause yang mengalaminya pergi berobat ke dokter dan mendapat terapi medikamentosa untuk mengatasi keluhan-keluhannya, sehingga pada akhirnya biaya pengobatan tersebut dapat menimbulkan beban sosio-ekonomi.

4.2.2. Hubungan antara beberapa aspek psikososial dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause

Pada penelitian ini status pernikahan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, aktivitas tambahan di luar pekerjaan, sumber keuangan keluarga dan sumber dana pembiayaan kesehatan tidak mempunyai hubungan dengan kejadian gangguan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause.

Hasil penelitian ini tidak dapat membuktikan adanya hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause. Subyek yang berstatus menikah masih membutuhkan fungsi seksual, sehingga adanya gangguan fungsi seksual kemungkinan akan mengganggu kenyamanannya serta mengganggu hubungan dengan suaminya. Beberapa penelitian terdahulu menunjukkan bahwa gejala vasomotor dan gangguan urogenital lebih sedikit dijumpai di antara mereka yang tidak menikah atau berstatus sebagai janda dibandingkan dengan mereka yang menikah.⁶⁵

Pada penelitian ini juga tidak didapatkan adanya hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause. Sebagian besar (69,9%) subyek berpendidikan tinggi (Sekolah Menengah dan Perguruan Tinggi), dan beberapa penelitian menunjukkan bahwa pengalaman gangguan vasomotor dan jantung berdebar lebih banyak ditemukan pada mereka yang berpendidikan rendah.⁶⁵ Keluaran yang dinilai pada penelitian ini bukanlah hanya gangguan vasomotor, tetapi adalah kualitas hidup yang menyangkut gangguan-gangguan lainnya, sehingga memang tidak dapat dibandingkan dengan hasil penelitian lainnya.

Pada penelitian ini ternyata tidak didapatkan adanya perbedaan prevalensi gangguan kualitas hidup secara bermakna ($p > 0,05$) dalam hal : a) **Pengetahuan subyek tentang menopause**, yaitu antara kelompok subyek yang menganggap menopause sebagai penyakit, menopause sebagai proses alamiah/normal yang tidak perlu perhatian khusus, dan menopause sebagai proses alamiah dengan risiko dampak negatif, dan b) **Sikap terhadap menopause** : antara kelompok subyek yang bersikap positif dan negatif terhadap menopause.

Menopause merupakan suatu kejadian dalam kehidupan perempuan pada saat mana siklus haid tidak terjadi lagi dan ditandai dengan perubahan-perubahan fisiologik dan psikososial dalam kehidupan perempuan. Meskipun menopause merupakan kejadian normal dalam kehidupan, pengalaman individual bervariasi dan sebagian perempuan membutuhkan pertolongan medik untuk mengatasi gejala-gejala menopause. Peralihan atau transisi menuju menopause merupakan suatu proses fisiologik yang kompleks, dan seringkali disertai dengan efek

tambahan dari proses penuaan dan penyesuaian atau adaptasi sosial.⁵² Sebagian perempuan mengalami sindroma klimakterik, baik berupa keluhan vasomotor, keluhan somatik maupun psikis pada masa transisi menopause atau masa perimenopause, serta selanjutnya akan terjadi peningkatan risiko penyakit-penyakit degeneratif atau kelainan kronis seperti: osteoporosis, penyakit kardiovaskuler, kanker kolorektal dan penurunan fungsi kognitif.

Pengalaman menopause sangat dipengaruhi oleh persepsi perempuan terhadap perubahan-perubahan tubuh dan persepsi mereka terhadap bagaimana menopause dipersepsikan oleh masyarakat terbatas di sekitar mereka. Bagaimanapun juga, kontroversi dan polarisasi atas pandangan-pandangan itu masih mendominasi perdebatan tentang bagaimana mengkonseptualisasikan pengalaman perempuan atas menopause. Model menopause secara biomedik lebih terfokus pada aspek biologik terhadap penurunan kadar hormonal dan identifikasi gejala-gejala klimakterik. Menopause dianggap secara karakteristik sebagai penyakit defisiensi yang membutuhkan pengobatan, dan pengobatan tersebut adalah terapi sulih hormon (TSH), menjadikan perempuan sebagai pasien yang tidak sehat, karena gejala-gejala klimakterik tersebut diyakini berhubungan langsung dengan defisiensi estrogen. Hal ini menunjukkan perlunya informasi yang lebih tepat dan menyeluruh kepada para perempuan pramenopause perihal segala hal yang berkaitan dengan menopause.

Perempuan menopause membutuhkan dukungan lingkungan dalam menghadapi perubahan-perubahan yang terjadi dalam masa peri maupun pasca menopause. Pada penelitian ini dapat dilihat bahwa sebagian besar (72,2%)

suami/pasangan subyek juga beranggapan bahwa menopause adalah suatu proses normal dan alamiah biasa yang akan dialami oleh setiap perempuan, tanpa menyadari adanya risiko dampak negatif akibat penurunan kadar estrogen, baik yang timbul dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Hanya 5,7% suami subyek yang menyadari risiko dampak negatif dari menopause yang mungkin akan dialami oleh istrinya.

Walau sebagian besar subyek menyatakan kecukupan sumber informasi (59,1%) tentang menopause, data di atas menunjukkan bahwa sebagian besar perempuan maupun pasangannya belum memiliki pengetahuan benar perihal menopause sebagai proses alamiah yang memiliki risiko dampak negatif. Sebagian besar subyek menyatakan bahwa mereka sudah mendapat kecukupan informasi (59,1%) tentang menopause yang mereka dapatkan terutama dari teman (35,8%) dan petugas kesehatan (30,7%), dan selebihnya informasi tersebut mereka dapatkan dari buku-buku ilmiah populer, media cetak/elektronik dan lain-lain.

Kurangnya informasi awal serta pengetahuan yang baik dan benar dari para subyek, pasangan maupun lingkungan (termasuk petugas kesehatan, media massa) perihal masalah menopause menjadi salah satu sebab kurangnya kebutuhan subyek terhadap informasi yang lebih memadai perihal menopause dan dampaknya di kemudian hari. Sebagian besar subyek (71%) juga tidak merasa mendapat dukungan khusus dari lingkungan saat menghadapi perubahan-perubahan (fisik dan non-fisik) akibat menopause.

Masyarakat, terutama kaum perempuan, perlu mendapat informasi yang lebih baik perihal masalah menopause secara menyeluruh. Para dokter atau petugas kesehatan pada umumnya kiranya dapat memberikan dukungan dan konseling yang baik kepada kaum perempuan perihal menopause, mulai dari keluhan atau gejala-gejala menopause dan dampaknya dalam jangka pendek maupun jangka panjang, upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi keluhan-keluhan tersebut serta mencegah timbulnya masalah-masalah yang mungkin timbul dalam jangka panjang akibat menopause tersebut. Kebanyakan perempuan menopause membutuhkan pendidikan, informasi tentang menopause serta dukungan seseorang yang mau mendengarkan pengalaman-pengalaman mereka.⁴⁶

4.2.3. Hubungan antara kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas menopause

Beberapa faktor yang diduga kuat mempunyai peranan dalam pengalaman menopause (dan kualitas hidup) selama masa tersebut antara lain adalah perilaku yang dipengaruhi budaya seperti diet¹⁶⁻¹⁹, merokok²⁰, latihan atau *exercise*²¹. Kebiasaan olahraga teratur, diet harian dengan gizi seimbang, tidak atau kurangi minum minuman yang mengandung kafein merupakan hal yang penting untuk menjaga kualitas hidup yang baik pada perempuan menopause.

Perempuan yang rajin berolahraga dan tidak merokok mempunyai nilai *positive mood* yang lebih baik terhadap perubahan-perubahan yang dialami. Hasil survei *The Study of Women's Health across the Nation (SWAN)* yang dilakukan selama 2 tahun (1995-1997) terhadap 16.065 perempuan berusia antara 40-55

tahun dari berbagai ras/etnik di Amerika menunjukkan bahwa keluhan-keluhan menopause lebih banyak dialami oleh perempuan yang mempunyai kebiasaan merokok, kurang melakukan aktivitas fisik dan memiliki indeks massa tubuh (IMT) yang tinggi.⁶⁵ Beberapa studi lain juga mendapatkan bahwa para perempuan yang kurang aktif secara fisik seringkali mengeluhkan gejala-gejala neurovegetatif sesudah menopause dibandingkan dengan mereka yang rajin berolahraga.⁶⁶ Perempuan yang rajin berolahraga memiliki *mood profile* yang lebih baik, lebih sedikit gejala-gejala somatik dan kesulitan dalam konsentrasi daya ingat dibandingkan dengan perempuan yang kurang aktif bergerak. Latihan fisik diketahui dapat meningkatkan kadar β -endorfin, yaitu suatu neurotransmitter yang dapat mempengaruhi pengaturan suhu tubuh, yang mana β -endorfin ini menurun kadarnya akibat penurunan kadar estrogen pada perempuan menopause.⁴ Pada penelitian ini tidak didapatkan adanya perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$) dalam hal kejadian gangguan kualitas hidup antara kelompok subyek yang hampir tiap hari olahraga, kadang-kadang maupun tidak pernah olahraga sama sekali (tabel 4.10.). Penilaian kebiasaan olahraga dalam penelitian ini hanya dilakukan secara kualitatif berdasarkan wawancara atau penuturan subyek, sehingga sulit mengukur perbedaan efek biologis kegiatan olahraga yang dilakukan subyek yang hampir tiap hari, kadang-kadang dan tidak pernah olahraga.

Fitoestrogen yang banyak terdapat dalam makanan sehari-hari masyarakat Indonesia merupakan suatu zat yang mempunyai struktur kimia sedemikian dapat menempati reseptor estrogen dan berfungsi sebagai *selective estrogen receptor modulators* (SERM). Beberapa penelitian acak tersamar ganda yang pernah

dilakukan tentang pengaruh suplementasi fitoestrogen melaporkan penurunan kejadian gejala panas yang bermakna secara statistik pada kelompok subyek yang mendapat suplementasi fitoestrogen.^{80,81}

Dalam hal komposisi makanan para subyek, ditinjau dari keseimbangan antara diet karbohidrat, lemak dan protein, peran penting lemak makanan dalam munculnya gejala-gejala menopause ditunjukkan dengan hubungan antara asupan lemak yang rendah dengan rendahnya angka kejadian gejala menopause pada populasi Asia, seperti pada perempuan Jepang dan China. Lemak makanan ini mempunyai hubungan yang nyata dengan kadar estrogen plasma pada perempuan premenopause⁸² dan pascamenopause⁸³. Kadar lemak dan estrogen yang rendah pada populasi Asia dapat sedikit menerangkan rendahnya gejala menopause yang dilaporkan.

Perbedaan yang tidak bermakna secara statistik tersebut kemungkinan memang menunjukkan tidak adanya hubungan antara berbagai kebiasaan/gaya hidup di atas dengan kejadian gangguan kualitas hidup, atau dapat juga disebabkan karena kelemahan dari penelitian ini, misalnya karena penggunaan penilaian secara kualitatif, baik terhadap variabel bebas maupun variabel tergantungnya, serta kemudian dilakukan perhitungan statistik untuk menguji hubungan antara kedua jenis variabel tersebut.

4.2.4. Hubungan antara beberapa aspek biomedik dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause

Sebagian besar subyek (61,4%) termasuk kelompok pascamenopause dini (lama menopause \leq 4 tahun). Lama menopause terkait dengan kadar hormon estrogen dalam darah, yaitu bahwa pada perempuan pascamenopause lanjut akan didapatkan kadar estrogen lebih rendah dibandingkan dengan perempuan pascamenopause dini, sehingga gangguan yang murni ditimbulkan akibat rendahnya kadar estrogen akan lebih banyak dijumpai pada kelompok pascamenopause lanjut (lama menopause $>$ 4 tahun).⁶⁵

Indeks Massa Tubuh yang tinggi dan adanya penyakit kronis merupakan faktor risiko bagi kelainan-kelainan yang timbul pada perempuan pascamenopause dan dapat mengganggu aktivitasnya. Ditinjau dari Indeks Massa Tubuh (IMT), pada penelitian ini tidak terdapat perbedaan yang bermakna dalam hal prevalensi gangguan kualitas hidup antara kelompok subyek yang termasuk *underweight*, *normalweight* dan *overweight*, sebagaimana dapat dilihat pada tabel 12. Beberapa penelitian terdahulu di luar negeri melaporkan prevalensi hampir semua gejala menopause yang lebih tinggi pada kelompok subyek dengan indeks massa tubuh yang tinggi dibandingkan subyek dengan indeks massa tubuh yang rendah.^{57,66}

Dalam hal ada atau tidaknya penyakit kronis yang diderita subyek, tidak didapatkan adanya perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$) dalam hal prevalensi gangguan kualitas hidup antara kelompok subyek yang tidak menderita penyakit kronis dibandingkan dengan mereka yang menderita penyakit kronis. Hal ini

mungkin disebabkan karena penyakit kronis yang diderita menimbulkan masalah yang lebih berat bagi perempuan pascamenopause dibandingkan dengan gangguan akibat menopause yang dialaminya, walaupun tidak tertutup kemungkinan bahwa adanya penyakit kronis yang diderita oleh perempuan pascamenopause dapat memperberat gangguan kualitas hidup yang dialaminya.

Ada atau tidaknya perbedaan bermakna atau signifikansi secara **statistik** tidak selalu mempunyai makna yang sama dengan perbedaan secara **substansi/klinik**. Seperti diketahui bahwa makin besar sampel yang dianalisis, maka akan makin besar menghasilkan kemungkinan perbedaan yang bermakna. Dengan sampel yang besar, maka perbedaan-perbedaan kecil atau bahkan tidak mempunyai manfaat secara substansi/klinik dapat berubah menjadi bermakna secara statistik.

Walaupun masih diperlukan penelitian lanjutan dengan menggunakan metodologi yang lebih baik dan jumlah sampel yang lebih besar, hubungan yang tidak bermakna antara berbagai faktor biomedis dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause sebagaimana ditunjukkan hasil penelitian ini mendukung wacana atau pemikiran bahwa kualitas hidup perempuan pascamenopause tidak semata-mata ditentukan oleh faktor-faktor biomedis, yaitu terutama terkait dengan rendahnya kadar estrogen, proses penuaan dan adanya penyakit-penyakit degeneratif. Hasil penelitian ini akan lebih bermakna apabila kadar estrogen juga dilibatkan sebagai variabel independen.

4.2.7. Analisis Multivariat

Sebagaimana telah diketahui bahwa kualitas hidup perempuan pascamenopause dipengaruhi oleh beberapa faktor yang meliputi faktor biomedik, psikososial dan ekonomi serta kebiasaan/gaya hidup. Pada analisis bivariat yang telah dilakukan sebelumnya dapat dilihat hubungan masing-masing faktor dengan kejadian gangguan kualitas hidup pada perempuan pascamenopause. Dengan teknik analisis multivariat dapat dilihat peran masing-masing faktor (sebagai variabel bebas) terhadap kejadian gangguan kualitas hidup dan hubungan antara masing-masing variabel tersebut. Karena variabel bebas pada penelitian ini bersifat kategorikal dan variabel tergantung bersifat nominal dikotom, maka dipilih teknik analisis multivariat regresi logistik.

Berdasarkan hasil seleksi bivariat dan ditetapkan bahwa variabel independen yang mempunyai nilai $p < 0,25$ dimasukkan ke tahap analisis multivariate regresi logistik.

Dari 17 variabel yang dilibatkan dalam seleksi bivariat, terdapat 5 variabel yang mempunyai nilai $p < 0,25$ dan memenuhi syarat untuk dilibatkan dalam analisis multivariate, yaitu: sikap subyek terhadap menopause, kecukupan informasi tentang menopause, dukungan lingkungan/keluarga, komposisi makanan seimbang dalam diet harian dan kebiasaan minum minuman berkafein. Variabel pengetahuan subyek tentang menopause tetap dilibatkan dalam pemodelan bivariat meskipun mempunyai nilai $p > 0,25$ karena secara substansial dianggap penting.

Sebagai hasil analisis multivariat, ternyata faktor **sikap subyek terhadap menopause** dan **dukungan lingkungan/keluarga terhadap subyek** pada saat menghadapi perubahan akibat menopause mempunyai peranan yang penting terhadap kualitas hidup perempuan pascamenopause. Kejadian gangguan kualitas hidup perempuan pascamenopause didapatkan 2,8 kali lebih banyak pada kelompok subyek yang bersikap negatif terhadap menopause dibandingkan dengan pada kelompok subyek yang bersikap positif terhadap menopause.

Kejadian gangguan kualitas hidup perempuan pascamenopause juga didapatkan lebih banyak pada kelompok subyek yang merasa tidak mendapat dukungan dari lingkungan/keluarga pada saat menghadapi perubahan akibat menopause dibandingkan dengan subyek yang kurang mendapat dukungan dari lingkungan/keluarganya. Pada penelitian ini kedua faktor tersebut di atas (sikap negatif terhadap menopause dan kurangnya dukungan lingkungan) belum dapat dianggap sebagai faktor risiko kejadian gangguan kualitas hidup perempuan pascamenopause.

Meskipun demikian teknik analisis multivariat ini mempunyai beberapa kelemahan. Interpretasi hasil analisis multivariat ini seringkali sulit karena banyak menggunakan asumsi dan semata-mata merupakan hasil analisis statistik yang tidak natural/alamiah, sehingga tidak dapat atau sulit digeneralisasi dalam keadaan nyata. Hasil analisis ini juga sangat dipengaruhi oleh pemilihan variabel yang dimasukkan ke dalam persamaan dan membutuhkan jumlah subyek yang besar, terutama bila jumlah variabel independennya banyak. Dengan pertimbangan beberapa kelemahan analisis multivariat ini, maka hasil analisis ini tidak banyak

manfaatnya dalam penanganan perempuan pascamenopause yang terganggu kualitas hidupnya, karena membutuhkan penanganan individual yang menyingkirkan berbagai faktor yang diasumsikan sebagaimana dilakukan pada analisis multivariat ini.

Penelitian yang berupa studi prevalens ini tidak dapat digunakan untuk menentukan adanya hubungan sebab-akibat secara pasti antara faktor-faktor psikososial dan kebiasaan/gaya hidup dengan gangguan kualitas hidup perempuan pascamenopause, karena penelitian ini tidak memantau perubahan yang terjadi dengan berjalannya waktu karena pengamatan pada subyek studi hanya dilakukan satu kali selama penelitian, termasuk juga perubahan biokimiawi (kadar estradiol) yang terjadi pada menopause. Pada penelitian *cross-sectional* ini juga sulit untuk menentukan komparabilitas kelompok yang dibandingkan, karena tidak diketahui apakah gangguan kualitas hidup terjadi sebelum atau sesudah pajanan/*exposure* terhadap hal-hal yang dianggap sebagai “faktor risiko”.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

5.1.1. Kesimpulan umum :

- a) Sebagian besar perempuan pascamenopause yang dilibatkan sebagai subyek dalam penelitian ini mengalami gangguan dalam kualitas hidupnya.
- b) Dalam penelitian ini tidak dapat dibuktikan adanya hubungan antara faktor psikososial dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause.
- c) Dalam penelitian ini dapat dibuktikan adanya hubungan antara faktor kebiasaan/gaya hidup dengan kualitas hidup perempuan pascamenopause.
- d) Sikap negatif perempuan pascamenopause terhadap menopause dan kurangnya dukungan lingkungan/keluarga terhadap subyek pada saat menghadapi perubahan yang timbul akibat menopause mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian gangguan kualitas hidup perempuan pascamenopause.
- e) Kebiasaan makan dengan komposisi makanan kurang/tidak seimbang dan kebiasaan seringnya minum kopi mempunyai hubungan dengan tingginya kejadian gangguan kualitas hidup perempuan pascamenopause.

5.1.2. Kesimpulan khusus :

Prevalensi gangguan kualitas hidup di antara perempuan pascamenopause berusia 45-59 tahun yang datang di Puskesmas Kecamatan Cilandak antara tanggal 23 Maret 2009 – 25 April 2009 yang diukur dengan menggunakan *Menopause Rating Scale (MRS)* adalah sebesar 74,4%, yaitu: 38,6% mengalami gangguan ringan, 30,7% gangguan sedang dan 5,1% mengalami gangguan berat.

5.2. Saran

- 5.2.1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut berupa studi kohort dengan jenis populasi yang sama di daerah-daerah lainnya di Indonesia, dengan menggunakan jumlah subyek penelitian yang lebih banyak dan dalam jangka waktu yang lebih panjang terhadap kasus-kasus gangguan kualitas hidup perempuan pascamenopause, termasuk dampak yang timbul terhadap keluarga (dalam peran domestik), maupun dampak terhadap kinerja, aktivitas dan produktivitas kerja (dalam peran publik).
- 5.2.2. Melihat tingginya prevalensi gangguan kualitas hidup perempuan pascamenopause, diperlukan kecukupan informasi dan konseling dari petugas kesehatan mengenai masalah menopause ini dengan menggunakan pendekatan biopsikososial, baik terhadap perempuan pre- dan pascamenopause maupun lingkungan/keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Survei Kesehatan Nasional 2001, Laporan SKRT 2001: studi morbiditas dan disabilitas. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Jakarta, 2002.
2. World Health Organization. World Health Statistics 2007. WHO Press, Geneva, Switzerland, 2008.
3. Hidayat, A. Aspek biopsikososial menopause, dalam : Martaadisoebrata, D, Sastrawinata, S, Saifuddin AB (eds), Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta, 2005: 330-41.
4. Baziad, A. Menopause dan Andropause, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta, 2003..
5. Rosano, GMC, Vitale, C, Marazzi, G. Menopause and Cardiovascular Disease: The Evidence, *Climacteric* 2007; 10:19-24.
6. Biben, A. Pemberdayaan perempuan menopause alami menuju menua sehat dengan memanfaatkan panca daya alam, Pidato pengukuhan Guru Besar Tetap dalam ilmu obstetri dan ginekologi pada Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. Bandung, 2003.
7. Gannon L. Menstrual Disorders and Menopause: Biological, Psychological, and Cultrual Research. New York: Praeger, 1985.
8. Beyene Y. From Menarche to Menopause: Reproductive Lives of Peasant Women in Two Cultures. Albany, New York: State University of New York Press,1989.
9. Du Toit BM (1990) Aging and Menopause among Indian South African Women. Albany, New York: State University of New York Press, 1990.
10. Flint M and Samil RS. Cultural and subcultural meanings of the menopause. *Ann NY Acad Sci* 1990; 592: 134-148.
11. Lock M. Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America. Berkeley: University of California Press, 1993.
12. Lock M. Menopause: lessons from anthropology. *Psychosom Med* 1998; 60:410-19
13. Obermeyer CM. Menopause across culture: a review of the evidence. *Menopause* 2000; 7:184-192.
14. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V and Kagawa-Singer M. Is there menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med* 2001;52:345-356.
15. Collins A. Sociocultural Issues in Menopause, International Position on Women's Health and Menopause: A Comprehensive Approach. (NIH) NIOH, U.S. Dept. of Health & Human Service, 2002:65-76.
16. Albertazzi P, Pansini F, Bonaccorsi G, Zanotti L., Forini E, and De Aloysio D. The effect of dietary soy supplementation on hot flushes. *Obstet Gynecol* 1998;91:6-11.

17. Mei J, Yeung SS and Kung AW. High dietary phytoestrogen intake is associated with higher bone mineral density in postmenopausal but not premenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86: 5217-21.
18. Nagata C, Takatsuka N, Kawakami N and Shimizu H. Soy product intake and hot flashes in Japanese women: results from a community-based prospective study. *Am J Epidemiol* 2001;153:790-93.
19. Messina M and Hughes C. Efficacy of soyfoods and soybean isoflavone supplements for alleviating menopausal symptoms in positively related to initial hot flashes frequency. *J Med Food* 2003;6:1-11.
20. Whiteman MK, Staropoli CA, Benedict JC, Borgeest C and Flaws JA. Risk factors for hot flashes in midlife women. *J Womens Health* 2003;12:459-72.
21. Dennerstein L, Smith AM, Morse C, Burger H, Green A, Hopper J and Ryan M. Menopausal symptoms in Australian women. *Med J Aust* 1993;159: 232-6.
22. Martin E. Medical metaphors of women's bodies: menstruation and menopause. *Int J Health Serv* 1988;18:237-54.
23. Avis NE and McKinlay SM. A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas* 1991;13:65-79.
24. Davis DL. Blood and nerves revisited: menopause and the privatization of the body in a Newfoundland postindustrial fishery. *Med Anthropol* 1997;Q 11:3-20.
25. Sommer B, Avis N, Meyer P, Ory M, Madden T, Kagawa-Singer M, et al. Attitudes toward menopause and aging across ethnic/racial groups. *Psychosom Med* 1999;61:868-75.
26. Kaufert PA and Gilbert P. Women, menopause, and medicalization. *Cult Med Psychiatry* 1986;10:7-21.
27. Bell SE. Changing ideas: the medicalization of menopause. *Soc Sci Med* 1987;24:535-42.
28. Kaufert PA and Lock M. Medicalization of women's third age. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18:81-6.
29. Sievert LL, Vidovic M, Horak H, and Abel M. Age and symptom experience at menopause in the Seiska VCalley, Slovenia. *Menopause* 2004;11: 223-7.
30. Estok PJ and O'Toole R. The meaning of menopause. *Health Care Women Int* 1991;12:27-39.
31. Avis NE, Crawford SL and McKinlay SM . Psychosocial, behavioral, and health factors related to menopause symptomatology. *Womens Health* 1997;3:103-20.
32. Collins A and Landgren BM. Reproductive health, use of estrogen and experience of symptoms in perimenopausal women: a population-based study. *Maturitas* 1995;20:101-11.
33. Staropoli CA, Flaws JA, Bush TL and Moulton AW. Predictors of menopausal hot flashes. *J Women Health* 1998;7:1149-55.
34. Sanchez Perruca L, Civiera Murillo J, Martin del Moral M, Abril Garcia A and Dies A. Cambio social, Climaterio y depression. *Arch Neurobiol* 1989;52: 87-92.

35. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA and Ory M. Quality of life in diverse groups of middle women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial dan demographic factors. *Qual Life Res* 2004;13: 933-46.
36. Robinson G. Cross-cultural perspectives on menopause. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:453-458.
37. Berg JA, Taylor DL. Symptom responses of midlife Filipina Americans. *Menopause* 1999;6:115-21.
38. Avis NE, Ory M, Matthews KA, Schocken M, Bromberger J and Colvin A. Health-related quality of life in multiethnic sample of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Med Care* 2003;41:1262-76.
39. Woods NF and Mitchell ES. Anticipating menopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause* 1999;6:167-73.
40. Hvas L. Positive aspects of menopause: a qualitative study. *Maturitas* 2001;39:11-17.
41. Hvas L, Thorsen H, Sondergaard K. Discussing menopause in general practice. *Maturitas* 2003;46:139-46.
42. Schwingl PJ, Hulka BS, Harlow SD. Risk factors for menopausal hot flashes. *Obstet Gynecol* 1994;84:29-34.
43. Greene, JG 2002, Measuring the symptom dimension of quality of life: general and the menopause-specific scales and their subscale structure, in : Schneider, HPG (ed), *Hormone Replacement Therapy and Quality of Life*. London: Parthenon, 2002:35-43.
44. Alder, EM 2002, How to assess quality of life: problems and methodology, in: Schneider, HPG (ed), *Hormone replacement therapy and quality of life*. London: Parthenon Publishing, 2002:11-21.
45. Walter J. Quality of Life in health care allocation: *Encyclopedia BIOETHICS*. Rev Ed. Simon & Schuster and Prentice Hall International, 1995.
46. Armitage, GD, Suter, E, Verhoef, MJ, et al. Women's needs for CAM information to manage menopausal symptoms, *Climacteric* 2007;10:215-24.
47. Gold, EB, Block, G, Crawford, S, et al. Lifestyle and Demographic Factors in Relation to Vasomotor Symptoms: Baseline Results form the Study of Women's Health Across the Nation, *Am J Epidemiol* 2004;159:1189-99.
48. Pertamawan A, Hubungan antara asupan fitoestrogen isoflavon dengan prevalensi gejala panas pada wanita pascamenopause di Kelurahan Utan Kayu Selatan Kecamatan Matraman Jakarta Timur. Tesis, Program Pendidikan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 2002.
49. Patria F, Gambaran densitas tulang pada wanita menopause yang menderita osteopenia osteoporosis dan mendapat terapi fitoestrogen di RSUPN Cipto Mangunkusumo. Tesis, Program Pendidikan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 2006.

50. Lasmini PS, Pengaruh Isoflavon terhadap profil lipid pada perempuan menopause dan pasca menopause di Jakarta. Tesis, Program Pendidikan Konsultan Fertilitas Endokrinologi Reproduksi, Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 2005.
51. Soules MR, Sherman S, Parrott E. Executive Summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW), Park City, Utah, Menopause, 2001;8:402-7.
52. Nelson, HD. Menopause, *The Lancet*, 2008;371:760-70.
53. Wu, JM, Zelinski, MB, Ingram, DK, Ottenger, MA. Ovarian Aging and Menopause: Current Theories, Hypotheses, and Research Models, Mini Review, *Experimental Biology and Medicine* 2005;230:818-28.
54. Bouman A, Heineman MJ, Faas MM. Sex hormones and the immune response in humans, *Human Reproduction Update*, 2005; 4:411-23.
55. Melby, MK, Lock, M, Kaufert, P. Culture and symptom reporting at menopause, *Human Reproduction Update*, 2005; 5:495-512.
56. Gold, EB, Bromberger, J, Crawford, S, et al. Factors Associated with Age at Natural Menopause in a Multiethnic sample of Midlife Women. *Am J Epidemiol* 2001;153:865-74.
57. Freeman, EW, Sherif, K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric*, 2007;10:197-214.
58. Flint, M, Samil, RS. Cultural and subcultural meanings of the menopause, *Ann New York Acad Sci*, 1990;592:134-48.
59. Bachman, GA. Vasomotor flushes in menopausal women, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999;188:312-6.
60. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005;3:47-56.
61. Deeks, AA. Psychological aspects of menopause management, *Best Practice & Research Endocrinology & Metabolism*, 2003;1:17-31.
62. Aso, T. Quality of Life: Asian Women and The Menopause, in: Lobo, RA, Crosignani, PG, Paoletti, R, et al, *Women's Health and Menopause – New Strategies Improved Quality of Life*. Boston, Kluwer Academic Publishers, Boston, 2002:353-60.
63. Gannon, K, Ekstrom, B. Attitude towards menopause, The influence of sociocultural paradigms. *Psychology of Women Quarterly*, 1993;17:275-88.
64. Olazabal Ulacia, JC, Garcia Panagua, R, Montero Luengo, J, et al. Models of intervention in menopause: proposal of a holistic or integral model, *Menopause* 1999;6:264-72.
65. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. Relation to Demographic and Lifestyle Factors to Symptoms in a Multi Racial/Ethnic Population of Women 40-55 years of Age. *Am J Epidemiol* 2000; 152, 5:463-473
66. Gold EB, Block G, Crawford S, Lachance L, Fitz Gerald G, Miracle H, Sherman S. Lifestyle and Demographic Factors in Relation to Vasomotor Symptoms: Baseline Results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol* 2004; 159:1189-1199

67. Collins, A, Landgren, BM 2002, Psychosocial factors associated with the use of hormone replacement therapy, in: Schneider, HPG (ed), Hormone Replacement Therapy and Quality of Life, Parthenon Publishing, 2002:85-92.
68. Kaufert, PA. The social and cultural context of menopause (review), *Maturitas*, 1996;23:169-80.
69. Gannon, L, Stevens, J. Portraits of menopause in the media, *Women Health* 1998;27:1-15.
70. Ballard, KD, Kuh, DJ, Wadsworth, MEJ. The role of menopause in women's experience of the change of life, *Sociology of Health and Illness*, 2001;23:397-424.
71. Morse, C, Smith, A, Dennerstein, D, et al. The treatment-seeking woman at menopause, *Maturitas* 1994;18:161-73.
72. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science Medicine* 1998;41:1403-9.
73. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychology Medicine* 1998;28,:551-58.
74. World Health Organization (Division of Mental Health). WHO-QOL Study Protocol: the development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. Geneva: WHO, 1993.
75. Heinemann, LAJ, Potthoff, P, Schneider HPG. International version of the Menopause Rating Scale (MRS), *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1, 28.
76. Heinemann, LAJ, DoMinh, T, Strelow, F. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study, *Health and Quality of Life Outcomes* 2004;2:67.
77. Schneider, HPG, Behre, HM. Contemporary evaluation of climacteric complaints: Its impact on quality of life, in : Schneider, HPG (ed), *Hormone Replacement Therapy and Quality of Life*. London: Parthenon Publishing, 2002:35-43.
78. Budiarmo, E. *Metodologi Penelitian Kedokteran, Sebuah Pengantar : Penelitian Deskriptif* . Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC 2002: 28-57.
79. Snedecor GW, Cochran WS. *Statistical Method*. Iowa, Iowa State University Press, 1967.
80. Upmatis DH, Lobo R, Bradley L, et al. Vasomotor symptom relief by soy isoflavone extract tablets in postmenopausal women: a multicenter, double-blind, randomized placebo controlled study. *Menopause* 2000;7:236-42.
81. Faure ED, Chantre P, Mares P. Effects of standardized soy extract on hot flushes: a multicenter, double-blind, randomized placebo-controlled study. *Menopause* 2002;9:329-34.
82. Rose DP, Boyar AP, Cohen C, et al. Effect of a low-fat diet on hormone levels in women with cystic breast disease. I. Serum steroids and gonadotropins. *J Natl Cancer Inst* 1987;78:623-6.

83. Prentice R, Thompson D, Clifford C, et al. Response to a diet low in total fat in women with postmenopausal breast cancer: a pilot study. *Nutr Cancer* 1988;11:93-9.
84. Michnovicz J, Hershcopf R, Naganuma H, et al. Increased 2-hydroxylation of estradiol as a possible mechanism for the anti-estrogenic effect of cigarette smoking. *N Engl J Med* 1986;315:1305-9.

Jakarta, 19 Maret 2009

Ibu dan Bapak yang terhormat,

Meningkatnya derajat kesehatan & usia harapan hidup penduduk Indonesia membawa dampak meningkatnya pula jumlah penduduk yang berusia lanjut, termasuk di antaranya para perempuan yang mengalami menopause (berhenti haid). Walaupun menopause merupakan peristiwa alamiah dan merupakan bagian dari kurun reproduksi, sebagian perempuan dapat mengalami beberapa gangguan terkait dengan menopause, yang berdampak merugikan terhadap **kesehatan (fisik dan psikis)** maupun **aktivitas dan kinerjanya** dalam kehidupan sehari-hari, yang kesemuanya itu terkait dengan **kualitas hidup perempuan menopause**. Beberapa gangguan tersebut dapat terjadi dalam **jangka pendek (sindroma klimakterik)** maupun **jangka panjang** (antara lain: **penyakit jantung koroner, osteoporosis/keropos tulang, demensia Alzheimer**), serta memerlukan penanganan yang tepat dan memadai.

Beberapa penelitian di luar negeri, termasuk yang dilakukan di Asia, telah menunjukkan bahwa masalah menopause tidak hanya mencakup **aspek biomedis**, tetapi juga terkait erat dengan **aspek psikososial** sebagai **faktor yang ikut berperan dalam munculnya beberapa gangguan** maupun sebagai **dampak yang terjadi** terkait dengan menopause. Dengan demikian, penanganan masalah menopause tidak hanya berupa penanganan secara **medis-klinis** sebagaimana telah banyak dilakukan sampai saat ini, tapi diperlukan penanganan yang lebih **komprehensif** dengan menggunakan pendekatan **biopsikososial**.

Pada kesempatan ini kami mohon kesediaan Anda untuk membantu kami dengan mengisi kuesioner berikut, yang kiranya akan sangat berharga sebagai masukan dalam upaya-upaya penanganan masalah menopause untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan menopause di Indonesia. **Tidak ada penilaian “benar” atau “salah”** atas setiap jawaban yang Anda berikan. **Kerahasiaan identitas dan semua jawaban** Anda akan kami jaga dengan sebaik mungkin.

Atas perhatian dan kesediaan Anda untuk membantu pengisian kuesioner ini, kami ucapkan banyak terimakasih.

Raditya Wratsangka, dr., SpOG
FK USAKTI – Jakarta

PERNYATAAN KESEDIAAN

Setelah mendapat penjelasan mengenai pelaksanaan kegiatan penelitian ini, saya menyatakan bersedia melakukan pengisian kuesioner berikut dengan memberikan jawaban sejujurnya.

Nama :

Umur :

Alamat :

Tanda tangan :

(.....)



KUESIONER
“Hubungan Aspek Psikososial dan Gaya Hidup dengan
Kualitas Hidup Perempuan Pascamenopause”

Pewawancara : Tanggal wawancara :

Nomor Register : -

IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama Responden :
2. Umur Responden : tahun (*antara 45 - 59 tahun*)
3. Alamat Responden :
 No. Telp. :

KARAKTERISTIK RESPONDEN

4. **Darimana Anda berasal (suku bangsa)?**

1) Jawa	4) Padang (Minang)
2) Sunda	5) Batak
3) Betawi	6) Lainnya (<i>sebutkan</i>) :
5. **Apa agama Anda?**

1) Islam	4) Hindu
2) Katolik	5) Budha
3) Kristen Protestan	6) Lainnya (<i>sebutkan</i>) :
6. **Status pernikahan :**

1) Belum/tidak menikah; 2) Menikah; 3) Janda (suami meninggal); 4) Janda cerai
7. **Pendidikan:**

1) Tidak sekolah; 2) Sekolah Dasar; 3) Sekolah Menengah; 4) Perguruan Tinggi
8. **Pekerjaan :**

1) Tidak bekerja/Ibu Rumah Tangga	4) Buruh/Karyawan swasta
2) Wirausaha/Pedagang	5) Pegawai Negeri Sipil
3) Guru/Dosen	6) Lain-lain :

9. Kegiatan saat ini (selain no. '8' atau bila tidak bekerja/sudah purna bakti) :

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1) Urusan rumah tangga | 4) Kegiatan keagamaan |
| 2) Merawat anak/cucu | 5) Kegiatan sosial |
| 3) Menekuni hobi/seni | 6) Lainnya : |

10. Darimana sumber keuangan Anda?

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1) Aktif bekerja (gaji sendiri) | 4) Dana pensiun suami |
| 2) Gaji/penghasilan suami | 5) Bantuan anak/keluarga |
| 3) Dana pensiun sendiri | 6) Lainnya (<i>sebutkan</i>) : |

ASPEK KESEHATAN FISIK**11. Berat badan Anda : kg.****Tinggi badan Anda : cm**

Indeks Massa Tubuh (IMT) / <i>Body Mass Index (BMI)</i>	=	Berat badan -----	=	-----	= kg/m ²
		Tinggi badan				
1) < 18,5	kg/m ²					(<i>Underweight</i>)
2) 18,5 – 23	kg/m ²					(<i>Increasing but acceptable risk</i>)
3) 23 – 27,5	kg/m ²					(<i>Increased risk</i>)
4) > 27,5	kg/m ²					(<i>High-risk</i>)

12. Riwayat kesehatan Anda :

	YA	TIDAK
1) Tekanan darah tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Penyakit jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Penyakit kencing manis (<i>diabetes mellitus</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Keropos tulang (<i>osteoporosis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Patah tulang (sebut usia bila "ya") : th <i>Sebab patah :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Tumor/kanker payudara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Tumor/kanker indung telur (<i>ovarium</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Tumor/kanker rahim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Tumor/kanker saluran cerna/usus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Lainnya (<i>sebutkan</i>) :		

13. Lama sejak berhenti haid : tahun (*menopause*)**14. Darimana dana kesehatan Anda?**

- | | |
|---------------------|--|
| 1) ASKES | 4) Uang tunai (pribadi) |
| 2) Asuransi pribadi | 5) Dukungan anak/keluarga |
| 3) Jaminan kantor | 6) Lainnya (<i>sebutkan</i>) : |

- 23. Bagaimana pandangan Anda tentang dampak menopause terhadap kehidupan Anda?**
- 1) **POSITIF**. Sebagai contoh: menopause berarti tidak lagi mengalami menstruasi dan tidak cemas masalah kontrasepsi; menopause merupakan babak baru dalam kehidupan perempuan.
 - 2) **NEGATIF**. Sebagai contoh: menopause berarti kehilangan kesuburan, menjadi “tua” dan tidak produktif lagi, termasuk penurunan produktivitas dalam pekerjaan.
 - 3) Lainnya (*sebutkan*) :
-
- 24. Apa pandangan Anda terhadap penggunaan “terapi sulih hormon” untuk perempuan menopause?**
- 1) **POSITIF**. Terapi sulih hormon bermanfaat untuk sebagian perempuan menopause.
 - 2) **NEGATIF**. Anda tidak setuju dan tidak mendukung penggunaan terapi sulih hormon, karena menopause adalah proses alamiah dan khawatir efek samping terapi hormon.
 - 3) **TIDAK TAHU**
 - 4) Lainnya (*sebutkan*) :
-
- 25. Darimana Anda mendapat pengetahuan tentang menopause?**
- 1) Buku
 - 2) Majalah/surat kabar
 - 3) Radio/televisi
 - 4) Internet
 - 5) Petugas kesehatan
 - 6) Teman
 - 7) Keluarga
 - 8) Lainnya (*sebutkan*) :
- 26. Apakah menurut Anda pengetahuan tentang menopause yang didapatkan dari sumber di atas cukup memadai untuk menjawab keingintahuan Anda?**
- 1) Kurang memadai
 - 2) Cukup memadai
 - 3) Sangat memadai
- 27. Bagaimana pandangan SUAMI/PASANGAN Anda tentang menopause?**
- 1) Suatu proses alamiah yang normal dan akan dialami oleh setiap perempuan dan tidak memerlukan penanganan secara khusus.
 - 2) Suatu penyimpangan atau penyakit dalam proses/siklus reproduksi perempuan yang memerlukan pengobatan
 - 3) Suatu proses alamiah yang normal dan akan dialami oleh setiap perempuan, tapi dapat menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan yang memerlukan penanganan khusus.
 - 4) Lainnya (*sebutkan*) :
- 28. Ketika Anda menghadapi perubahan-perubahan dalam diri Anda (fisik dan non-fisik) menjelang dan sesudah menopause, apakah Anda merasa mendapat dukungan dari lingkungan (suami, anak, keluarga dan teman-teman Anda) :**
- 1) Biasa saja, tidak ada dukungan
 - 2) Kurang mendapat dukungan
 - 3) Cukup mendapat dukungan
 - 4) Sangat mendapat dukungan

MENOPAUSE RATING SCALE (MRS) – versi INDONESIA

Yang manakah dari gejala-gejala yang tertera di bawah ini yang Anda alami sekarang ini dan seberapa berat atau ringankah gejala-gejala tersebut?

Tolong Anda berikan tanda “X” di dalam kotak yang sesuai untuk setiap gejala yang tertera di bawah ini. Untuk gejala-gejala yang sekarang ini tidak Anda alami atau bisa diabaikan, berikan tanda “X” di dalam kotak di bawah angka 0.

No.	GEJALA YANG DIALAMI	Tidak ada	Ringan	Sedang	Berat	Sangat berat
		0	1	2	3	4
1.	Badan terasa sangat panas, berkeringat					
2.	Rasa tidak nyaman pada jantung (detak jantung yang tidak biasa, berdebar)					
3.	Masalah tidur (susah tidur, susah untuk tidur nyenyak, bangun terlalu pagi)					
4.	Perasaan tertekan (merasa tertekan, sedih, mudah menangis, tidak bergairah/lesu, “mood” yang berubah-ubah.					
5.	Mudah marah (merasa gugup, rasa marah, agresif)					
6.	Rasa resah (rasa gelisah, panik)					
7.	Kelelahan fisik dan mental (menurunnya kinerja secara umum, berkurangnya daya ingat, menurunnya konsentrasi, mudah lupa/pikun)					
8.	Masalah-masalah seksual (perubahan dalam gairah seksual, aktivitas seksual dan kepuasan seksual)					
9.	Masalah-masalah pada kandung dan saluran kemih (sulit buang air kecil, sering buang air kecil, buang air kecil yang tidak terkontrol)					
10.	Kekeringan pada vagina (rasa kering atau terbakar pada vagina, kesulitan dalam berhubungan intim)					
11.	Rasa tidak nyaman pada persendian dan otot (sakit pada persendian, keluhan rematik)					

Formulir Evaluasi Menopause Rating Scale (MRS)

Nama Subyek : Umur :
 No. ID Subyek :
 Tanggal Pengisian MRS :

No. Pertanyaan	Skor	Sub-skala Psikologi	Sub-skala Somatik	Sub-skala Urogenital
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
Skor Total Sub-skala				
JUMLAH SKOR TOTAL (semua sub-skala)				

KESIMPULAN EVALUASI TERHADAP SUBYEK

	Subskala Psikologi	Subskala Somatik	Subskala Urogenital	TOTAL
Derajat Gangguan				

KRITERIA PENILAIAN

Derajat Gangguan	Subskala Psikologi	Subskala Somatik	Subskala Urogenital	TOTAL
Tidak ada/Sedikit	0 – 1	0 – 2	0	0 – 4
Ringan	2 – 3	3 – 4	1	5 – 8
Sedang	4 – 6	5 – 8	2 – 3	9 – 16
Berat	≥ 7	≥ 9	≥ 4	≥ 17