



KLIMAKTERIUM

MASALAH & PENANGANANNYA DALAM PERSPEKTIF KEBIDANAN



Sundari Mulyaningsih, S.SiT., M.Kes.
Dyah Pradnya Paramita, S.ST., M.Kes.



KAMUS KEBIDANAN

**KLIMAKTERIUM
MASALAH & PENANGANANNYA
DALAM PERSPEKTIF KEBIDANAN**

Penulis:

Sundari Mulyaningsih, S.SiT., M.Kes.

Dyah Pradya Paramita, S.ST., M.Kes.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ajar berjudul “Klimakterium : Masalah dan Penanganannya dalam Perspektif kebidanan”. Klimakterium merupakan masa peralihan yang dilalui oleh seorang perempuan dari periode reproduksi ke periode nonproduksi., fase terakhir dalam kehidupan perempuan atau pasca masa reproduksi berakhir. Pengetahuan tentang masa klimakterium sama pentingnya dengan masa menopause, sehingga perempuan dapat mempersiapkan diri dalam menghadapi datangnya masa-masa tersebut.

Buku ini diperuntukkan sebagai salah satu referensi bagi mahasiswa kebidanan, dan sebagai salah satu referensi bagi mahasiswa kebidanan, dan sebagai bahan ajar untuk tingkat perguruan tinggi. Buku ini juga diharapkan bermanfaat bagi praktisi kesehatan. Materi yang tersusun dalam buku ini juga telah disesuaikan dengan kompetensi pembelajaran terkini. Materi-materi tersebut yakni, penertian klimakterium, perubahan fisik pada masa klimakterium, keluhan yang terjadi pada klimakterium, penanganan klimakterium, serta peranan bidan dalam menghadapi perempuan klimakterium.

Akhir kata, penulis berharap buku ini bisa bermanfaat dalam memberikan pemahaman mengenai klimakterium, sehingga ilmu yang ada dalam buku ini bisa diterapkan dalam dunia kebidanan. Penulis menyadari bahwa buku ini belum sepenuhnya sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi menyempurnakan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat dan dapat berkontribusi terhadap perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Salam,

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB 1 PENGERTIAN KLIMAKTERIUM

- A. Definisi Klimakterium
- B. Klimakterium Prekok
- C. Hormon Estrogen

BAB 2 PATOFISIOLOGI KLIMAKTERIUM

- A. Premenopause
- B. Perimenopause
- C. Postmenopause

BAB 3 GEJALA KLIMAKTERIUM

- A. Perdarahan
- B. Vasomotor
- C. Atrofi Urogenital
- D. Efek Psikologis
- E. Gangguan Fungsi Seksual
- F. Gejala Somatik
- G. Osteoporosis
- H. Kelainan Kardiovaskular

BAB 4 MASA KLIMAKTERIUM

- A. Karakteristik Usia Madya
- B. Periode Klimakterium

BAB 5 ETIOLOGI KLIMAKTERIUM

- A. Menopause Fisiologi
- B. Artifisial Menopause

BAB 6 BATAS USIA KLIMAKTERIUM

- A. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Usia Menopause
- B. Mitos-Mitos Menopause
- C. Persepsi Perempuan Menopause Terhadap Aktivitas Seksual
- D. Kualitas Hidup Perempuan Menopause

BAB 7 PERUBAHAN FISIK PADA MASA KLIMAKTERIUM

- A. Perubahan Pada Organ Reproduksi
- B. Perubahan di Luar Organ Reproduksi

BAB 8 PERUBAHAN PSIKIS PADA MASA KLIMAKTERIUM

- A. Perubahan-Perubahan Psikis
- B. Konsep Diri

BAB 9 KELUHAN YANG TERJADI PADA KLIMAKTERIUM

- A. Kecemasan Menghadapi Klimakterium
- B. Keluhan yang Muncul Pada Fase Klimakterium
- C. Pengetahuan dan Persepsi

BAB 10 PENANGANAN KLIMAKTERIUM

- A. Terapi Sulih Hormon
- B. Penanganan Atrofi Vagina
- C. Aktivitas Fisik
- D. Melakukan Pola Hidup Sehat

BAB 11 PERANAN BIDAN DALAM MENGHADAPI PEREMPUAN KLIMAKTERIUM

- A. Definisi Bidan dan Peranannya Secara Umum
- B. Teori Manajemen Kebidanan
- C. Pendidikan Kesehatan
- D. Pengaruh Penyuluhan
- E. Upaya Promosi Kesehatan
- F. Konseling Lansia

DAFTAR PUSTAKA

PROFIL PENULIS

BAB 1

PENGERTIAN KLIMAKTERIUM

Salah satu indikasi dari keberhasilan pembangunan nasional dalam bidang kesehatan yaitu apabila meningkatnya angka harapan hidup atau meningkatnya angka kesehatan masyarakat. Menurut laporan WHO pada tahun 2000, usia harapan hidup adalah 67,8 tahun dan diperkirakan pada tahun 2020-2025 mendatang diprediksi menjadi 73,6 tahun. Data dari sensus penduduk Indonesia menyebutkan bahwa jumlah usia lanjut meningkat sebesar 7,4% berkisar 15,3 juta jiwa. Proyeksi biro statistik pada tahun 2005-2010, jumlah usia lanjut sebesar 8,5%. Pada tahun 2000, jumlah usia lanjut meningkat sebesar 9,99% dari seluruh penduduk Indonesia yaitu 22.227.700 jiwa, dengan usia harapan hidup berkisar 65-70 tahun. Pada tahun 2020 akan meningkat menjadi 11,09% yaitu 29.120.000, dengan usia harapan hidup 70-75 tahun. Pada tahun 2000, jumlah penduduk Indonesia mencapai 203,47 juta orang yang terdiri dari 101,81 juta perempuan dan diperkirakan telah memasuki usia menopause sebanyak 15,5 juta orang (15,2%), dan pada tahun 2020 diperkirakan jumlah perempuan yang hidup dengan usia menopause mencapai 30,3 juta jiwa (Bandiyah, 2009). Data lain menyebutkan bahwa pertumbuhan perempuan klimakterium diperkirakan akan terus mengalami peningkatan hingga lebih dari satu miliar di tahun 2030. Proporsi di Asia diperkirakan akan mengalami peningkatan dari 107 juta menjadi 373 juta di tahun 2025. Dilihat dari data yang dihimpun oleh Badan Sensus Penduduk, di Indonesia jumlah setiap tahunnya mencapai 5,3 juta orang dari jumlah total penduduk perempuan Indonesia yang berjumlah 118.010.413 juta jiwa (Mira Trisyani, 2018).

A. DEFINISI KLIMAKTERIUM

Masa perkembangan anatomi dan fisiologi seorang perempuan normal diindikasikan melalui enam tahapan, yaitu masa prapubertas, masa pubertas, masa reproduksi, masa klimakterium dan menopause, serta masa senileum. Masa reproduksi dapat dikatakan merupakan masa terpenting dalam kehidupan seorang perempuan yang dapat berlangsung kira-kira 33 tahun. Pada masa ini perempuan mengalami haid secara teratur dan masih berpotensi untuk hamil. Menjelang berakhirnya masa reproduksi ini, disebut dengan masa

klimakterium yang merupakan masa peralihan dari masa reproduksi ke masa senium. Masa ini berlangsung beberapa tahun sebelum dan setelah menopause (Yuni Fitriana, 2014).

Sebelum memasuki pembahasan mengenai klimakterium, ada baiknya terlebih dahulu kita membahas persoalan haid. Haid atau menses merupakan perdarahan bulanan melalui vagina akibat pelepasan lapisan dalam rahim. Siklus haid terjadi antara hari pertama haid dengan hari pertama haid berikutnya. Pengertian lain dari menstruasi adalah perdarahan pervagina yang disebabkan oleh kerja ovulasi. Namun sel telur tidak dibuahi sperma, sehingga terjadi pelepasan selaput lendir rahim. Untuk memperoleh keteraturan menstruasi, maka diperlukan adanya keseimbangan fungsi hormon seperti halnya dengan hormon FSH (*Follicle Stimulating Hormone*) dan juga pada hormon LH (*Luteinizing Hormone*) yang dalam hal ini diproduksi oleh otak, serta hormon estrogen dan progesteron di ovarium. Siklus haid penting sebagai fungsi reproduktif yang menjalankan persiapan untuk konsepsi dan kehamilan. Pola siklus menstruasi normal berada dikisaran 21-35 hari jika kurang dari pada itu berarti tidak normal. Proses menstruasi melibatkan dua siklus yaitu siklus di endometrium dan siklus di ovarium yang terjadi bersamaan. Siklus di endometrium terdiri atas tiga fase yaitu fase proliferasi, fase sekretorik, dan fase menstruasi. Sedangkan siklus di ovarium terdiri dari fase folikel, fase ovulasi dan fase luteal (Purnama Simbolon, 2018).

Salah satu fungsi haid ialah menghasilkan satu sel telur yang matang. Berbeda dari seorang laki-laki, seorang perempuan tidak memiliki pabrik penghasil sel telur. Testis pada laki-laki adalah pabrik penghasil sperma, sedangkan ovarium pada perempuan merupakan gudang penyimpanan sel telur. Ovum perempuan tersimpan rapi di dalam indung telurnya. Pada bayi perempuan yang baru dilahirkan, setiap indung telur mengandung kira-kira 1.000.000 sel telur. Pada umur 7 tahun, jumlah sel telur berkurang menjadi 300.000; sedangkan saat menginjak masa remaja jumlah sel telur ini tinggal 30.000 lagi. Setiap bulan, akan dihasilkan satu sel telur yang matang. Untuk menghasilkan satu sel telur matang ini, dibutuhkan kerja sama dengan sel-sel telur lainnya. Jumlah ovum seorang perempuan tidak akan pernah bertambah, bahkan tiap bulan akan semakin berkurang. Bila seluruh sel telur sudah habis, maka selesai pulalah fungsi ovarium. Sejak saat itu, tidak akan kita jumpai lagi siklus haid. Kemudian perempuan tersebut akan memasuki masa mati haid/menopause (Philipp EE, 1980).

Klimakterium merupakan bagian dari masa sebelum terjadinya menopause, yaitu masa di mana siklus menstruasi mulai berlangsung tidak teratur dan pada masa tersebut seorang wanita akan mengalami beberapa gejala klimakterium, salah satunya adalah *hot flash* yaitu kemerahan pada kulit kepala, dada, wajah, hingga leher yang terasa panas. Setelah seorang perempuan melewati masa menopause, maka perempuan tersebut akan mulai beranjak mendaki anak tangga dalam artian di sini disebut fase pascamenopause yaitu istilah yang ditetapkan untuk menyebut adanya gejala atau berhentinya menstruasi. Klimakterium dimulai pada akhir tahap reproduksi dan berakhir pada awal senium, masa ini berlangsung beberapa tahun sebelum dan setelah menopause (Hafifah Munawar, 2013).

Ada beberapa pengertian klimakterium dari beberapa ahli yang dapat kita pelajari lebih dalam. Seperti halnya menurut Kasdu (2002), klimakterium merupakan masa peralihan yang dilalui oleh seorang perempuan dari periode reproduksi ke periode nonreproduksi, fase terakhir dalam kehidupan perempuan atau pasca masa reproduksi berakhir. Pengertian lain, klimakterium mengacu pada periode kehidupan seorang perempuan saat ia berpindah dari tahap produktif ke tahap tidak reproduktif, yang mana hal tersebut disertai dengan terjadinya regresi fungsi ovarium (Bobak, 2005). Sedangkan menurut Adji (2007), klimakterium adalah berhentinya menstruasi yang disebabkan karena berhentinya proses fisiologis pada perempuan, akibat menurunnya estrogen tanpa obat-obatan dan intervensi.

Pengetahuan tentang masa klimakterium sama pentingnya dengan masa menopause, sehingga perempuan dapat mempersiapkan diri dalam menghadapi datangnya masa-masa tersebut. Perubahan fisik atau kondisi dalam tubuh seorang perempuan pada masa klimakterium atau menopause akan lebih mudah dihadapi apabila perempuan memiliki pengetahuan yang cukup tentang hal-hal yang berkaitan dengan klimakterium dan menopause. Menopause merupakan hal yang sifatnya kodrati dan alamiah. Tentu saja hal tersebut akan dialami oleh setiap perempuan. Setiap perempuan memiliki pengalaman yang tidak selalu sama perihal masa menopause ini, hal seperti itu dipengaruhi oleh perbedaan kondisi, pengetahuan, cara memaknai, dan penerimaan diri dari perempuan itu sendiri. Gejala-gejala yang di tampilkan pada saat menopause pada umumnya seperti wajah terasa panas dan kemerahan, vagina kering, dan suasana hati yang berubah-ubah.

Seorang perempuan yang memasuki usia menopause biasanya memiliki beberapa keluhan, seperti perubahan fisik dan peningkatan jumlah kerapuhan tulang (Baziad, 2003). Secara umum, gejala yang ditimbulkan oleh menopause adalah menstruasi tidak teratur, hot flushes (semburan panas, perubahan emosi), selain gejala-gejala tersebut perempuan menopause akan mengalami kecenderungan peningkatan jumlah kerapuhan tulang (osteoporosis) serta dapat lebih mudah terserang beberapa penyakit, seperti jantung dan pembuluh darah. Kerapuhan tulang yang terjadi pada perempuan menopause dapat menyebabkan peningkatan patah tulang. Sedangkan penyakit kardiovaskular yang terjadi adalah penyakit jantung koroner. Akibat lainnya, yaitu meningkatnya angka kanker payudara maupun endometrium (Baziad, 2003). Terjadinya klimakterium maupun menopause biasanya sangat dipengaruhi oleh hal-hal yang bersifat genetik, tetapi tidak menutup kemungkinan jika ada faktor lain yang dapat memengaruhi masa klimakterium maupun menopause seorang perempuan terjadi lebih awal dari biasanya. Faktor-faktor tersebut yaitu faktor sosial ekonomi dan status gizi.

Masih menurut Baziad (2003), perempuan yang mengalami kembar dizigot, perempuan dengan siklus haid memendek, perempuan nullipara, perempuan dengan diabetes melitus, perempuan perokok berat, perempuan kurang gizi, perempuan vegetarian, dan pada perempuan yang hidup pada ketinggian > 4000 m akan mengalami menopause lebih awal. Status gizi merupakan masalah kesehatan karena keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrient. Kesiapan menghadapi menopause sebaiknya dilakukan oleh seorang perempuan dengan mulai mengonsumsi makanan bergizi. Pemenuhan gizi yang seimbang dan memadai sangat membantu mencegah berbagai dampak negatif menopause terhadap kinerja otak, mencegah kulit kering, dan berbagai penyakit lainnya. Selain mencegah dampak negatif, mengonsumsi makanan sehat dengan gizi yang cukup juga dapat memungkinkan perempuan memperlambat datangnya masa menopause (Dewi Eliana, 2017). Selain status gizi dan perubahan fisik, yang perlu diperhatikan pada masa menopause adalah seberapa banyak pengetahuan yang dimiliki seorang perempuan untuk mengetahui bagaimana nantinya ia menghadapi masa-masa tersebut.

Dibahas dalam beberapa penelitian bahwa penerimaan terhadap klimakterium sangat tergantung pada tingkat pendidikan dan sosial perempuan bersangkutan dan tentu saja

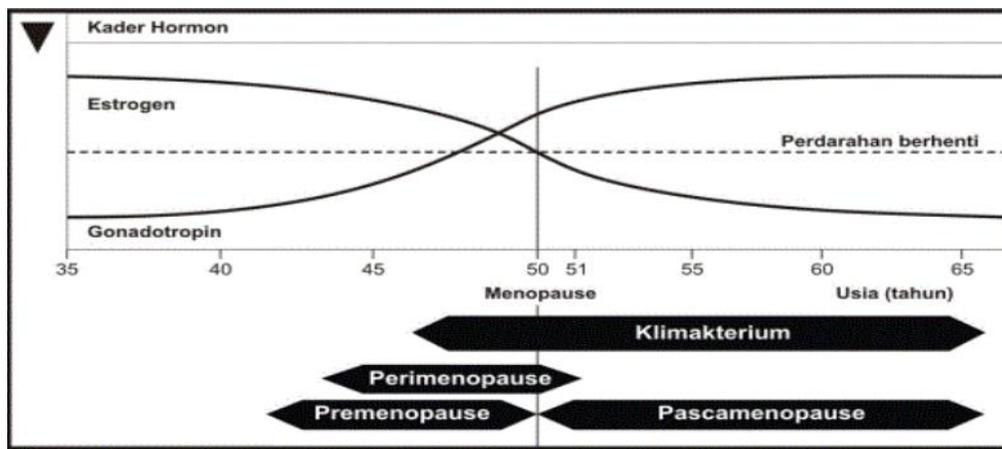
kemampuan perempuan dalam menyesuaikan diri. Semakin tinggi pendidikan dan status sosialnya, maka memicu timbulnya kesadaran perempuan akan datangnya masa klimakterium sehingga tindakan selanjutnya yang perlu dilakukan adalah mencari upaya untuk mengatasi gangguan yang menyertai datangnya masa klimakterium tersebut. Namun, biasanya jika tingkat pendidikan dan sosialnya rendah, maka dia sering tidak menyadari sedang dalam fase klimakterium maupun menopause. Dia cenderung akan mengira keluhan-keluhannya adalah akibat dari ketuaan, bukan disebabkan oleh hilangnya estrogen. Sama halnya dengan jika sakit pinggang, dikatakan sebagai sakit rematik akibat terlalu banyak melakukan pekerjaan berat. Dengan pemahaman yang salah, keluhan-keluhan fase klimakterium tidak akan dapat diperbaiki. Di kalangan perempuan dengan latar belakang status pendidikan dan sosial yang tinggi upaya dalam mengatasi dampak negatif klimakterium maupun menopause dapat lebih awal diantisipasi. Sebaiknya persiapan menghadapi fase klimakterium maupun menopause sudah mulai dilakukan sejak memasuki usia 30 tahun. Hal tersebut dikarenakan pada usia 40 tahun perempuan sudah mengalami penurunan hormon estrogen secara normal (Lannywati Ghani, 2009).

Selain memperhatikan asupan gizi yang cukup bagi tubuh, mencegah datangnya klimakterium lebih dini dilakukan dengan rutin melakukan olahraga; rajin mengonsumsi suplemen kalsium; minum susu atau makanan yang mengandung kalsium tinggi; membiarkan kulit, tangan, dan kaki terkena sinar matahari pagi setidaknya minimal setengah jam setiap harinya; serta melakukan banyak aktivitas fisik, seperti jalan kaki atau lari di pagi hari. Upaya seperti ini selain membawa dampak baik bagi kesehatan secara umum, juga berperan dalam membantu pembentukan masa tulang, sehingga dapat mencegah terjadinya osteoporosis.

B. KLIMAKTERIUM PREKOK

Klimakterium prekoks dapat pula disebut sebagai prematur menopause atau menopause yang terjadi lebih awal. Fase klimakterium prekoks terjadi pada usia sebelum 40 tahun yang terjadi secara alamiah maupun secara induksi, yaitu klimakterium yang disebabkan oleh adanya tindakan medis. Perempuan yang mengalami klimakterium lebih dini memiliki gejala yang mirip dengan menopause seperti *hot flushes*, gangguan emosi, kekeringan pada vagina, dan tentu saja penurunan gairah seksual (Baziad, 2003).

Gangguan atau berhentinya fungsi ovarium sebelum usia 40 tahun dapat menyebabkan menurunnya kadar estrogen. Akan tetapi, hal tersebut tidak terjadi pada hormon hipofisis yang tetap tinggi. Hormon hipofisis berfungsi untuk merangsang ovarium. Klimakterium prekok dapat dipicu oleh penyakit autoimun seperti lupus dan multiple sklerosis dikarenakan antibodi yang terbentuk cenderung menyerang reseptor FSH (Saraswati, 2010). Klimakterium prekok disebabkan karena adanya induksi atau tindakan medis, yang biasanya pada sebagian kecil perempuan disebabkan oleh pengangkatan kedua ovarium karena alasan tertentu, seperti adanya penyakit di dalam kedua ovarium serta efek samping dari tindakan kemoterapi.



Gambar 1.1. Perubahan Kadar Hormon Seks dari Kematangan Seksual sampai dengan Pascamenopause

Sumber: Baziad, 2003.

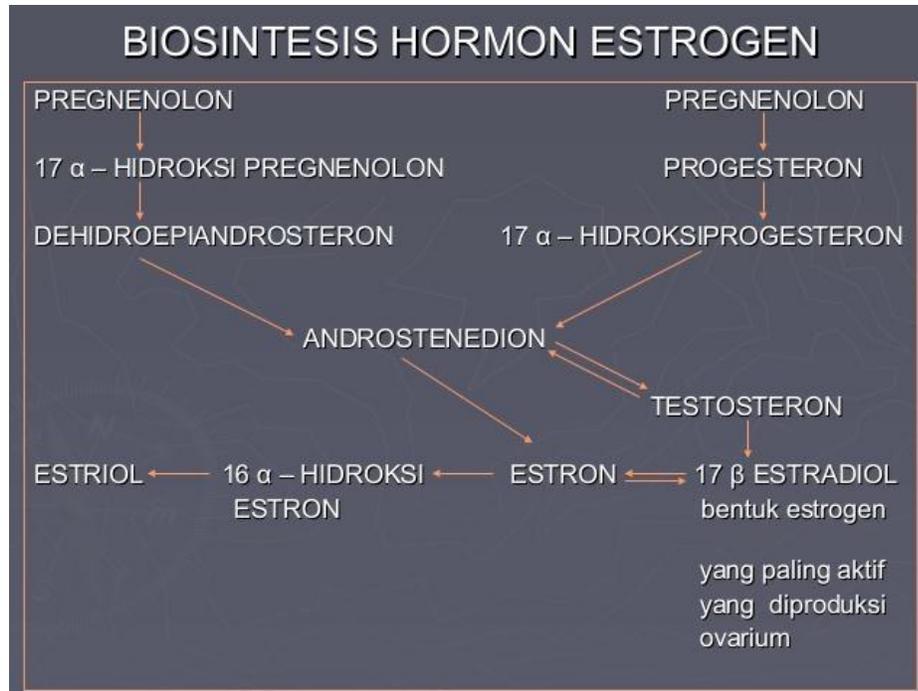
C. HORMON ESTROGEN

Hormon merupakan mediator kimia yang mengatur aktivitas sel ataupun organ tertentu. Hormon-hormon reproduksi dibuat di dalam testis ovarium dan adrenal korteks—yang berguna dalam pembentukan sperma maupun ovum, serta dapat membentuk sifat-sifat seks sekunder. Anabolik merupakan sifat dari hormon-hormon reproduksi yang disekresi oleh kelenjar adrenal, sama halnya dengan yang terjadi pada glukokortikoid dan mineralokortikoid. Hormon reproduksi seperti androgen dan estrogen berasal dari sel-sel zona retikularis dan fasikulata yang juga berperan dalam pembentukan sifat-sifat seks sekunder. Dalam hal ini, hormon reproduksi juga merupakan molekul steroid derivat dari

kolesterol. Posisi hormon reproduksi itu sendiri berada di sitoplasma, yang bergabung dengan protein reseptor spesifik. Hormon reproduksi terikat secara kompetitif, sehingga dapat membentuk kompleks hormon-reseptor. Kompleks pengikatan hormon reproduksi-reseptor berperan dalam mengatur pembentukan protein dan enzim dari sistem reproduksi. Pada fase selanjutnya, kompleks hormon reseptor-reseptor tersebut masuk ke inti dan terikat pada kromatin yang merupakan reversibel DNA yang kemudian dapat juga dijadikan bahan untuk membuat mRNA pada sintesis protein atau enzim sistem reproduksi. Biasanya dalam situasi tertentu, hormon reproduksi berada dalam konsentrasi tinggi maka hormon tersebut dapat bekerja secara langsung yakni melalui aktivitas enzim-enzim yang ada di membran sel-sel target.

Selain hormon progesteron dan testosteron, hormon estrogen juga termasuk ke dalam hormon reproduksi yang masuk dalam golongan hormon steroid yang mana reseptornya terletak di dalam sitosol sebelum pengikatan dengan hormon. Saat hormon steroid berkaitan ke reseptor sitosoliknya, maka kompleks hormon reseptor mulai terbentuk dan bergerak ke dalam nucleus. Pada bagian tersebut, reseptor dari kompleks mulai berinteraksi dengan DNA atau protein pengikat DNA yang berfungsi untuk merangsang transkripsi gen-gen spesifik (Cambell and Reece, 2008).

Hormon estrogen (C-18 ketosteroid) memiliki cincin asam amino aromatik yang di dalamnya terdiri dari struktur estradiol yang bersifat paling aktif dan struktur estron serta estriol yang bersifat tidak aktif. Hormon estrogen dapat disintesis dalam testis, ovarium, adrenal, plasenta, yang mana prekusornya berupa testosteron dan androstenedion. Estrogen utama yang terdapat pada urine berbentuk estriol. Fungsi utama dari hormon estrogen adalah untuk merangsang proliferasi sel dan pematangan jaringan organ-organ kelamin dan jaringan lain yang berkaitan dengan reproduksi. Hormon ini dapat menyebabkan timbulnya estrus, merangsang kontraksi pada uterus, merangsang pelepasan *symphysis pubis* pada waktu partus, dan menggerakkan pematangan sistem saluran kelenjar ambing untuk proses laktogenesis dan dapat pula menjadi pemicu percepatan *osifikasi epifise* tulang-tulang tubuh. Susunan saraf pusat menjadi salah satu target lainnya dari estrogen yang akan memodulasi sekresi LH dan FSH melalui sistem hipotalamus-hipofisis (Johnson and Everit, 1988).



Gambar 1.2. Biosintesis Hormon Estrogen

Sumber: <https://bit.ly/2NRQ10P>

Apabila seseorang mengalami kekurangan hormon estrogen, maka sudah dapat dipastikan bahwa orang tersebut akan mengalami beberapa gangguan pada organ tubuhnya. Gangguan tersebut dapat berupa terjadinya penurunan aliran darah ke otak dan dapat memengaruhi kinerja neurotransmitter yang ada di otak. Selain itu, kekurangan hormon estrogen juga dapat menyebabkan terjadinya infeksi pada kandung kemih. Dapat pula menjadi penyebab kistunya payudara. Pada organ lain, seperti tulang kekurangan hormon estrogen serta dapat menghambat pembentukan dan penyerapan kalsium oleh tulang. Maka dari itu, kekurangan hormon estrogen dapat menyebabkan terjadinya osteoporosis (Sulistiyawati dan Proverawati, 2010).

Kondisi hormon pada perempuan klimakterium yang telah memasuki masa tua dengan umur menginjak 40 tahun. Pertambahan usia seorang perempuan disertai dengan berkurangnya jumlah folikel dalam ovarium yang secara otomatis dapat menurunkan kemampuannya dalam merespons rangsangan hormon-hormon hipofisis, khususnya pada hormon steroid. Pada saat dilahirkan, seorang perempuan memiliki sekitar 750.000 folikel primordial, namun dalam proses kehidupannya mengalami penurunan yang terjadi pada saat

perempuan memasuki usia 40-44 tahun. Penurunan yang terjadi dapat mencapai 8300 buah. Dalam beberapa jurnal disebutkan bahwa penurunan folikel primordial pada perempuan disebabkan oleh dua hal, yaitu adanya proses ovulasi pada setiap siklus (menstruasi setiap bulan) dan penyebab lainnya yaitu adanya apoptosis (folikel primordial yang mati dan terhenti pertanamannya). Proses seperti ini ternyata akan terus terjadi sepanjang kehidupan perempuan hingga pada usia 50 tahun (etheses.uin-malang.ac.id).

BAB 2

PATOFISIOLOGI KLIMAKTERIUM

Kesehatan reproduksi merupakan perkara yang penting untuk diperhatikan bagi perempuan, kesehatan reproduksi dapat diartikan sebagai kesehatan secara fisik maupun mental dan tentu saja mencakup pula kesehatan sosial secara utuh pada semua hal yang memiliki hubungan baik dengan sistem maupun fungsi reproduksi, tidak hanya serta merta diartikan sebagai kondisi yang bebas dari penyakit atau kecacatan. Informasi tentang kesehatan reproduksi lebih baik bukan hanya diperoleh oleh perempuan saja, tetapi juga oleh laki-laki. Hal ini berkaitan dengan upaya mendapatkan akses terhadap berbagai metode keluarga berencana yang lebih aman, efektif, terjangkau, serta metode-metode pengendalian kelahiran lainnya yang mereka pilih dan tentu saja yang tidak bertentangan dengan peraturan maupun perundang-undangan yang berlaku (Kusmiran, 2011).

Hak-hak reproduksi diantaranya yaitu hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi, hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi, hak kebebasan berpikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi, hak untuk dilindungi dari kematian karena kehamilan, hak untuk menentukan jumlah maupun jarak kehamilan, hak atas kebebasan dan keamanan yang berkaitan dengan kehidupan reproduksinya, hak untuk bebas dari penganiayaan, serta hak untuk bebas dari perlakuan buruk—termasuk perlindungan dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan, dan pelecehan seksual. Hak lainnya juga meliputi hak mendapatkan manfaat atas kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, hak untuk membangun dan merencanakan keluarga, hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kesehatan reproduksi, serta hak atas kebebasan dalam berkumpul maupun berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi (Yully Andriani, 2013).

Secara endokrinologis, masa klimakterium ditandai oleh turunnya kadar estrogen dan meningkatnya pengeluaran gonadotropin (Prawirohardjo, 2001). Kekurangan hormon estrogen ini menyebabkan menurunnya berbagai fungsi *degenerative* ataupun endokrinologik dari ovarium yang menimbulkan rasa cemas pada sebagian besar wanita. Keluhan-keluhan pada masa ini disebabkan oleh sindroma klimakterik. Sindroma ini dialami oleh seluruh penduduk dunia,

tercatat di Eropa sekitar 70-80%, Amerika sekitar 60%, Malaysia sekitar 57%, China 18%, dan di Jepang, serta di Indonesia 10% (Fajri, 2005). Dalam tubuh seorang perempuan terdapat empat kelenjar endokrin yang mana keempatnya tersebut menghasilkan hormon reproduksi, yaitu kelenjar hipofisia, kelenjar ovarium, endometrium, dan testis. Kelenjar ovarium yang menghasilkan tiga hormon yaitu estrogen, progesteron, dan relaksin. Hormon estrogen dihasilkan oleh ovarium, estrogen berguna untuk pembentukan ciri-ciri perkembangan seksual pada betina, yaitu pembentukan payudara, lekuk tubuh, rambut kemaluan, dan lain-lain. Hormon progesteron mempertahankan ketebalan endometrium, sehingga dapat menerima implantasi zigot, mengatur pembentukan plasenta, dan produksi air susu (Heni Puji Wahyuningsih, 2017).

Sebelum seorang perempuan mengalami menopause, terlebih dahulu terjadi perubahan tubuh pada ovarium berupa *sclerosis vaskuler*, adanya pengurangan jumlah folikel primordial, hal lain yang terjadi yaitu terdapat penurunan aktivitas sintesa hormon steroid. Sedangkan penurunan hormon estrogen akan mulai berlangsung pada awal masa klimakterium dan akan terus mengalami penurunan pada masa menopause, serta akan mencapai kadar terendah setelah melewati masa menopause yang disebut masa pascamenopause. Penurunan yang demikian dapat menyebabkan berkurangnya reaksi umpan balik negatif terhadap *hypothalamus*, yang mana pada gilirannya dapat juga menyebabkan peningkatan produksi gonadotropin, sehingga hal demikian dapat memengaruhi pola hormonal perempuan klimakterium menjadi hipergonadotropin, dan hipogonadisme. Dengan menurunnya kadar estrogen pada tubuh seorang perempuan, maka secara tidak langsung fungsi fisiologi hormon tersebut akan terganggu (Danny Satrio, 2014).

Pada umumnya, klimakterium terjadi pada perempuan usia sekitar 46-55 tahunan. Klimakterium dapat pula disebut sebagai masa peralihan yang dilalui oleh seorang perempuan dari masa periode produktif ke periode nonreproduktif. Tanda-tanda atau gejala yang timbul adalah sebagai akibat dari masa peralihan, yang juga sering disebut sebagai tanda atau gejala menopause. Biasanya periode tersebut berlangsung pada 5-10 tahun sekitar menopause, yakni 5 tahun sebelum menopause dan 5 tahun sesudah menopause. Tentu saja pada masa ini kondisi reproduksi perempuan sudah mulai mengalami penurunan. Menurut Kasdu (2002), klimakterium berlangsung dalam beberapa tahapan diantaranya sebagai berikut:

A. PREMENOPAUSE

Premenopause yaitu masa belum berlangsungnya menopause yang mana dimulai sejak fungsi reproduksi mulai terganggu, sehingga cenderung mengalami penurunan, sampai timbulnya keluhan-keluhan atau tanda-tanda terjadinya menopause. Mulai pada usia 40 tahun perdarahan terjadi karena terdapat indikasi penurunan hormon estrogen, insufisiensi *corpus luteum*, serta kegagalan proses evolusi yang menyebabkan terjadinya kelainan haid yang bermanifestasi seperti amenorrhea, polymenorrhea, dan hypermenorrhea.

Perempuan yang masih mengalami haid dalam waktu 12 bulan sebelumnya dianggap sedang dalam masa premenopause. Menopause alamiah adalah perdarahan surut terakhir yang berkaitan dengan berkurangnya fungsi ovarium dan terjadinya klimakterium. Sedangkan datangnya haid terakhir baru dapat diketahui setelah mengalami 12 bulan amenorrhea. Menopause artifisial terjadi akibat dari tindakan pengangkatan atau radiasi ovarium dan uterus. Amenorrhea dan infertilitas akan selalu diikuti oleh gejala-gejala atau keluhan-keluhan klimakterik.

B. PERIMENOPAUSE

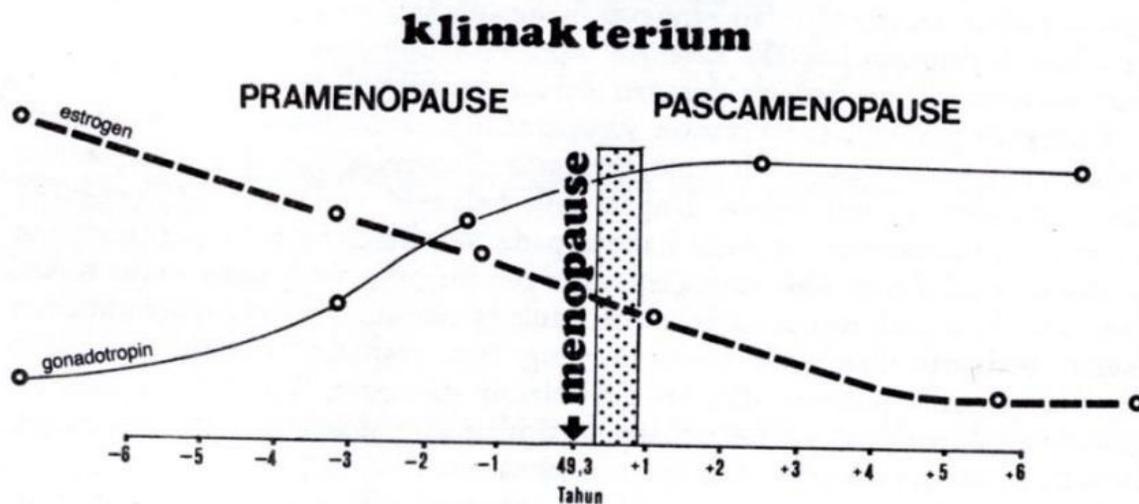
Perempuan klimakterium mulai mengalami keluhan yang memuncak dengan rentang 1-2 tahun sebelum menopause dan 1-2 tahun sesudah menopause. Pada masa ini, perempuan mengalami masa akhir dari datangnya haid sampai berhentinya haid. Pada masa ini, menopause masih berlangsung. Timbulnya keluhan sistematik erat kaitannya dengan vasomotor, keluhan yang sering dijumpai ialah berupa gejalak panas (*hot flushes*), berkeringat jauh lebih banyak dari sebelumnya, mengalami depresi, dan sensitif—lebih sering tersinggung.

Perimenopause terutama dipakai untuk tujuan-tujuan klinik yang mengacu pada perubahan-perubahan pola haid dalam masa klimakterium sebagai akibat dari gangguan atau berkurangnya fungsi ovarium. Masa perimenopause berlangsung sejak haid mulai tidak teratur dan pada saat mulai timbul keluhan-keluhan, yaitu pada usia 45 tahun sampai dengan 55 tahun. Gampangannya, masa perimenopause adalah masa yang terdiri dari masa premenopause yang berlangsung pada usia 45-48, masa menopause yang berlangsung pada usia 49-51, dan usia postmenopause yang berlangsung pada usia 52-55.

C. POSTMENOPAUSE

Merupakan masa setelah menopause sampai senilis. Masa tersebut berlangsung kurang lebih 3-5 tahun setelah masa menopause. Pada masa ini, timbul keluhan lokal pada sistem urogenital bagian bawah, atrofi vulva, vagina yang dapat menimbulkan berkurangnya produksi lender dan menimbulkan nyeri pada saat bersenggama.

Pasca periode klimakterium berakhir, selanjutnya seorang perempuan akan mengalami fase lain dalam periode postmenopause dan selanjutnya periode senilis. Definisi masa pascamenopause sendiri yaitu fase di mana ovarium sudah tidak dapat berfungsi sama sekali, hal demikian dikarenakan kadar estradiol dalam tubuh berada antara 20-30 pg/ml, sedangkan hormon gonadotropin justru mengalami peningkatan. Peningkatan hormon gonadotropin tidak lain disebabkan oleh terhentinya reproduksi inhibin dalam jumlah yang cukup besar akibat tidak tersedianya folikel dalam jumlah yang cukup (Baziad, 2003).



Gambar 2.1. Perubahan Hormon pada masa Klimakterium

Sumber: Sastrawinata, 2006.

Pada usia 40-50 tahun, biasanya terjadi ketidakteraturan siklus seksual dan ovulasi sering tidak terjadi. Hal tersebut dapat berlangsung sesudah beberapa bulan sampai beberapa tahun, siklus tersebut juga dapat terhenti sama sekali. Periode ketika siklus berhenti dan hormon-hormon yang dimiliki perempuan pelan-pelan menghilang dengan cepat sampai hampir tidak ada, maka hal tersebut disebut dengan masa menopause. Penyebab menopause tidak lain

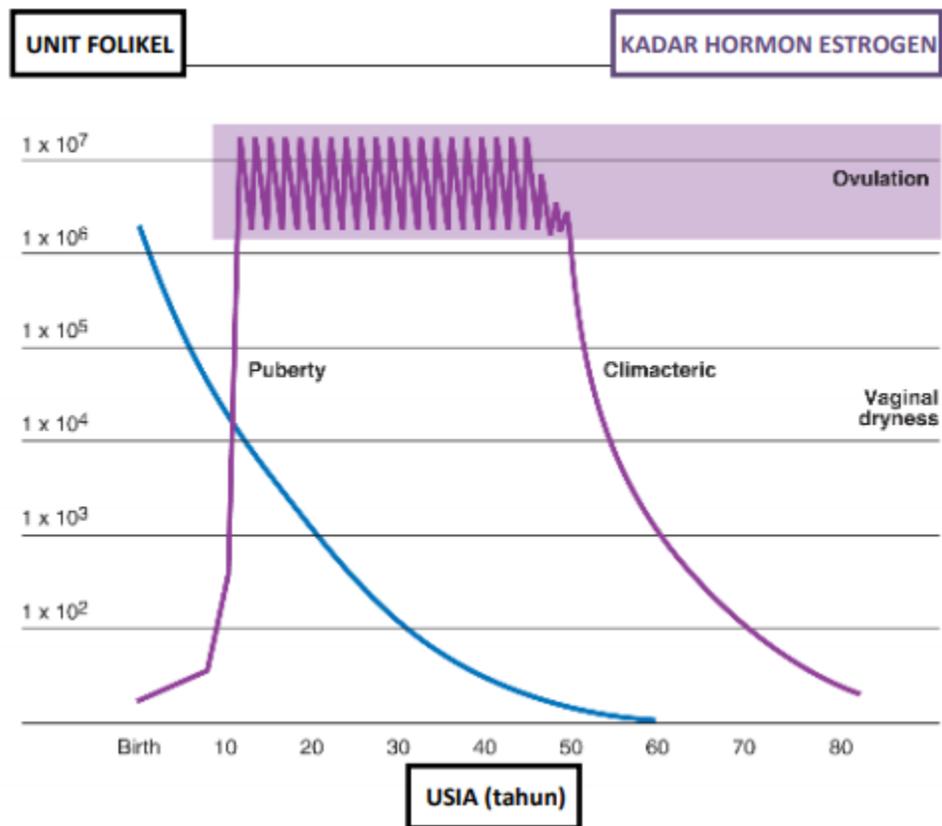
adalah karena ovarium tidak berfungsi dengan baik. Sepanjang kehidupan seksual seorang perempuan, kira-kira 400 folikel matang dan berevolusi, serta ratusan dari ribuan ovum yang ada mengalami degenerasi. Pada saat perempuan mulai memasuki usia 45 tahun, di dalam tubuhnya hanya tinggal folikel-folikel primordial yang kemudian akan dirangsang oleh FSH dan LH, maka produksi estrogen dari ovarium cenderung berkurang sewaktu jumlah folikel primordial mencapai nol. Pada saat produksi estrogen turun hingga mencapai nilai kritis, maka estrogen tidak lagi menghambat proses produksi gonadotropin FSH dan LH. Akan tetapi, yang terjadi justru sebaliknya, yakni gonadotropin FSH dan LH. Terlebih FSH diproduksi sesudah menopause dalam jumlah yang lebih besar dan bersifat *continue*, tapi ketika folikel primordial yang tersisa menjadi atretik, produksi estrogen oleh ovarium juga mengalami penurunan secara nyata hingga menjadi nol (Guyton, 2011).

Tidak menutup kemungkinan bahwa kadar estrogen pada perempuan pramenopause juga tetap dalam keadaan relatif stabil atau justru mengalami peningkatan. Kadar demikian tidak berkurang selama jangka waktu satu tahun sebelum periode menstruasi berakhir. Sebelum memasuki fase menopause, hormon estrogen yang dihasilkan oleh tubuh seorang perempuan adalah estradiol. Namun, selama masa pramenopause tubuh perempuan menjadi jauh lebih banyak menghasilkan hormon estrogen dari jenis yang berbeda—disebut estron yang diproduksi dalam indung telur dan lemak tubuh. Dalam fase ini, kadar testosteron biasanya tidak mengalami penurunan yang berarti selama masa pramenopause. Namun, fakta lain menunjukkan bahwa indung telur pascamenopause pada kebanyakan perempuan mengeluarkan testosteron jauh lebih banyak ketimbang indung telur pada masa pramenopause. Menurut Fritz (2010), kadar estradiol serum pada perempuan pascamenopause berkisar antara 10-20 pg/ml yang mana sebagian besarnya merupakan hasil dari konversi estron yang telah diperoleh dari konversi perifer androstenedion. Kadar estrogen pada perempuan menopause juga sangat bergantung dengan konversi androstenedion dan testosterone, sehingga menjadi estrogen.

Masih menurut Fritz (2010), dalam sebuah penelitian di Australia, ditemukan kadar testosteron dalam sirkulasi yang tidak berubah sejak lima tahun hingga tujuh tahun setelah fase menopause. Androstenedion merupakan androgen utama yang diproduksi oleh folikel yang sedang mengalami perkembangan. Terhentinya perkembangan folikuler pada

perempuan pascamenopause, maka kadar androstenedion turun hingga mencapai 50% dan setelah menopause hanya sekitar 20% androstenedion saja yang disekresi oleh ovarium. Dehidroepiandrosteron (DHEA) dan dehidroepiandrosteron sulfat (DHEAS) terutama dihasilkan oleh kelenjar adrenal (<25% oleh ovarium).

Dengan penuaan, produksi DHEA turun hingga 60% dan DHEAS turun 80%. Dalam hal ini, berat badan memiliki korelasi yang positif dengan kadar estron dan estradiol di sirkulasi dengan adanya konversi androstenedion menjadi estrogen. Namun dengan penuaan, kontribusi adrenal sebagai prekursor produksi estrogen menjadi tidak adekuat. Hubungan kadar hormon estrogen dengan usia digambarkan pada grafik di bawah ini:



Gambar 2.2. Hubungan Kadar Hormon Estrogen dengan Usia

Sumber: Fritz, 2010.

BAB 3

GEJALA KLIMAKTERIUM

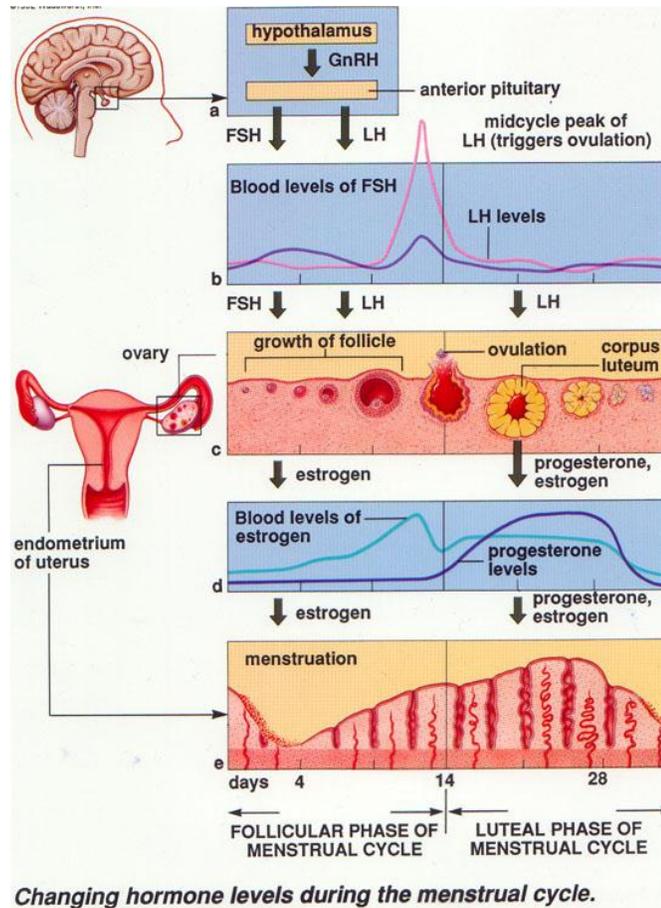
Masa klimakterium merupakan masa yang ditandai dengan berbagai macam keluhan endokrinologis. Gejala klimakterium bermula dari berbagai macam keluhan endokrinologis dan vegetatif. Secara endokrinologis, masa klimakterium ditandai oleh berkurangnya kadar estrogen, serta mulai meningkatnya pengeluaran gonadotropin. Dalam hal ini, kekurangan hormon estrogen ini menjadi sebab atas menurunnya berbagai fungsi degeneratif maupun endokrinologik dari ovarium yang dapat menimbulkan rasa cemas pada beberapa perempuan yang memasuki fase klimakterium. Keluhan-keluhan pada fase ini disebabkan karena sindrom klimakterik. Pada umumnya perempuan mengalami beberapa gejala klimakterium atau menopause, yaitu sebagai berikut:

A. PERDARAHAN

Perdarahan yang dimaksud pada masa klimakterium adalah adanya ketidakteraturan perdarahan yang keluar dari vagina. Ketidakteraturan tersebut lebih sering terjadi pada fase pertama saat memasuki menopause. Lebih dari 90% perempuan perimenopause mengalami perubahan siklus haid, dimulai dengan siklus haid yang terjadi lebih pendek berkisar antar 2-7 hari. Tidak teraturnya siklus haid terjadi karena tidak ada kelemahan yang terjadi pada masa luteal atau sesudah lonjakan estradiol yang diikuti dengan ovulasi dan pembentukan korpus luteum. Pada masa klimakterium tidak menutup kemungkinan juga terjadi pemanjangan siklus haid, sama halnya dengan haid yang tidak teratur (Shifren, 2007).

Siklus haid yang ideal adalah melalui empat fase, yang pertama yaitu fase menstruasi di mana fase ini dikatakan sebagai fase pendewasaan pada perempuan secara fungsi organ reproduksi dengan ditandai luruhnya sel ovum matang yang tidak dibuahi, yang terjadi secara bersamaan dengan dinding endometrium yang robek, yang mana dalam hal ini juga dapat diakibatkan karena berhentinya sekresi hormon estrogen dan progesteron, sehingga kandungan hormon di dalam darah menjadi tidak ada. *Kedua*, fase ini harus ditempuh seorang perempuan agar siklus haidnya ideal, yakni fase proliferasi atau folikuler yang ditandai dengan menurunnya kadar hormon progesteron dalam tubuh, sehingga dapat

memacu kelenjar hipofisi untuk mensekresikan FSH dan juga merangsang folikel dalam ovarium, serta dapat membuat hormon estrogen diproduksi kembali. Sel folikel berkembang menjadi folikel de Graaf yang masak dan menghasilkan hormon estrogen yang dapat merangsang keluarnya LH dari hipofisis. Estrogen dapat menjadi penghambat terjadinya sekresi FSH, tetapi di sisi lain juga dapat memperbaiki dinding endometrium yang telah robek. *Ketiga*, fase ovulasi atau fase luteal yang mana ditandai dengan sekresi LH yang memacu matangnya sel ovum pada hari ke-14 sesudah menstruasi pertama. Sel ovum yang matang akan meninggalkan folikel dan folikel akan mengkerut, lalu berubah menjadi *corpus luteum* yang menghasilkan hormon progesteron untuk mempertebal dinding endometrium yang terkenal kaya akan pembuluh darah. *Keempat*, dalam siklus haid yang ideal fase pascaovulasi atau disebut juga fase sekresi ditandai dengan *corpus luteum* yang mengecil dan menghilang, lalu berubah menjadi *corpus albicans* yang berfungsi untuk menghambat sekresi hormon estrogen dan progesteron, sehingga yang terjadi kemudian adalah hipofisis aktif mensekresikan FSH dan LH. Secara tidak langsung dengan terhentinya sekresi progesteron, maka sama artinya dengan proses penebalan dinding endometrium akan terhenti, sehingga hal ini akan menjadi sebab endometrium mengering dan berpotensi robek, dan pada saat itu mulai terjadi fase pendarahan atau fase haid (<http://staff.unila.ac.id>).



Gambar 3.1. Siklus Haid

Sumber: <https://bit.ly/2NtBEiR>

B. VASOMOTOR

Gejala vasomotor sedikit banyak dapat memengaruhi perempuan pada masa premenopause. 75% wanita di Indonesia, mengalami gejala vasomotor, dan biasanya terjadi dalam kurun waktu 1-2 tahun setelah fase menopause. Akan tetapi, pada sebagian perempuan gejala tersebut dapat berlangsung selama lebih dari 10 tahun. *Hot flashses* menjadi salah satu alasan utama bagi perempuan dalam mencari perawatan saat berada dalam fase menopause, begitupun juga dengan permintaan akan pengobatan terapi hormonal. Banyak perempuan yang mengeluhkan bahwa pada masa transisi menopause, perempuan cenderung lebih sulit berkonsentrasi karena terjadi ketidakstabilan emosional (Shifren, 2007).

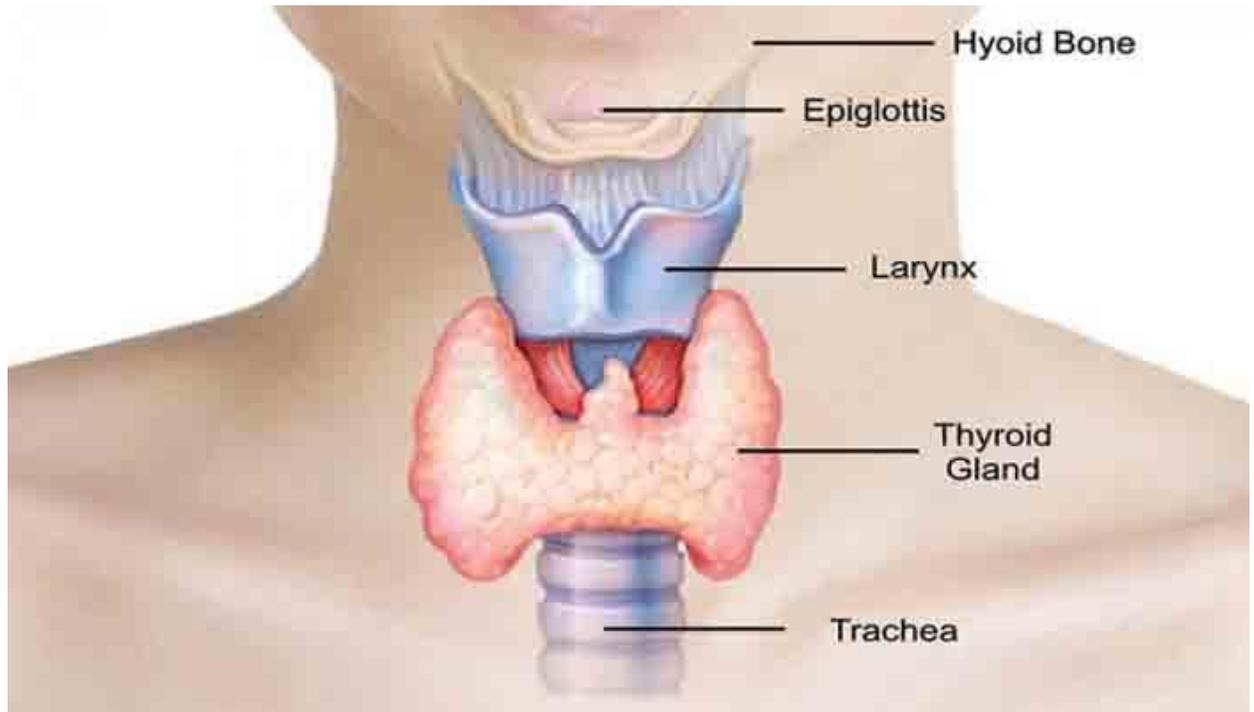
Keluhan vasomotor dimulai sejak masa klimakterium sampai masa pascamenopause. Dengan menurunnya kadar estrogen, sangat berpengaruh pada sistem parasimpatis, sehingga

kekurangan estrogen itu menjadi sebab bagi munculnya reaksi vasomotorik berupa gejala panas, banyak mengeluarkan keringat, merasa pusing atau nyeri pada bagian kepala, jantung berdebar-debar lebih kencang, dan sering mengalami insomnia. Ketidakstabilan vasomotor ini disebabkan oleh defisiensi estradiol yang menghilangkan prekursor sintesis estrogen-katekolamin, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan kendali simpato-hipotalamik yang dapat memengaruhi pengaturan panas dan sistem kardiovaskuler. Selama masa prodromal terjadi semburan panas, kadar adrenalin serum menjadi lebih meningkat dan mengakibatkan palpitasi. Sekitar 30 detik kemudian, noradrenalin serum menjadi menurun yang juga dapat mengakibatkan vasodilatasi dan peningkatan aliran darah. Vasodilatasi terbatas hanya pada kulit muka, lengan atas, dan tangan. Vasodilatasi dan peningkatan aliran darah dapat meningkatkan temperatur pada kulit dan mengakibatkan perseperasi. Semburan panas dan keluarnya keringat yang berlebihan merupakan bagian dari mekanisme kompensasi untuk mengadakan sinkronisasi antara temperatur sentral dengan menghilangkan panas perifer (repository.usu.ac.id).

Insiden tiroid mengalami peningkatan sejalan dengan pertumbuhan usia seorang perempuan, sehingga pada saat perempuan memasuki fase klimakterium penting baginya untuk melakukan pemeriksaan terhadap fungsi tiroid, terlebih jika ditemukan gejala vasomotor yang khas atau resisten terhadap terapi hormonal yang diberikan pada perempuan menopause. Tiroid merupakan kelenjar endokrin murni terbesar dalam tubuh manusia, terletak di leher bagian depan, yang terdiri dari dua bagian yaitu lobus kanan dan lobus kiri. Panjang kedua lobus masing-masing 5 cm yang menyatu di garis tengah dan berbentuk seperti kupu-kupu. Penyakit atau gangguan tiroid adalah suatu kondisi di mana terdapat kelainan pada seseorang yang diakibatkan oleh adanya gangguan pada kelenjar tiroid, baik itu berupa perubahan bentuk kelenjar maupun perubahan fungsi (berlebihan, berkurang, atau normal) (Shifren, 2007).

Kelenjar tiroid menghasilkan hormon tiroid, seperti tiroksin (T4) dan triiodotironin (T3). Pembentukan hormon tiroid dapat dipengaruhi oleh mekanisme umpan balik yang melibatkan hormon Thyroid Stimulating Hormon (THS). Apabila terjadi peningkatan hormon tiroid maka THS menurun dan sebaliknya jika produksi hormon tiroid tidak mencukupi kebutuhan maka produksi THS meningkat. Hormon tiroid berperan penting

dalam berbagai proses metabolisme seperti metabolisme protein, karbohidrat, dan lemak serta aktivitas fisiologik pada hampir semua sistem organ tubuh manusia. Kekurangan maupun kelebihan hormon tiroid dapat mengganggu beragam proses metabolisme dan aktivitas fisiologi serta memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan berbagai jaringan termasuk sistem saraf dan otak (Kementerian Kesehatan RI, 2015).



Gambar 3.2. Kelenjar Tiroid

Sumber: <https://bit.ly/2O4o4Q8>

C. ATROFI UROGENITAL

Sistem genital, uretra, dan trigonum vesikalis adalah organ yang bersifat ‘estrogen dependen’ dan secara gradual mengalami atrofi pascamenopause. Terjadinya penipisan vagina menyebabkan dispareunia dan perdarahan, hilangnya glikogen vagina menyebabkan peningkatan pH yang merupakan predisposisi infeksi lokal. Inkontinensia urine dapat disebabkan oleh atrofi trigonum vesikalis. Berbeda dengan *hot flushes*, keluhan atrofi muncul bertahun-tahun setelah menopause dan tidak akan membaik secara spontan dengan pemberian estrogen sistemik. Atrofi genitourinari menyebabkan berbagai gejala yang dapat memengaruhi kualitas hidup. Uretritis dengan disuria, inkontinensia urgensi, dan frekuensi

urinarius adalah hasil lebih lanjut dari penipisan mukosa, dalam hal ini, dari uretra dan kandung kemih (Baziad, 2002).

Kehilangan maupun penurunan kadar estrogen secara tidak langsung dapat menyebabkan vagina mengalami kehilangan kolagen, jaringan adipose, dan kemampuan untuk menahan air, sehingga yang terjadi adalah dinding vagina menyusut, rugae akan merata dan bisa jadi menghilang. Epitel permukaan juga akan kehilangan lapisan luar yang berserat dan kemudian menipis ke beberapa lapisan sel dan mengurangi rasio antara sel superfisial dan sel basal. Hal-hal demikian dapat menyebabkan permukaan vagina menjadi lebih rentan terhadap perdarahan dengan trauma minimal. Selain itu kehilangan estrogen juga dapat menjadikan pembuluh darah di dinding vagina berkurang dan mengalami sekresi dari kelenjar sebaceous yang juga berkurang. pH menjadi lebih alkali yang rentan terhadap infeksi oleh patogen urogenital dan fekal. *Dyspareunia* yang kadang-kadang disertai dengan perdarahan pascakoitus merupakan konsekuensi yang harus ditanggung akibat berkurangnya lubrikasi vagina (Spareoff et al., 2005).

D. EFEK PSIKOLOGIS

Kestabilan emosi selama masa perimenopause akan terganggu, hal tersebut salah satunya disebabkan oleh pola tidur yang buruk. *Hot flushes* yang dialami oleh perempuan klimakterium akan memengaruhi dan merugikan kualitas tidur seseorang. Perempuan menopause biasanya melakukan terapi estrogen untuk mengembalikan atau meningkatkan kualitas tidur. Terapi estrogen merupakan pemberian hormon pengganti estrogen pada perempuan menopause. Terapi ini juga dikenal dengan nama *Replacement Therapy* (ERT). Pemberian estrogen biasanya dibarengi pula dengan pemberian hormon progesteron, maka dikenal istilah Terapi Pengganti Hormon (THS) atau *Hormone Replacement Therapy* (HRT). Pemberian hormon yang dikombinasikan—hormon estrogen dan progesteron—bertujuan untuk mencegah kanker endometrium dan kanker payudara, meskipun hal tersebut masih diperdebatkan, sehingga banyak ahli menyarankan agar tetap dilakukan pemberian progesteron meskipun uterusnya telah diangkat (Raditya Wratsangka, 1999).

Pemberian hormon estrogen dan progesteron melalui terapi bukan sesuatu yang tanpa risiko. Efek samping yang muncul akibat melakukan terapi sulih hormon umumnya disebabkan oleh dosis hormone, yang diberikan terlalu tinggi, kurang atau lebih rendah dari

yang seharusnya. Efek samping tersebut menurut Raditya Wratsangka (1999), dapat berupa sebagai berikut:

1. Nyeri payudara yang ditimbulkan dari tingginya estrogen sehingga dosis estrogen yang diberikan perlu diturunkan, meskipun tidak menutup kemungkinan disebabkan pula oleh tingginya dosis progesteron, tapi insiden seperti itu jarang sekali terjadi.
2. Adanya peningkatan berat badan setelah melakukan terapi. Hal ini disebabkan oleh retensi cairan yang dipicu oleh adanya estrogen yang tinggi. Oleh sebab itu, dosis pemberiannya perlu diturunkan.
3. Perdarahan bercak (*spotting*) yang disebabkan oleh dosis estrogen yang rendah, sehingga dosis pemberian estrogen justru harus dinaikkan. Akan tetapi, perdarahan bercak juga dapat disebabkan oleh dosis progesterone yang tinggi, maka dosis pemberian progesteron perlu untuk diturunkan.
4. Perdarahan banyak (atipik) disebabkan oleh dosis estrogen yang tinggi, sehingga dosis estrogen perlu diturunkan, sedangkan dosis progesteron dinaikkan. Apabila dengan cara tersebut masih terjadi perdarahan dalam jumlah banyak, maka sudah pasti dianjurkan untuk dilakukan dilatasi dan kuretase. Dalam hal ini apabila hasil pemeriksaan patologi anatomik (PA) menunjukkan *hyperplasia adenomatosa*, maka segera dianjurkan untuk histerektomi. Jika pasien merasa keberatan memilih jalan histerektomi, maka terapi diteruskan dengan catatan pemberian progesteron saja tanpa memberikan estrogen. Selain itu, dilakukan mikrokuret setiap 3 bulan. Jika hasil PA menunjukkan *hyperplasia kistik*, maka terapi sulih hormon dapat dilanjutkan melalui pemberian progesteron dengan dosis yang lebih tinggi, semisal dosis estrogen 0,625 mg dan progesteron 10 mg/hari. Pasien juga dianjurkan untuk melakukan mikrokuret selama tiga bulan.
5. Pasca menjalani terapi sulih hormon, perempuan menopause cenderung mengeluhkan sakit kepala (migren) dan leukorea (keputihan). Keluhan-keluhan tersebut disebabkan oleh estrogen yang terlalu tinggi sehingga dosis pemberian mestinya dikurangi.
6. Hal lain yang dirasakan pasien pasca terapi adalah pruritus berat yang disebabkan karena efek estrogen, sehingga ada baiknya pemberian estrogen segera dihentikan dan hanya diberikan progesteron saja.

E. GANGGUAN FUNGSI SEKSUAL

Gangguan fungsi seksual atau disfungsi seksual merupakan gejala yang umum dirasakan oleh perempuan pada fase menopause, meskipun insidensi dan etiologi yang tepat masih menjadi teka-teki. Disfungsi seksual yang terjadi pada perempuan menopause meliputi gangguan pada dorongan dan terjadinya bangkit seksual. Etiologi disfungsi seksual disebabkan oleh banyak faktor yang mana masalah psikologis juga termasuk di dalamnya. Masalah psikologis tersebut dapat berupa depresi ataupun gangguan kecemasan, konflik dalam hubungan, masalah yang berkaitan dengan penyimpangan seksual, gangguan obat, atau masalah fisik yang membuat aktivitas seksual menjadi tidak nyaman seperti endometriosis atau artrofagi vaginitis. Perubahan respons seksual terjadi pada perempuan menopause, yakni fase rangsangan (*excitement* dan *plateau*) menjadi lebih memanjang. Fase orgasme tidak terjadi, sehingga ada ketidakpuasan dalam berhubungan seksual dan fase resolusi yang tidak terjadi perubahan dibanding sebelum menopause. Pada masa menopause, terjadi penurunan sirkulasi estrogen yang mengakibatkan mayoritas perempuan menopause mengalami perubahan dalam fungsi seksualnya yaitu terjadi kesulitan mencapai orgasme (Dennerstein, 2006).

Ketidaknyamanan lain yang dirasakan perempuan menopause terkait disfungsi seksual adalah penurunan gairah atau hasrat seksual, merasakan nyeri pada saat berhubungan seksual karena lubrikasi pada vagina yang berkurang, dan penurunan durasi hubungan seksual. Tentu saja keluhan demikian dapat mengakibatkan adanya ketidakpuasan dalam berhubungan seksual, serta berkurangnya frekuensi melakukan hubungan seksual. Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian sebelumnya bahwa perempuan menopause yang tidak menggunakan *Hormone Replacement Therapy* (HRT) mengalami perubahan dalam berhubungan seksual, yaitu terjadi penurunan hasrat seksual, penurunan frekuensi hubungan seksual, penurunan kepuasan hubungan seksual, dan timbul ketidaknyamanan pada vagina seperti mendapati vagina yang kering, serta mengalami *dyspareunia* (Bachman, 1985).

Disfungsi sosial perempuan secara tradisional terbagi menjadi gangguan minat/keinginan seksual atau libido, gangguan birahi, nyeri atau rasa tidak nyaman dan hambatan dalam

mencapai puncak atau orgasme. Menurut DSM IV dari American Psychiatric Association, dan ICD-10 dari WHO, disfungsi seksual perempuan terbagi menjadi empat kategori yaitu:

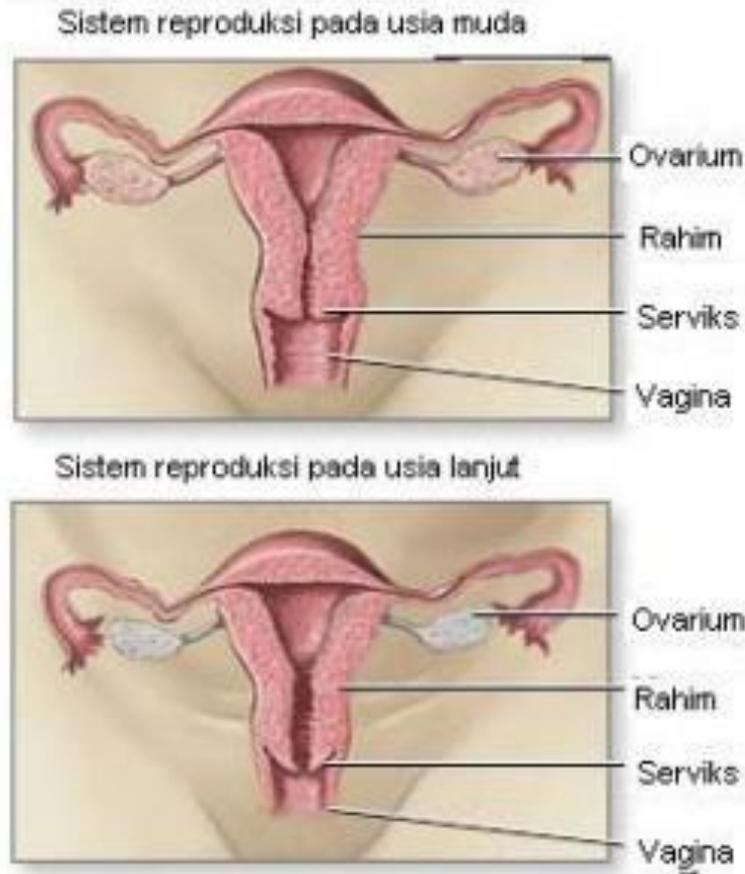
1. Adanya gangguan minat atau keinginan seksual (*desire disorders*) yaitu berkurang dan hilangnya pikiran atau khayalan tentang seks dan minat untuk melakukan hubungan seks, atau takut dan malah cenderung menghindari hubungan seks.
2. Gangguan birahi atau perangsangan (*arousal disorder*) yaitu merupakan ketidakmampuan mencapai atau mempertahankan keterangsangan dan kenikmatan seksual secara subjektif, yang ditandai dengan berkurangnya cairan atau lendir pada vagina (lubrikasi).
3. Gangguan orgasme (*orgasmic disorder*) yaitu sulit atau tidak dapat mencapai orgasme, walaupun telah ada rangsangan seksual yang cukup dan telah mencapai fase *arousal*.
4. Gangguan nyeri seksual (*sexual pain disorder*) yaitu gangguan nyeri seksual termasuk dispareunia yaitu merasakan nyeri pada saat melakukan senggama dan dapat terjadi saat masuknya penis ke dalam vagina (penetrasi) atau selama berlangsungnya hubungan seks. Vaginismus yaitu terjadinya kontraksi atau kejang pada otot-otot vagina sepertiga bawah, sebelum atau setelah melakukan hubungan seks, sehingga penis sulit masuk ke dalam vagina (Elvira, 2006).

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan dispareunia yaitu menipisnya mukosa vagina, berkurangnya elastisitas pada tinus otot genitalia dan pelvis, serta hilangnya lemak pada labia mayora dan labia minora. Tina dan Dwia (1999) juga menjelaskan bahwa hampir semua responden dalam penelitiannya mengakui perempuan akan lebih jarang melakukan hubungan intim, dibandingkan dengan dua sampai tiga tahun sebelum menopause. Sejumlah 66,3% perempuan melakukan hubungan seksual sebanyak 2-3 kali dalam seminggu sebelum menopause, tetapi pada saat memasuki fase menopause menjadi seminggu sekali.

Untuk mengatasi gejala tersebut biasanya perempuan menopause akan melakukan terapi di bawah bimbingan seorang terapi seks. Salah satu bentuk terapi yang diberikan adalah terapi androgen, sebab perempuan yang mengalami disfungsi seksual biasanya memiliki tingkat endrogen yang rendah. Pilihan lainnya adalah meningkatkan kenyamanan fisik dalam berhubungan seksual, yaitu permintaan verbal kepada suami untuk melakukan hubungan seksual secara perlahan. Sebenarnya berkurangnya lubrikasi vagina dianggap wajar bagi

perempuan menopause, sehingga mereka tidak menggunakan apapun, walaupun ada pula yang menggunakan *jelly* atau pelumas. Akan tetapi, menurut penelitian Tina dan Dwia (1999) para perempuan menopause di Bugis, Makassar, mendiarkannya saja atau memilih mengonsumsi buah-buahan yang berair, makan telur mentah yang dicampur dengan minyak seperti baby oil, serta mengoleskan salep mata kadar ringan pada vagina.

Beberapa penelitian memperkirakan bahwa disfungsi seksual berkisar dari 19% sampai dengan 50% dari populasi, dengan insiden dan prevelensi lebih tinggi pada perempuan (Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors [GSSAB], 2002; Laumann et al. 1999; Nussbaum, Singh, & Plyes, 2004). Laumann, Paik dan Rosen (1999) menganalisis dari hasil studi kohort di Amerika Serikat, bahwa sekitar usia 18-19 tahun, di mana N=3159 (terdiri dari 1749 perempuan dan 1410 laki-laki) dari National Health and Social Life Survey mengevaluasi bahwa risiko perkembangan disfungsi seksual digunakan sebagai tolak ukur utama. Hasil penelitian menunjukkan bahwa disfungsi seksual lebih umum terjadi di kalangan perempuan sebesar 43% dibandingkan dengan laki-laki yang hanya sebesar 31%. Maka dari itu, peneliti menyimpulkan bahwa disfungsi seksual menjadi kesehatan utama yang diperhatikan publik. Disfungsi seksual sangat berhubungan dengan sejumlah pengalaman pribadi dan kepuasan dalam hubungan. Sebuah survei nasional di Amerika Serikat baru-baru ini menemukan hampir semua kategori disfungsi seksual pada perempuan erat hubungannya dengan perasaan rendah terhadap kondisi fisik dan kepuasan emosional, serta merasa sering kurang bahagia. Selain itu, menurut Warnock (2002) disfungsi seksual pada perempuan lebih sering terjadi daripada laki-laki, sehingga perempuan memiliki potensi negatif yang jauh lebih besar atas kualitas hidup mereka.



Gambar 3.3. Sistem Reproduksi Perempuan

Sumber: <https://bit.ly/2oRwgIm>

F. GEJALA SOMATIK

Beberapa gejala somatik yang dapat menimpa perempuan selama masa perimenopause adalah sakit kepala, pusing, palpitas, serta payudara yang membesar dan cenderung terasa nyeri. Gejala-gejala tersebut bersifat umum dan fisiologis. Pengobatan yang dilakukan bersamaan dengan edukasi, dan pemberian dukungan harus dilakukan secara berkesinambungan, terlebih pada awal masa timbulnya gejala. Untuk mengatasi keluhan tersebut, sekarang sudah tersedia terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Dalam banyak kasus, gejala-gejala tersebut adalah hal yang nyata dan tidak mengancam kehidupan perempuan (Baziad, 2002).

Gejala-gejala klimakterium dapat disebabkan oleh beberapa factor, antara lain gaya hidup etnis, status menstruasi, status sosial ekonomi, kejadian negatif di masa lalu, dan sangat mungkin juga dipengaruhi oleh sumber personal dan kepribadian. Secara umum, gejala somatik juga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari perempuan klimakterik, meskipun hal tersebut tidak begitu membahayakan, hal ini tentu saja akan sangat memengaruhi kualitas hidup dari perempuan itu sendiri. Gejala klimakterium dan kualitas hidup merupakan konsep yang saling berhubungan erat (Yanita Trisetyaningsih, 2016).

G. OSTEOPOROSIS

Tulang merupakan penyusun tubuh paling keras yang berfungsi sebagai kerangka, yang mendukung dan melindungi jaringan tubuh. Proses pembentukan jaringan tulang baru dan penghancuran tulang terjadi secara terus menerus—di dalam tulang. Sampai sekitar usia 35 tahun, pembentukan tulang baru terjadi terus menerus, sehingga jumlah tulang baru yang dibentuk lebih besar daripada tulang tua yang dihancurkan. Setelah usia 35 tahun, materi tulang yang hilang lebih banyak dibandingkan yang dibentuk. Proses pembentukan dan penghancuran tulang dilakukan oleh 2 jenis sel tulang, yaitu sel osteoblast yang membantu pembentukan jaringan tulang baru dengan menambah kalsium, dan sel osteoklast yang menghancurkan jaringan tulang serta melepaskan kalsium ke dalam darah. Dalam proses osteoporosis inilah sel osteoklas bekerja lebih aktif jika dibandingkan dengan sel osteoblast. Hormon juga memengaruhi proses pembentukan dan penghancuran tulang (Hembing Wijayakusuma, 2011).

Badan kesehatan dunia, WHO pada tahun 2007, menyatakan bahwa penyakit kerapuhan tulang melanda seluruh dunia dan telah melumpuhkan jutaan orang, sehingga sudah saatnya mendapat perhatian yang lebih serius. Sebagian besar masyarakat dunia masih percaya bahwa penyakit tersebut merupakan sesuatu yang tidak perlu dikhawatirkan, karena dianggap suatu keadaan yang wajar terjadi pada usia lanjut (Wirakusumah, 2007). Berdasarkan data Puslitbang Gizi Depkes tahun 2006, 2 dari 5 orang perempuan di Indonesia memiliki risiko osteoporosis dan pada usia lebih dari 55 tahun akan mengalami peningkatan 2 kali lebih besar dibandingkan laki-laki. Osteoporosis pada perempuan di atas 50 tahun mencapai 32,3%, sementara pada pria di atas 50 tahun mencapai 28,8% (Depkes RI, 2008).

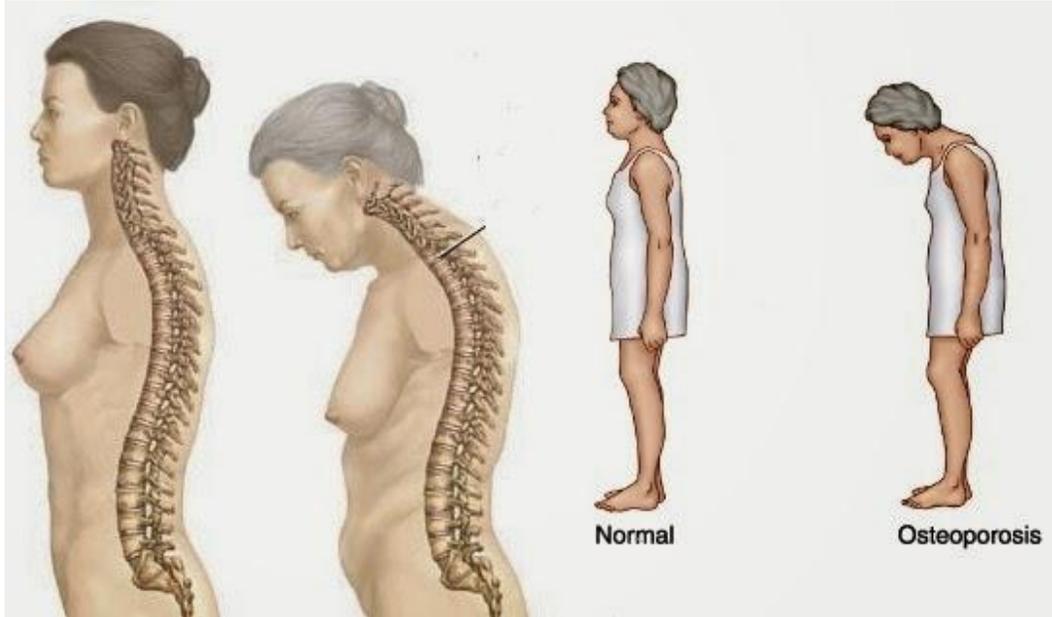
Data lain menyebutkan bahwa setiap dua hari dari 5 perempuan di Indonesia berpotensi memiliki risiko yang lebih besar terkena osteoporosis. Hal ini ditemukan pada 85% wanita yang telah mengalami menopause selama 10 tahun. Beberapa faktor risiko osteoporosis adalah jenis kelamin, ukuran tubuh, diet, aktivitas/latihan, merokok, dan mengonsumsi alkohol. Kekurangan hormon estrogen, membuat perempuan memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena osteoporosis, terutama pada masa menopause karena hormon estrogen menurun, yang secara tidak langsung dapat menyebabkan percepatan penurunan masa tulang (Renidayati, 2011).

Osteoporosis atau menurunnya kepadatan tulang dialami sekitar 30 juta wanita di Amerika Serikat, atau sekitar 55% dari perempuan di atas usia 50 tahun. Faktor risiko terjadinya osteoporosis antara lain karena usia, ras asia atau kaukasia, riwayat keluarga, kerangka tubuh kecil, memiliki riwayat fraktur sebelumnya, menopause dini, dan ooforektomi sebelumnya. Dalam hal ini, osteoporosis juga dapat disebabkan oleh kurangnya asupan kalsium dan vitamin D, serta merokok dan gaya hidup yang tidak sehat. Menurut Shifren (2007), kondisi medis yang terkait dengan peningkatan risiko osteoporosis meliputi anovulasi selama masa reproduksi, misalnya sekunder untuk latihan berlebihan atau gangguan makan, hipertiroidisme, hiperparatiroidisme, penyakit ginjal kronis, dan beberapa penyakit yang memerlukan penggunaan kortikosteroid sistemik.

Ditinjau dari penyebabnya, osteoporosis dibagi menjadi dua golongan besar yaitu osteoporosis primer—osteoporosis yang bukan disebabkan oleh suatu penyakit (proses alamiah). Sedangkan osteoporosis sekunder merupakan osteoporosis yang disebabkan oleh berbagai kondisi klinis atau penyakit, seperti halnya infeksi tulang, tumor tulang, pemakaian obat-obatan tertentu, dan immobilitas yang lama. Dalam hal ini, osteoporosis primer terbagi menjadi osteoporosis primer tipe 1 yang biasanya terjadi pada perempuan pascamenopause dan osteoporosis primer tipe 2 yang biasanya terjadi pada usia lebih dari 70 tahun (Cep Farmas, 2014)

Osteoporosis biasanya ditandai dengan massa tulang yang rendah dan timbulnya kerusakan *microarchitectural* jaringan tulang, yang dapat menyebabkan terjadinya peningkatan kerapuhan tulang dan peningkatan risiko terjadinya patah tulang, bahkan dengan sedikit atau tanpa trauma. Pada saat kadar estrogen menurun, *remodelling* tulang menjadi

meningkat, yang mana setiap unit *remodelling* dimulai dari pelepasan osteoklas yang diikuti juga oleh pengisian osteoblast. Estrogen berfungsi untuk memelihara keseimbangan antara aktivitas osteoklastik dan osteoblastik. Apabila tidak ada estrogen, maka aktivitas osteoklastik akan mendominasi, hal ini tentu saja berakibat pada reabsorpsi tulang (Sperroff, 2005).



Gambar 3.4. Osteoporis Pada Perempuan Menopause

Sumber: <https://bit.ly/2wZu45u>

Menurut Renidayati (2011), kebanyakan penderita osteoporosis adalah mereka yang kurang melakukan olahraga. Dalam hal ini, ada keterkaitan yang signifikan antara aktivitas olahraga dengan kejadian osteoporosis pada perempuan menopause. Latihan fisik atau olahraga merupakan salah satu upaya terapi pengobatan osteoporosis. Kegiatan olahraga sangat berguna untuk mengurangi rasa sakit dan memperbaiki mobilitas. Perempuan menopause yang secara fisik aktif, biasanya memiliki massa tulang yang bisa dikatakan lebih tinggi ketimbang orang yang pasif atau tidak melakukan olahraga. Aktivitas fisik yang meningkat akan berdampak pada membesarnya massa tulang maksimum yang dicapai dan dapat mengurangi jumlah tulang keropos. Perempuan menopause yang melakukan aktivitas olahraga secara rutin dan teratur, diketahui kepadatan tulangnya jauh lebih baik dari pada perempuan menopause yang tidak melakukan aktivitas fisik. Pada intinya, semakin sering

perempuan menopause melakukan aktivitas olahraga, maka akan terhindar dari risiko terjadinya osteoporosis.

Aktivitas lain yang dapat memengaruhi osteoporosis selain aktivitas olahraga adalah aktivitas konsumsi makanan sehat. Menurut Wirakusumah (2009), pola makan sehari-hari merupakan salah satu upaya yang sangat efektif untuk mencegah dan mengobati osteoporosis. Dengan adanya pengaturan pola makan yang seimbang, zat-zat gizi penting dibutuhkan oleh tubuh untuk melakukan seluruh aktivitas. Konsumsi makanan yang mendukung untuk pencegahan osteoporosis, berhubungan erat dengan konsumsi kalsium, fosfor, vitamin D, dan sebagainya. Kekurangan vitamin D, yang biasanya terkait dengan kekurangan kalsium dapat membuat tulang menjadi lunak (*osteomalacia*) dan juga bisa mengakibatkan penurunan terhadap massa tulang, serta risiko patah tulang akan jauh lebih besar. Menabung kalsium pada waktu muda akan memperkuat tulang dan mengurangi faktor risiko patah tulang pada saat terjadi penuaan.

Pola diet pada perempuan juga penting diperhatikan, karena dapat mengakibatkan terjadinya osteoporosis. Perempuan menopause dengan pola diet yang salah akan terkena risiko mengalami osteoporosis, dibandingkan dengan perempuan menopause yang melakukan diet dengan benar. Diet yang benar pada perempuan menopause adalah diet yang cukup dengan mengonsumsi sumber makanan yang dapat mencegah terjadinya osteoporosis.

H. KELAINAN KARDIOVASKULAR

Penyakit kardiovaskular merupakan salah satu penyebab kematian pada kebanyakan perempuan, terhitung sekitar 45% dari angka normalitas. Faktor utama dari risiko terjadinya kelainan kardiovaskular adalah faktor usia, riwayat keluarga, merokok, obesitas, gaya hidup, diabetes, hipertensi, dan hiperkolestemia. Pada wanita menopause, HDL kolesterol adalah salah satu indikator terjadinya penyakit jantung koroner, di mana untuk setiap peningkatan 10 mg/dL risiko akan menurun hingga 50%. Trigliserida juga merupakan faktor risiko penting untuk penyakit jantung koroner, di mana terjadi peningkatan penyakit jantung jika kadar trigliserida meningkat dan kadar HDL rendah. Banyak bukti yang mengatakan bahwa pengaruh kardioprotektif dari terapi estrogen adalah pada kadar lipid serum (Baziad, 2002).

BAB 4

MASA KLIMAKTERIUM

Hurlock (1980) membagi tahap perkembangan kehidupan manusia menjadi prenatal, masa bayi baru lahir, masa bayi, awal anak-anak, akhir masa anak-anak, masa pubertas, masa remaja, masa dewasa dini, masa dewasa madya, dan masa dewasa lanjut atau masa lanjut usia. Masa dewasa dini dimulai dari umur 18 tahun sampai—kira-kira—40 tahun. Saat ada perubahan-perubahan fisik dan psikologis, maka akan sejalan dengan berkurangnya kemampuan reproduktif. Masa dewasa madya dimulai pada saat seseorang berusia 40 tahun sampai dengan 60 tahun, yakni pada saat menurunnya kemampuan fisik dan psikologis yang jelas pada setiap orang. Masa dewasa lanjut pada seseorang dimulai pada usia 60 tahun sampai dengan kematian.

A. KARAKTERISTIK USIA MADYA

Karakteristik usia madya menurut Hurlock (1980) memiliki beberapa ciri-ciri, diantaranya sebagai berikut:

1. Usia madya merupakan periode yang paling ditakutkan, banyak diakui bahwa periode usia madya semakin terasa lebih menakutkan jika dilihat dari seluruh kehidupan manusia melalui berbagai aspek. Maka dari itu, tidak heran apabila dijumpai orang-orang dewasa yang tidak mau mengakui bahwa mereka telah mencapai usia madya tersebut—terutama pada perempuan.
2. Usia madya bisa dikatakan masa transisi, seperti halnya masa puber yang merupakan masa transisi dari masa kanak-kanak ke masa remaja, kemudian menuju masa dewasa. Demikian pula, apa yang terjadi pada usia madya yang merupakan masa di mana laki-laki maupun perempuan mulai meninggalkan ciri-ciri jasmani dan perilaku masa dewasanya, lalu mulai memasuki suatu periode dalam kehidupan yang akan diliputi dengan beberapa ciri jasmani dan perilaku yang baru.
3. Usia madya merupakan masa stres, dalam fase ada penyesuaian secara radikal terhadap peran. Begitu juga pola hidup yang mengalami perubahan, khususnya apabila disertai

dengan berbagai perubahan fisik, yang dalam hal ini selalu lebih cenderung merusak homeostasis fisik dan psikologis seseorang.

4. Usia madya merupakan usia yang berbahaya. Umumnya, usia madya dipandang sebagai usia yang berbahaya dalam rentang kehidupan seorang manusia.
5. Usia madya adalah usia canggung, sama halnya dengan masa remaja yang bukan merupakan masa anak-anak, tetapi juga bukan merupakan masa dewasa. Demikian juga apa yang disebut sebagai laki-laki dan perempuan berusia madya, bukan “muda” tetapi tidak juga dikatakan tua. Franzblau (dalam Hurlock, 1980) mengatakan bahwa “orang yang berusia madya seolah-olah berdiri di antara generasi pemberontak yang lebih muda dan generasi warga senior”.
6. Usia madya merupakan masa berprestasi, menurut Erikson (dalam Hurlock, 1980) usia madya merupakan masa krisis generativitas (*generativity*) adanya kecenderungan untuk menghasilkan maupun stagnasi kecenderungan untuk tetap berhenti akan dominan.
7. Usia madya merupakan masa evaluasi, pada umumnya usia madya merupakan usia di mana baik laki-laki maupun perempuan telah mencapai puncak prestasi, sehingga sangat logis apabila dalam masa ini seseorang juga mulai mengevaluasi prestasinya tersebut. Evaluasi tersebut dapat melibatkan pendapat dari orang-orang terdekat (anggota keluarga dan teman), atau orang-orang yang pernah menjalin kerja sama dengannya.
8. Usia madya dapat dievaluasi dengan standar ganda
Ciri kedelapan dari usia madya ialah bahwa masa itu dapat dievaluasi dengan standar ganda, satu standar bagi perempuan, dan standar lainnya bagi laki-laki. Walaupun dalam perkembangannya hal ini cenderung lebih mengarah kepada persamaan antara peran laki-laki dan perempuan di lingkungan rumah, perusahaan, perindustrian, profesi, serta kehidupan sosial.
9. Usia madya merupakan masa yang sepi. Pada usia madya, seseorang cenderung akan mengalami masa sepi (*empty nest*), masa ketika anak-anak tidak lagi tinggal bersama orang tua. Kecuali dalam beberapa kasus di mana laki-laki dan perempuan menikah lebih lambat dibandingkan dengan usia rata-rata, atau memutuskan untuk menunda kelahiran anak, hingga mereka lebih mapan secara karir atau mempunyai keluarga besar sepanjang

masa. Namun kebanyakan yang terjadi, usia madya merupakan masa sepi dalam kehidupan perkawinan.

10. Usia muda merupakan usia jenuh, baik itu laki-laki maupun perempuan akan mengalami kejenuhan pada akhir usia tiga puluh atau empat puluhan. Hal yang terjadi pada laki-laki adalah merasa jenuh dengan kegiatan rutin sehari-hari dan kehidupan bersama keluarga yang hanya memberikan sedikit hiburan.

Berdasarkan apa yang sudah dijabarkan di atas, dapat disimpulkan bahwa usia madya merupakan periode yang sangat ditakuti. Usia madya merupakan masa transisi. Usia madya adalah usia di mana stres lebih sering muncul. Usia madya adalah usia yang berbahaya karena menurunnya daya tahan tubuh dan sejenisnya. Usia madya adalah usia canggung, namun juga usia yang berprestasi. Selain itu, usia madya juga merupakan usia yang sangat sering dijadikan evaluasi dengan standar ganda. Di usia madya, seseorang juga akan merasa jenuh dan kesepian.

B. PERIODE KLIMAKTERIUM

Klimakterik (Bahasa Yunani: Tangga) merupakan periode peralihan dari fase reproduksi menuju fase tua (senium) yang terjadi akibat dari menurunnya fungsi generative ataupun endokrinologik dari ovarium. Klimakterium tidak bisa dikatakan sebagai keadaan yang patologik atau sebagai suatu penyakit, namun klimakterium dapat dikatakan murni sebagai suatu masa peralihan yang normal, dan berlangsung selama beberapa tahun sebelum dan sesudah menopause. Dalam menentukan awal dan akhir klimakterium, sering ditemukan kesulitan, akan tetapi dapat dikatakan bahwa klimakterium dimulai kira-kira 6 tahun sebelum menopause. Hal ini berdasarkan keadaan endokrinologik, yakni fungsi di mana kadar estrogen mulai turun dan kadar hormon endokrinologik mulai naik. Berakhirnya klimakterium kira-kira 6-7 tahun sesudah menopause. Pada saat ini, kadar estrogen telah mencapai nilai yang rendah. Dengan demikian klimakterium bisa saja terjadi lebih kurang dari 13 tahun (Belardin, 2014).

Menurut siklus kehidupan manusia normal, semua manusia akan mengalami proses klimakterium. Sehubungan dengan hal itu, maka kehidupan seorang perempuan juga mengalami fase-fase perkembangan tersebut. Fase-fase itu erat kaitannya dengan perkembangan fungsi organ reproduksi perempuan. Dalam kehidupan perempuan, fase

tersebut terbagi menjadi tiga tahap yaitu masa sebelum menstruasi, sedang berlangsungnya menstruasi, dan setelah menstruasi. Menurut Kasdu (2002), tahap pertama yaitu tahap sebelum haid berlangsung, yaitu masa sejak bayi sampai pada masa prapubertas atau sekitar usia 8-12 tahun. Kemudian tahap selanjutnya yaitu pada saat seseorang memasuki usia 12-13 tahun. Pada umumnya, seorang anak perempuan akan mendapatkan *menarche* yaitu haid pertama kalinya. Masa ini disebut juga dengan masa pubertas, di mana pada saat tersebut perempuan sudah mulai mengalami masa yang disebut sebagai fase reproduksi. Idealnya, fase reproduksi atau periode fertile (subur) berlangsung sampai dengan usia sekitar 45 tahunan. Pada masa inilah organ reproduksi perempuan mengalami fungsi yang sebenarnya, yaitu hamil dan melahirkan.

Organ reproduksi perempuan dibagi menjadi dua bagian penting, yaitu organ reproduksi luar dan bagian dalam. Berikut penjelasannya:

Organ reproduksi luar terdiri dari:

1. Vagina, merupakan salah satu organ reproduksi perempuan yang berfungsi sebagai saluran yang dapat menghubungkan organ uterus dengan tubuh bagian luar. Vagina juga berfungsi sebagai organ kopulasi dan saluran persalinan atau jalan keluarnya bayi saat dilahirkan secara normal, tidak heran jika vagina juga sering disebut dengan liang peranakan. Ada selaput darah di dalam vagina.
2. Vulva, merupakan suatu celah yang terdapat pada bagian luar dan terbagi menjadi dua bagian yaitu yang *pertama*, labium mayor yang merupakan sepasang bibir besar yang terletak di bagian luar dan membatasi vulva. Sedangkan yang *kedua*, adalah labium minor yang dalam hal ini merupakan sepasang bibir kecil yang terletak di bagian dalam dan membatasi vulva.
3. Mons veneris, merupakan salah satu organ reproduksi perempuan yang berfungsi sebagai tempat pertemuan antara kedua bibir vagina dengan bagian atas yang tampak membukit.
4. Payudara juga sering disebut sebagai kelenjar mammae, payudara akan menghasilkan ASI untuk nutrisi bayi.

Organ reproduksi pada bagian dalam terdiri dari:

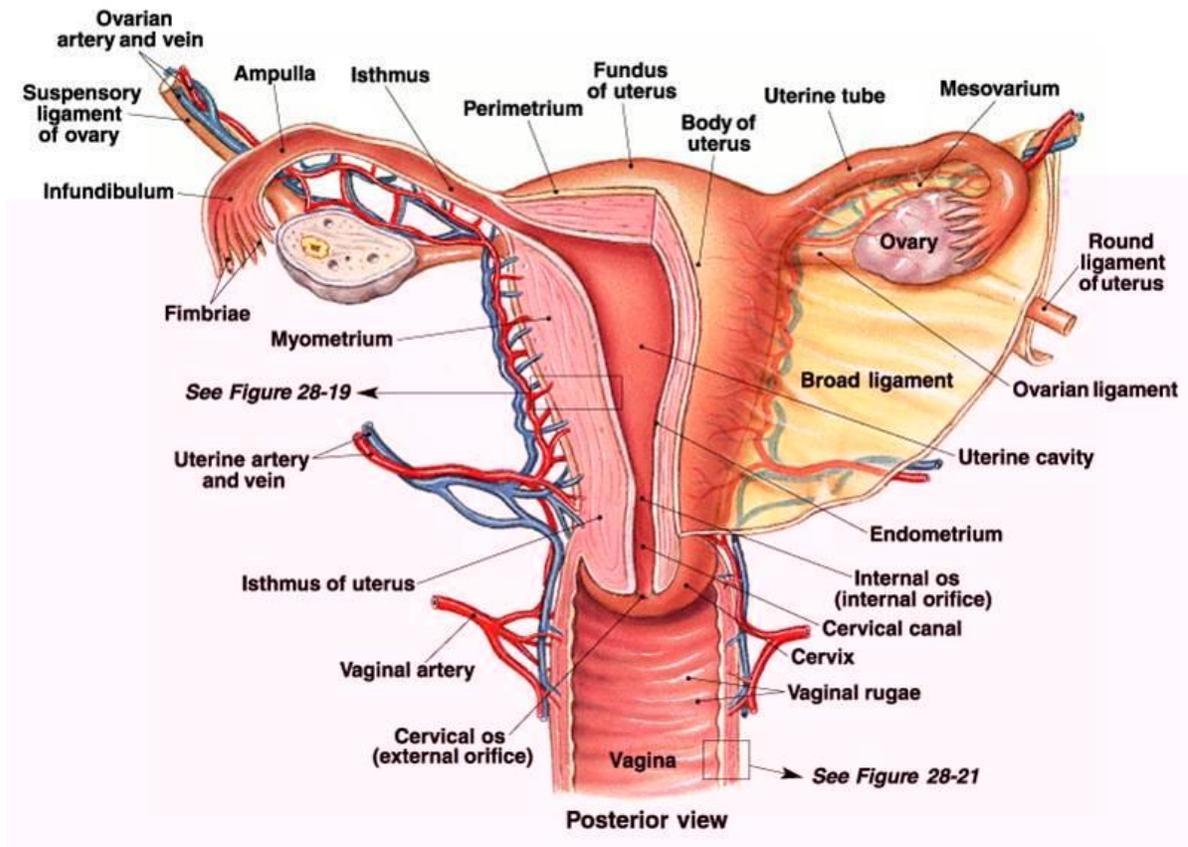
1. Vagina, selain sebagai organ bagian luar, vagina juga merupakan organ bagian dalam yang berfungsi untuk menghubungkan organ uterus dengan tubuh bagian luar, juga

berfungsi sebagai organ kopulasi dan saluran persalinan keluarannya bayi, sehingga disebut juga sebagai liang peranakan yang mana ditemukan selaput darah di dalamnya.

2. Ovarium, merupakan organ utama pada perempuan. Ovarium berjumlah sepasang dan terletak di dalam rongga perut pada bagian daerah pinggang sebelah kiri dan kanan. Dalam hal ini, ovarium berfungsi untuk menghasilkan sel ovum dan hormon estrogen, maupun progesteron. Hormon estrogen berfungsi untuk mempertahankan sifat sekunder pada perempuan, serta dapat berfungsi untuk membantu proses pematangan sel ovum. Sedangkan hormon progesteron merupakan fungsi dalam memelihara masa kehamilan. Ovarium sering diselubungi oleh kapsul pelindung dan mengandung beberapa folikel. Setiap folikel hanya mengandung satu sel telur. Folikel merupakan struktur seperti bulatan-bulatan yang mengelilingi oosit dan berfungsi menyediakan makan serta melindungi perkembangan sel telur.
3. Fimbriae, merupakan serabut atau silia lembut yang ditemukan di bagian pangkal ovarium yang mana letaknya berdekatan dengan ujung saluran *oviduct*—yang berfungsi untuk menangkap sel ovum yang telah matang dan dikeluarkan oleh ovarium.
4. Infundibulum yakni merupakan bagian ujung *oviduct* yang berbentuk corong atau membesar dan berdekatan dengan fimbriae. Berfungsi untuk menampung sel ovum yang telah ditangkap oleh fimbriae.
5. Tuba fallopi adalah saluran memanjang setelah infundibulum yang bertugas sebagai tempat fertilisasi dan jalan bagi sel ovum menuju uterus dengan bantuan silia pada dindingnya.
6. *Oviduct* adalah organ reproduksi berupa saluran panjang yang juga merupakan kelanjutan dari tuba fallopi, dalam hal ini *oviduct* berperan sebagai tempat fertilisasi dan jalan bagi sel ovum untuk menuju uterus dengan bantuan silia pada dindingnya. Di dalam tubuh perempuan terdapat *oviduct* yang berjumlah dua, keduanya saling menghubungkan ovarium dan rahim.
7. Rahim/uterus merupakan organ yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah pir dengan bagian bawah yang mengecil. Berfungsi sebagai tempat pertumbuhan bagi embrio. Secara umum, tipe uterus pada manusia ada yang simpleks yaitu dengan satu ruangan dan hanya untuk satu janin. Ada beberapa jenis lapisan dinding yang terdapat

pada uterus *pertama*, perimetrium yang merupakan lapisan terluar yang berfungsi sebagai pelindung uterus, yang *kedua*, myometrium yakni lapisan yang kaya akan sel otot, berfungsi untuk memunculkan kontraksi dan relaksasi uterus dengan cara melebar dan dapat kembali ke bentuk semula setiap bulannya. Dan ketiga, endometrium merupakan lapisan terdalam yang kaya akan kandungan sel darah merah, apabila tidak ada pembuahan, maka dinding endometrium inilah yang nantinya akan meluruh bersamaan dengan sel ovum matang.

8. Serviks merupakan bagian paling dasar dari uterus yang berbentuk menyempit, sehingga sering juga disebut sebagai leher rahim. Serviks memiliki fungsi sebagai penghubung antara uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dari uterus menuju saluran vagina.
9. Saluran vagina dalam sistem reproduksi perempuan merupakan saluran lanjutan dari serviks sampai pada vagina yang berbentuk tabung dengan berlapis otot. Dinding vagina lebih tipis dari pada rahim dan jauh lebih banyak memiliki lipatan. Hal ini untuk mempermudah jalan kelahiran bayi. Vagina juga memiliki lendir yang telah dihasilkan oleh dinding vagina dan kelenjar bartholin.
10. Klitoris merupakan tonjolan kecil yang terletak di depan vulva yang juga sering disebut sebagai kelentit. Klitoris memiliki organ utama yaitu indung telur (ovarium), oviduk (tuba fallopi), uterus, dan vagina.



Gambar 4.1. Anatomi Organ Reproduksi Perempuan

Sumber: <https://bit.ly/2oV0s5C>

Fase terakhir dalam perjalanan hidup perempuan atau setelah masa reproduksi berakhir disebut klimakterium, yaitu terjadi pada usia kurang lebih 46-55 tahunan. Klimakterium merupakan masa peralihan yang dilalui seorang perempuan dari periode reproduktif ke periode nonreproduktif. Tanda, gejala atau keluhan yang kemudian timbul sebagai akibat dari masa peralihan ini disebut tanda atau gejala premenopause. Pada umumnya, periode ini berlangsung antara 5-10 tahun sekitar menopause, kemungkinan 5 tahun sebelum dan 5 tahun sesudah menopause. Pada masa klimakterium, fungsi reproduksi sudah mulai mengalami penurunan (Emi Priyati, 2011). Masa klimakterium menurut Kasdu (2002) berlangsung dalam beberapa tahap yaitu sebagai berikut:

1. Premenopause yaitu masa sebelum berlangsungnya perimenopause, dan berlangsung sejak fungsi reproduksinya mulai menurun, sampai timbulnya keluhan atau tanda-tanda menopause. Premenopause dimulai pada usia 40 tahunan. Pada masa premenopause

terjadi perdarahan yang disebabkan oleh penurunan kadar hormon estrogen, insufisiensi corpus luteum, kegagalan proses ovulasi, sehingga bentuk kelainan haid dapat bermanifestasi seperti amenorrhea, polimenorrhea, serta hipermenorrhea.

2. Perimenopause adalah periode dengan keluhan memuncak, yang terjadi pada rentang waktu 1-2 tahun sebelum dan 1-2 tahun sesudah menopause. Masa perempuan mengalami akhir dari datangnya haid sampai berhenti sama sekali. Pada masa ini menopause cenderung masih berlangsung. Terjadi keluhan sistematis yang berkaitan dengan vasomotor, keluhan yang sering dialami adalah berupa gejalak panas (*hot flushes*), berkeringat banyak, depresi, serta perasaan mudah tersinggung.
3. Postmenopause merupakan masa setelah menopause sampai senilis. Masa ini berlangsung kurang lebih 3-5 tahun setelah perempuan mengalami menopause. Keluhan lokal pada sistem urogenital bagian bawah, atrofi vulva, dan vagina menimbulkan berkurangnya produksi lendir atau timbulnya nyeri saat melakukan hubungan seksual.

Pasca mengalami periode klimakterium, seorang perempuan akan mengalami namanya postmenopause dan periode senilis. Menurut Baziad (2003) pascamenopause adalah fase di mana ovarium tidak lagi berfungsi dengan baik, bahkan tidak dapat berfungsi sama sekali. Penyebabnya adalah karena kadar estradiol berada antara 20-30 pg/ml, dan kadar hormon gonadotropin meningkat. Peningkatan hormon gonadotropin ini disebabkan oleh terhentinya produksi inhibin yang diakibatkan oleh ketidaktersediaan folikel dalam jumlah yang cukup. Folikel berfungsi memproduksi inhibin dalam jumlah yang cukup dan inhibin inilah yang nantinya akan menekan sekresi FSH, bukan sekresi LH pada usia produktif.

BAB 5

ETIOLOGI KLIMAKTERIUM

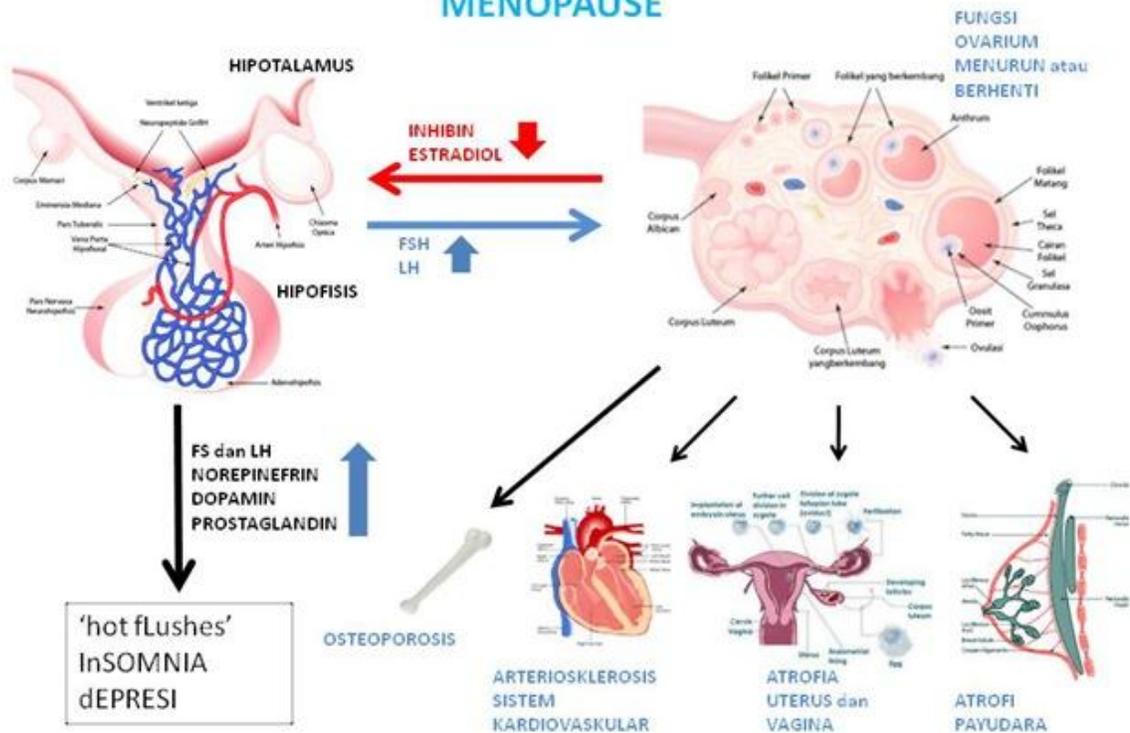
Spermatogenesis pada laki-laki terus berlanjut hingga masa tua, sedangkan bagi perempuan tidak demikian. Oogenesis akan berakhir pada usia fetus 20 minggu dan yang tinggal hanya 7 juta oosit. Mulai dari usia 20 minggu sampai dengan saat lahir, terjadi pengurangan jumlah primordial folikel secara signifikan. Seorang anak perempuan, lahir dengan primordial folikel tinggal 500.000 sampai dengan 1.000.000, yang dalam proses perjalanannya akan terus berkurang jumlahnya. Jumlah folikel yang masih bertahan pada setiap perempuan berbeda-beda. Sebagian perempuan pada usia 35 tahun, biasanya masih memiliki sebanyak 100.000 folikel; sedangkan sebagian perempuan lainnya pada usia yang sama, hanya memiliki 10.000 folikel. Penyebab berkurangnya folikel sebenarnya terletak pada folikel itu sendiri. Seperti halnya sel-sel tubuh yang lain, oosit juga dipengaruhi oleh stres biologik yang dialami perempuan, seperti radikal bebas, kerusakan permanen dari DNA, hingga bertumpuknya bahan kimia yang dihasilkan dari proses metabolisme tubuh. Karena oosit hampir selalu mengalami kendali mutu yang sangat ketat, oosit yang telah mengalami kelainan akan dikeluarkan melalui proses apoptosis yakni kematian sel yang terprogram. Bilamana jumlah primordial folikel mencapai jumlah yang kritis, akan terjadi gangguan sistem pengaturan hormon, yang berakibat terjadinya insufisiensi korpus luteuin, siklus haid anovulatorik, yang pada akhirnya terjadi oligomenorea. Apabila sudah tidak tersedia folikel lagi, sama artinya dengan perempuan telah memasuki fase pascamenopause. Setiap perempuan yang masih mengalami haid meskipun siklusnya sudah tidak teratur, di dalam ovariumnya masih memiliki kurang lebih 1000 folikel dan kemungkinan hamil masih selalu ada (Baziad, 2003).

Memasuki fase klimakterium, perempuan akan mengalami ketidakteraturan menstruasi. Di mana folikel indung telur yang biasanya berfungsi untuk mematangkan telur setiap bulan, mengalami kerusakan yang lebih cepat. Inhibin sebagai suatu zat yang dihasilkan oleh indung telur menjadi berkurang, sehingga hal ini dapat meningkatkan kadar FSH (*Follicle Stimulating Hormone*). Kadar estrogen meningkat atau relatif stabil pada masa pramenopause. Kadar tersebut tidak akan berkurang selama kurang lebih satu tahun sebelum menstruasi terakhir. Pada

akhirnya, kadar hormon tersebut mengalami penurunan yang drastis pada saat memasuki menopause. Pada masa ini, estrogen lebih banyak dihasilkan dalam tubuh bukan lagi dari jenis estradiol, melainkan dari jenis estron. Selama masa pramenopause, terjadi perubahan hormonal pada tubuh perempuan. Ovarium menjadi kurang tanggap terhadap rangsangan LH dan FSH yang dihasilkan oleh kelenjar hipofisa. Dengan demikian, ovarium telah melepaskan estrogen dan progesteron dalam jumlah yang lebih sedikit, sehingga proses ovulasi berhenti. Kadar hormon yang stabil merupakan sesuatu yang penting untuk mempertahankan kekuatan dan kesehatan tulang, serta untuk mencegah terjadinya osteoporosis. Hormon juga dibutuhkan untuk menjaga kelenturan jaringan vagina dan saluran kencing. Selain itu, estrogen dan progesteron juga penting untuk mempertahankan lapisan kolagen yang sehat pada kulit.

Semakin tua usia perempuan membuat folikel perempuan semakin resisten terhadap stimulasi hormon gonadotropin dan terjadi reaksi umpan balik yang bersifat negatif terhadap hipotalamus. Sehingga FSH dan LH, yang terdapat pada darah akan mengalami kenaikan dan hal tersebut berakibat memicu stimulasi stromal terhadap ovarium. Kadar estrogen dan progesteron pun menurun. Pada akhirnya, terjadi *feedback negative* seperti peningkatan FSH dari kelenjar hipofise. Berdasarkan penyebabnya, menopause dapat dibedakan menjadi dua tipe yaitu menopause fisiologi dan artifisial menopause (DeCherney dan Nathan, 2003).

PERUBAHAN OVARIUM DAN HIPOTALAMUS YANG BERPERAN TERHADAP PERUBAHAN FISILOGIS MENOPAUSE



Gambar 5.1. Perubahan Ovarium dan Hipotalamus yang Berperan Terhadap Perubahan Fisiologi Menopause
Sumber: <https://bit.ly/2x0pXqs>

A. MENOPAUSE FISIOLOGI

Menopause secara alamiah terjadi karena adanya penurunan aktivitas ovarium yang dalam hal ini diikuti dengan penurunan terhadap produksi hormon reproduksi. Pada saat lahir, bayi perempuan telah memiliki folikel-folikel yang berjumlah 1-2 juta oosit. Folikel-folikel ini mengalami proses pematangan dan bekerja untuk menghasilkan sel telur pada saat memasuki usia pubertas yang ditandai dengan proses menstruasi. Seiring dengan hal tersebut, granulosa secara otomatis dapat menghasilkan estrogen yang merupakan salah satu hormon reproduksi perempuan. Dalam hal ini, estrogen tadi akan bekerja memaksa folikel untuk mengeluarkan sel telur, keluarnya sel tersebut dari corpus luteum ini akan menjadi sebab meningkatnya produksi estrogen dan progesteron pada tubuh. Progesteron sendiri merupakan hormon yang berfungsi untuk menyiapkan tempat pembuahan dengan cara kerja

menebalkan dinding endometrium. Kemungkinan, pada setiap bulannya sel telur yang tidak jadi dibuahi, akan membuat dinding endometrium yang menebal menjadi luruh. Kejadian luruhnya dinding endometrium dibuktikan dengan keluarnya darah melalui lubang vagina dan inilah yang disebut sebagai menstruasi.

Ketika ovarium tidak lagi produktif, maka folikel yang dihasilkan pun juga berkurang dari satu sampai dua juta oosit berkurang menjadi 300.000 sampai dengan 500.000. Penurunan jumlah folikel ini akan terus berlanjut yang akan menyebabkan penurunan terhadap rangsangan produksi hormon estrogen dan progesteron. Kondisi ini semakin lama akan mencapai titik pada masa klimakterium dengan keadaan menopause yang ditandai dengan folikel-folikel ovarium mengalami atresia yang berakibat pada terhentinya siklus haid (Nirmala, 2003).

B. ARTIFISIAL MENOPAUSE

Artifisial menopause bisa dikarenakan adanya proses pembedahan diantaranya histerektomi atau operasi rahim dan pengangkatan kedua indung telur (*oophorectomy bilateral*). Selain itu, artifisial menopause juga disebabkan karena kondisi medis. Dalam hal ini artifisial yang disebabkan oleh proses pembedahan sering kali disingkat dengan istilah TAHA/BSO. Apabila rahim kemudian diangkat dan dinding telur tetap dipertahankan keberadaannya, maka yang terjadi adalah masa haid akan berhenti, namun gejala menopause tetap berlangsung ketika perempuan tersebut telah mencapai usia menopause secara alami. Jadi sama artinya dengan perempuan tersebut akan tetap mengeluhkan rasa ketidaknyamanannya, seperti apa yang dirasakan oleh perempuan menopause pada umumnya—yaitu kering berlebihan, rasa panas ditubuh, dan kesulitan tidur pada saat usianya mencapai masa klimakterium atau pada kisaran usia 40 tahun ke atas. Keluhan-keluhan itu sangat umum terjadi pada perempuan menopause mengingat hormon yang diproduksi pun mengalami penurunan yang signifikan.

Penderita kanker, biasanya akan mengalami masa menopause lebih awal, secara sementara maupun permanen. Obat-obatan anti kanker akan sangat berpengaruh bagi produksi hormon yang diproduksi oleh indung telur. Tidak hanya sebatas itu saja, melainkan juga perilaku yang dibarengi dengan kebiasaan mengonsumsi obat-obatan anti hipertensi, reumatik, dan jantung, yang akan sangat mungkin dapat mempercepat datangnya masa

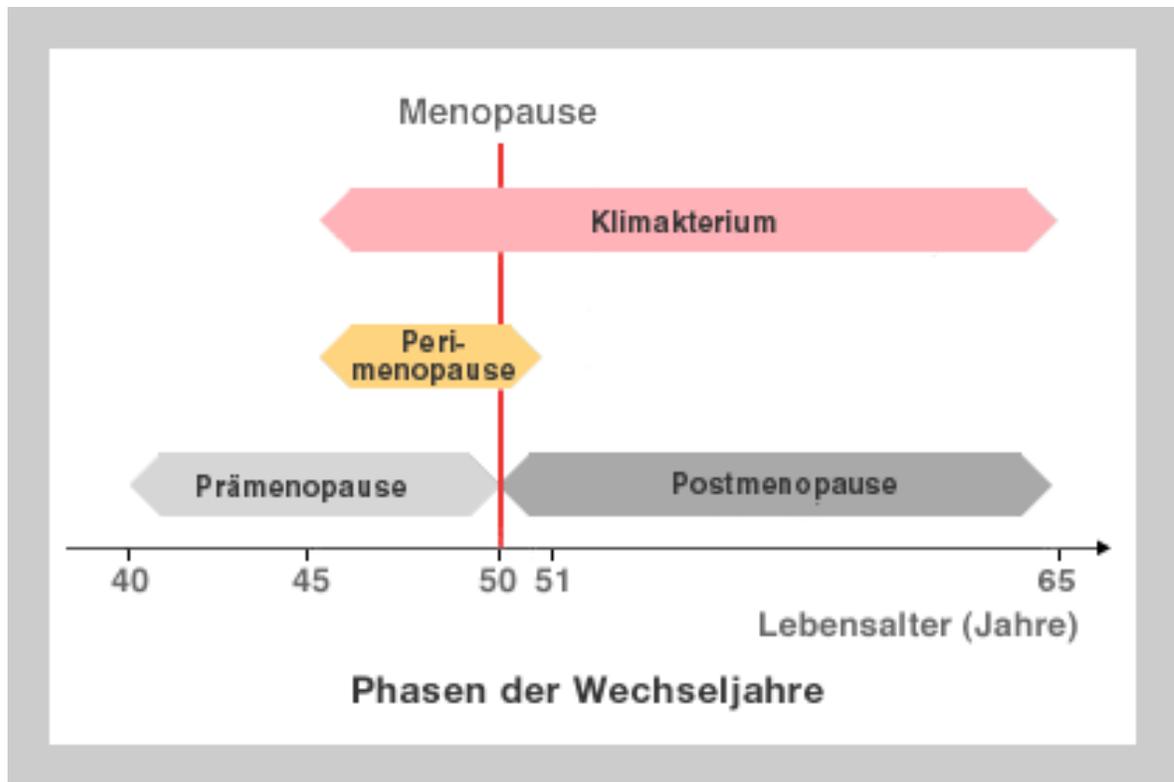
menopause pada seorang perempuan. Obat-obatan ini diduga kuat akan memberikan efek samping yang negatif, karena dapat memberikan penekanan terhadap produksi hormon-hormon reproduksi (Nirmala, 2003).

BAB 6

BATAS USIA KLIMAKTERIUM

Proses klimakterium dapat memengaruhi fertilitas, perbedaan masa klimakterium pada perempuan cenderung berbeda-beda. Perempuan di Eropa tidak sama usia klimakteriumnya dengan perempuan di Asia. Pada umumnya, periode akhir dari klimakterium pada perempuan terjadi pada usia antara 40-58 tahun. Pada perempuan Indonesia, menopause terjadi pada usia sekitar 50-55 tahun, akan tetapi tidak menutup kemungkinan dapat terjadi lebih awal. Usia awal memasuki menopause juga berbeda-beda pada setiap perempuan, ada yang menopause pada usia 40 tahun tetapi ada pula yang di bawah usia tersebut. Biasanya berkisar antara 35 tahun sampai dengan 55 tahun, fertilitas sangat bergantung pada usia perempuan tersebut dan menimbulkan keluhan yang berarti. Fertilitas perempuan pada usia 20-24 tahun adalah 100%. Pada usia 35-39 tahun fertilitas perempuan hanya 60%, sedangkan menjelang usia 45-49 tahun fertilitas perempuan hanya 5% saja (Baziad, 2003).

Perempuan Indonesia pada umumnya memasuki masa menopause pada usia 46-55 tahun, meskipun begitu tidak menutup kemungkinan bahwa ada beberapa perempuan yang mengalami menstruasi terakhir justru sebelum usia 46 tahun dan ada pula yang mengalami menstruasi terakhir sesudah berusia 57 tahun. Namun apabila diambil rata-ratanya, umumnya seorang perempuan mengalami menopause sekitar usia 46-55 tahun. Pada usia tersebut fungsi endokrin reproduksi mulai mengalami penurunan pada usia 45 tahun dan mulai berhenti pada usia 55 tahun. Premenopause terjadi pada usia antara 46-50 tahun yang merupakan awal terjadinya klimakterium, sedangkan pascamenopause terjadi pada usia 51-55 tahun yang merupakan akhir dari kejadian klimakterium. Pada perempuan yang memasuki usia 56 tahun ke atas sudah memasuki masa presenil yang kemudian memasuki masa senile pada usia 65 tahun ke atas (Kasdu, 2002).



Gambar 6.1. Kategori Menopause Berdasarkan Usia

Sumber: <https://bit.ly/1hR973l>

A. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI USIA MENOPAUSE

Pada sebagian perempuan yang memasuki usia 50 tahunan—menjadi tua—adalah momok yang menakutkan. Kekhawatiran seperti ini bermula dari pemikiran bahwa dirinya akan menjadi tidak sehat, tidak bugar, dan tidak cantik lagi. Kondisi yang demikian memang tidak menyenangkan dan terasa menyakitkan. Padahal kenyataannya, masa tua dan menopause merupakan tahapan yang harus dijalani oleh seorang perempuan dalam tahapan-tahapan kehidupannya. Seperti halnya dengan kehidupan-kehidupan yang lain yaitu masa kanak-kanak dan masa produksi. Timbulnya kekhawatiran yang berlebihan akan menjadikan perempuan jauh lebih sulit untuk melewati masa menopause.

Usia menopause di antara perempuan berbeda-beda, hal ini bergantung pada kondisi geografis, tingkat perkembangan suatu negara, dan berbagai karakteristik biologi maupun perilaku populasi. Usia menopause maternal dini, paritas, tingkat sosial rendah, kebiasaan mengonsusmi alkohol, merokok, serta keadaan gizi yang kurang terpenuhi ataupun akibat

dari beberapa penyakit, seperti anemia dan tuberculosis, juga berpotensi untuk menghentikan haid (menopause) jauh lebih dini. Namun sebaliknya, jika paritas tinggi, maka akan menyebabkan perempuan mengalami menopause lebih lambat dari biasanya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mujahidah Amrina Rosyada (2016), ada beberapa faktor yang berhubungan dengan usia menopause, faktor tersebut seperti faktor pendidikan, pekerjaan, pemakaian alat kontrasepsi, usia menars dan usia menopause, serta jumlah anak dengan usia menopause. Dalam penelitian tersebut menyebutkan bahwa menurut hasil uji statistik—rank spearman—dijelaskan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna ($p = 0,691$) antara pendidikan dengan usia menopause.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Faisal (2001) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan yang dicapai seorang perempuan, maka pada saat memasuki masa klimakterium akan lebih mudah baginya untuk menerima, karena dengan pendidikan seseorang dapat berpikir secara rasional dan lebih terbuka terhadap segala kemungkinan, ide-ide baru, dan perubahan tentunya. Selain itu, pendidikan juga berpengaruh secara tidak langsung melalui peningkatan status sosial, kedudukan seorang perempuan, peningkatan mereka terhadap kehidupan, peningkatan kemampuan dalam membuat keputusan sendiri dan menyatakan pendapat. Masih menurut penelitian Faisal (2016), perempuan yang berpendidikan akan lebih mudah mendapatkan pelayanan kesehatan karena mereka telah menyadari sepenuhnya akan manfaat dari adanya pelayanan kesehatan tersebut.

Hasil uji statistik—chi square—diperoleh nilai $p = 0,693$ (lebih besar dari 0,05), maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan usia menopause. (Mujahidah Amrina Rosyada, 2016). Penjelasan yang berbeda datang dari Rosmawar (2011) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang berarti antara pekerjaan dan usia menopause seseorang dengan nilai p -value 0,001. Pekerjaan juga merupakan sesuatu yang dikerjakan oleh setiap manusia setiap harinya, di mana dalam hal ini pekerjaan dapat membuat si pekerja merasa lelah, yang mana sebenarnya pekerjaan dapat membantu mengendalikan berat badan, mengolah otot, dan juga memperkuat tulang.

Faktor lain yang berpengaruh terhadap usia menopause adalah faktor jumlah anak. Faktor ini cukup signifikan dengan usia menopause, yakni semakin sering seorang perempuan melahirkan, maka semakin tua atau lama perempuan tersebut dalam memasuki masa

menopause. Hal ini dikarenakan kehamilan dan persalinan akan memperlambat sistem kerja organ reproduksi perempuan dan juga dapat memperlambat penuaan tubuh (Manuaba, 2005). Hal ini berbeda dengan faktor pemakaian alat kontrasepsi yang tidak begitu memiliki pengaruh yang signifikan terhadap usia menopause. Namun ada beberapa penelitian yang menemukan korelasi antara lamanya penggunaan alat kontrasepsi terhadap usia menopause seperti penelitian dari Masruroh yang menunjukkan hasil bahwa ada hubungan riwayat penggunaan kontrasepsi hormonal dengan usia menopause. Perempuan yang menggunakan kontrasepsi hormonal cenderung mengalami keterlambatan menopause. Hal tersebut dikarenakan cara kerja alat kontrasepsi yang menekan fungsi indung telur, sehingga tidak dapat memproduksi sel telur (<http://ejournal.com>).

Usia menopause berhubungan dengan usia menars. Semakin dini usia menars, maka dapat dipastikan semakin lambat menopause dapat terjadi. Namun sebaliknya, apabila usia menars semakin lambat maka semakin lebih cepat usia menopause dapat terjadi. Dengan bertambahnya usia, kepekaan folikel untuk matang atas pengaruh dari gonadotropin mulai mengalami penurunan, sehingga semakin lama semakin sedikit estrogen yang diproduksi, sehingga menyebabkan terjadinya perubahan siklus haid. Penurunan kadar estrogen yang terus-menerus terjadi dapat menyebabkan berhentinya haid dan dalam fase ini perempuan telah mengalami menopause (repository.uinjkt.ac.id).

B. MITOS-MITOS MENOPAUSE

Banyak mitos-mitos atau kepercayaan yang berkembang dalam masyarakat terkait dengan menopause. Mitos-mitos tersebut begitu diyakini, sehingga sadar atau tidak sadar telah membentuk pola pikir perempuan menjadi negatif pada saat ia mengalami menopause. Mitos atau keyakinan yang cenderung bersifat tidak rasional tentang menopause antara lain:

1. Perempuan yang mengalami menopause secara otomatis berpredikat menjadi tua atau waktunya sudah lewat, yang ditandai dengan berhentinya menstruasi, dengan begitu perempuan tidak lagi mampu melahirkan anak, yang juga berarti tidak lagi mampu mengemban tugas atau perannya sebagai penerus generasi. Di sisi lain, penurunan atau bahkan berhentinya hormon estrogen dapat berpengaruh pada hilangnya tanda-tanda kecantikan yang merupakan ciri khas perempuan—yang dibanggakan.

2. Menopause sering kali dikaitkan dengan lengsernya peran sebagai istri bagi suami dan ibu bagi anak-anaknya. Sebagian besar perempuan mengalami menopause, dan hampir sering bersamaan waktunya dengan pencapaian karir puncak suaminya dalam hal pekerjaannya. Dalam kondisi demikian, kebanyakan suami disibukkan dengan urusan pekerjaan, sehingga waktu untuk istri menjadi berkurang, sedangkan sebagian besar anak-anaknya pun sudah menginjak usia remaja atau dewasa awal dan telah hidup berumah tangga. Secara otomatis mereka sudah memiliki kesibukan masing-masing dengan kegiatannya, sehingga tidak lagi memiliki intensitas yang tinggi untuk berkomunikasi dengan ibunya bahkan ada kesan bahwa anak tidak lagi membutuhkan ibunya. Kesan tersebut sering muncul dalam fase kehidupan seorang perempuan klimakterium. Bagi perempuan yang selama ini mengabdikan total pada keluarga, maka akan berkurang kerepotannya ketika mengurus suami dan anak, sehingga dapat menimbulkan perasaan bahwa dirinya sudah tidak berharga dan tidak dibutuhkan lagi di dalam kehidupan keluarga. Perasaan bahwa dirinya tidak dibutuhkan dan tidak dihargai ini, nantinya akan berpotensi menurunkan dan menghentikan keinginannya untuk melakukan aktivitas. Kemungkinan ia akan bertindak dengan mengisolir dan menyingkir dari aktivitas sosial maupun kemasyarakatan.
3. Perempuan yang mengalami menopause, sering kali kehilangan daya tarik seksualnya dan aktivitas seksualnya menjadi turun, bahkan ada beberapa perempuan yang beranggapan bahwa sesudah menopause, ia tidak akan lagi bisa memberi kepuasan seksual bagi suaminya. Begitupun dengan dirinya sendiri, ia merasa tidak dapat menikmati hubungan intim dengan suaminya, karena jaringan genitalnya berkurang elastisitasnya. Bahkan ada anggapan, jika perempuan yang sudah menopause sebaiknya tidak melakukan hubungan seksual, karena akan mengakibatkan munculnya penyakit-penyakit yang berbahaya. Keyakinan seperti ini dapat menggiring opini perempuan untuk mengurangi atau menghindari aktivitas seksual, sehingga hal ini yang akan berpengaruh pada berkurangnya keharmonisan hubungan antara suami dan istri. Kondisi ini, pada tahap selanjutnya diyakini akan menjadi pemicu munculnya masalah suami istri yang lebih kompleks lagi.

4. Mitos lainnya yang berkembang dalam masyarakat adalah bahwa perempuan yang telah memasuki fase klimakterium, akan cenderung menganggap periode menopause sama dengan periode goncangan jiwa. Hal itu ditandai dengan munculnya beberapa gejala psikologis, seperti halnya kemunculan rasa takut, tegang, sedih, lekas marah, mudah tersinggung, gugup, stres, depresi, serta gejala-gejala psikologis lainnya. Sebenarnya hal-hal semacam ini tidak perlu dikhawatirkan, karena dalam fase hidupnya perempuan memang seharusnya mengalami dan melewati tahap klimakterium ini.

C. PERSEPSI PEREMPUAN MENOPAUSE TERHADAP AKTIVITAS SEKSUAL

Perempuan yang mengalami menopause, akan berpengaruh terhadap aktivitas seksualnya, seperti seksualitasnya, hubungan seks, dorongan seks, fungsi seksual, dan respons seksual perempuan. Seksualitas merupakan suatu komponen integral dari kehidupan seorang perempuan normal. Hubungan seksual yang nyaman dan dapat memuaskan merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam langgengnya hubungan perkawinan bagi banyak pasangan (Irwan, 2012). Sedangkan perilaku seksual adalah manifestasi dari aktivitas seksual yang meliputi hubungan seksual maupun masturbasi. Hubungan seksual diartikan sebagai hubungan fisik yaitu hubungan yang melibatkan aktivitas seksual alat genital laki-laki dan perempuan (Zawid dalam Perry & Potter, 2005). Dorongan atau nafsu seksual merupakan minat seseorang untuk memulai atau mengadakan hubungan intim (sexual relationship). Kegairahan seksual (sexual excitement) adalah respons tubuh terhadap rangsangan seksual. Ada dua respons yang mendasari hubungan seksual yaitu myotonia (ketegangan otot yang meninggi) dan vasocongestion (bertambahnya aliran darah ke daerah genital) (Chandra, 2005).

Fungsi seksualitas secara umum adalah untuk meningkatkan kesejahteraan kehidupan manusia, namun secara lebih khusus seksualitas berfungsi untuk prokreasi, yaitu menciptakan atau meneruskan keturunan dan rekreasi—demi memperoleh kenikmatan biologis atau seksual. Seksualitas juga sangat berkaitan dengan dimensi biologis, psikologis, sosial, dan juga kultural. Apabila dilihat dari dimensi biologis, seksualitas berkaitan dengan reproduksi. Berbicara seksual dari dimensi psikologis, maka akan berhubungan dengan identitas peran, perasaan seksualitas, dan bagaimana menjalankan fungsi manusia sebagai makhluk seksual. Sedangkan seksual dalam dimensi sosial berkaitan dengan bagaimana

lingkungan menjadi berpengaruh dalam pembentukan seksualitas dan pilihan perilaku seks. Seksual dari dimensi kultural akan berkaitan dengan perilaku seks yang menjadi bagian dari budaya yang ada dan berkembang di masyarakat (Ingrid dan Rizkiana, 2009).

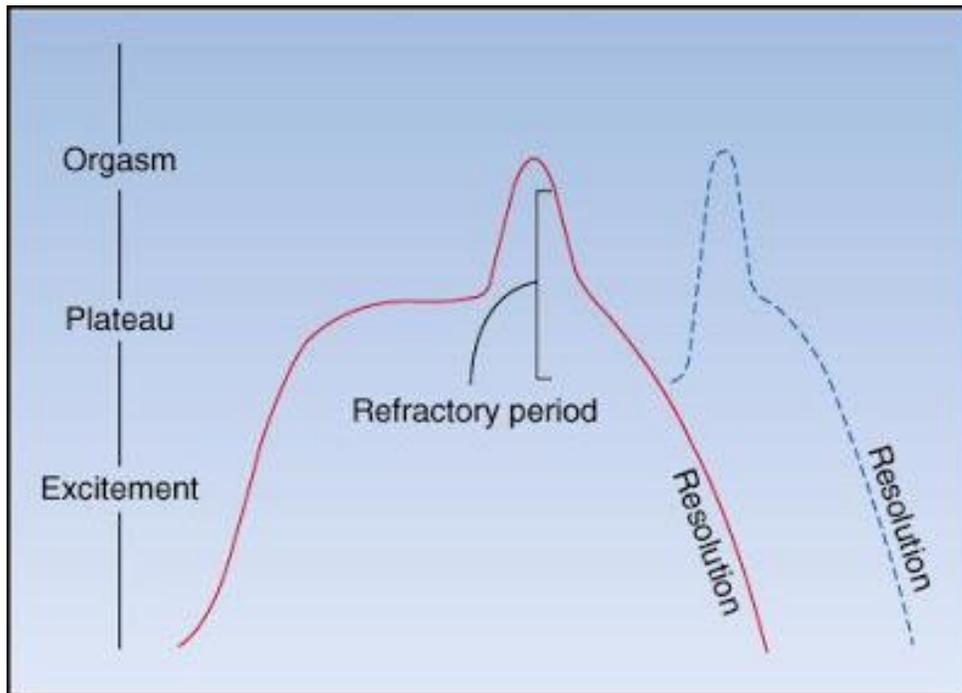
Menurut Masters dan Johnson (1996), Ada beberapa hal yang terjadi saat perempuan mengalami rangsangan seksual (bergairah secara seksual) dan berperilaku seksual secara umum, yakni melibatkan tahap-tahap sebagai berikut:

1. Tahap istirahat (tidak terangsang), seorang perempuan pada saat berada dalam kondisi tidak terangsang, maka vaginanya dalam keadaan kering dan juga dalam keadaan kendur.
2. Tahap rangsangan (*excitement*) yang mana melibatkan stimuli sensori. Pada saat minat seksual sedang timbul karena adanya stimuli atau rangsangan psikologis atau fisik, mulailah tahap rangsangan. Tahap ini terjadi pada laki-laki maupun perempuan, ditandai dengan vasokongesti yaitu bertambahnya aliran darah ke genitalia rongga panggul dan myotonia yaitu kondisi meningkatnya ketegangan atau tonus otot terutama di bagian genitalia. Selama berada pada fase gairah, klitoris maupun mukosa vagina, dan payudara akan membengkak akibat peningkatan aliran darah. Baru pada fase ini mulai terjadi lubrikasi di vagina, ukuran labia minora. Labia mayora dan klitoris juga mengalami peningkatan, sedangkan kondisi uterus terangkat menjauhi kandung kemih dan vagina serta puting susu mengalami ereksi. Vasokongesti dan myotonia merupakan syarat utama pada tahap *excitement* dan dapat menyebabkan basahnya vagina (*vaginal sweating*), serta ereksi klitoris pada perempuan (tidak selalu).
3. Tahap plateau (pendataran), pada saat seseorang gairah seseorang meningkat, ia akan mulai masuk pada tahap plateau yaitu vasokongesti dan myotonia mendatar tetapi minat seksual pada tahap tersebut tetap tinggi. Fase ini dapat berlangsung singkat maupun lama tergantung pada rangsangan dan dorongan seksual individu, latihan social, dan konstitusi tubuh orang tersebut. Sebagian orang ada yang menginginkan orgasme secepatnya, orang lain dapat mengendalikannya, yang lain lagi menginginkan plateau yang lama sekali (Chandra, 2005). Pada saat perempuan mencapai fase plateau, maka kondisi lapisan ketiga terluar dari vagina membengkak akibat aliran darah dan distensi, lalu klitoris akan mengalami retraksi dan “sex flush” yang merupakan suatu ruam seperti campak, serta dapat menyebar dari payudara ke semua bagian tubuh.

4. Tahap orgasme melibatkan ejakulasi dan kontraksi otot, tahap ini berlangsung relatif singkat. Ketegangan psikologis dan otot naik dengan cepat, begitu juga yang terjadi pada aktivitas tubuh, jantung, dan pernapasan. Dalam hal ini, orgasme dapat dicetuskan secara psikologis dengan cara fantasi maupun somatik. Cara ini ditempuh dengan memberi stimulasi pada bagian tubuh tertentu yang mana hal tersebut berbeda pada setiap orang (vagina, uterus pada wanita). Selama seseorang berada pada fase orgasme, maka seseorang tersebut akan mulai merasakan terjadinya ketegangan otot sampai pada puncaknya yang mana ketegangan tersebut akan menurun kembali karena darah didorong keluar dari pembuluh darah yang membengkak. Begitupun juga yang terjadi pada denyut nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah yang meningkat, serta akan terjadi kontraksi ritmis uterus. Fase orgasme merupakan fase dengan sensasi kenikmatan yang berlangsung dan terasa lebih intens. Kemudian pelepasan ketegangan seksual terjadi secara tiba-tiba, yang juga disebut sebagai klimaks atau orgasme.
5. Tahap resolusi yang juga mencakup pasca senggama, sesudah berlangsungnya orgasme pada laki-laki biasanya segera akan memasuki fase resolusi menjadi pasif dan tidak lagi responsif, penis mengalami detumescence, pada fase ini seorang laki-laki biasanya tertidur. Sedangkan sebagian perempuan juga biasanya mengalami hal tersebut. Akan tetapi, secara umum masih bersifat responsif secara seksual, dan perempuan cenderung masih bisa masuk ke dalam fase plateu kembali, sehingga pada fase ini kemungkinan masih bisa terjadi orgasme yang bersifat multiple. Baik laki-laki maupun perempuan, sesudah orgasme akan mengalami resolusi atau fase istirahat. Dalam fase ini, keduanya mengalami relaksasi mental dan fisik yang diliputi perasaan sejahtera. Banyak laki-laki dan perempuan merasakan kepuasan psikologis atau relaksasi tanpa mencapai orgasme dan yang lain merasa kecewa apabila tidak mencapai orgasme (Chandra, 2009).

Menopause merupakan sesuatu yang pasti dialami perempuan dalam perjalanan hidupnya, yang mana hal tersebut merupakan proses alamiah sejalan dengan pertambahan usia. Seorang perempuan yang akan mengalami masa menopause, akan ditandai dengan berhentinya siklus haid. Pada masa menopause, banyak perempuan yang tetap melakukan aktivitas seksual, namun mengeluhkan adanya rasa tidak nyaman. Seksualitas dalam hal ini merupakan keinginan untuk menjalin hubungan, kehangatan, atau cinta dan perasaan diri

secara menyeluruh pada individu, meliputi memandang dan berbicara, berpegangan tangan, berciuman atau memuaskan diri sendiri, dan sama-sama menimbulkan orgasme (Stuart, 2006).



Gambar 6.2. Respons Seksual Perempuan

Sumber: <https://bit.ly/2O3eXzj>

Perempuan menopause akan merasakan sakit pada saat melakukan hubungan badan. Selain itu, perempuan menopause juga cenderung memiliki perasaan takut berlebihan akan kehilangan suami dan anak. Perempuan menopause juga akan ketakutan jika ditinggalkan sendiri. Hal demikian dapat menjadi pemicu bagi menurunnya keinginan seks. Anggapan yang salah perihal seksualitas pada fase menopause dapat menimbulkan kecemasan, karena perempuan menopause merasa takut tidak dapat melayani suami dengan baik, sehingga nantinya sang suami akan mencari *perempuan* lain dan menduakannya atau bahkan menceraikannya. Karena hal tersebut, tidak sedikit dari mereka yang kemudian merasa tidak berarti lagi bagi suaminya. Sedangkan disisi lain tidak jarang para suami juga menunjukkan sikap dan perilaku yang sangat mengganggu istri yang sedang memasuki masa menopause

Menurut Pangkahila (1998), ada empat kemungkinan mengapa para suami enggan berhubungan seksual lagi dengan istrinya yang telah memasuki masa menopause, yaitu kemungkinan pertama, sang suami tidak lagi memiliki ketertarikan dengan sang istri. Kedua, ada anggapan yang salah bahwa menopause berarti telah dorongan seksual telah padam. Ketiga, perempuan menopause dianggap akan mengalami kesulitan dalam berhubungan intim yang disebabkan oleh adanya pelendiran vagina yang berkurang, sementara ereksi tetap kokoh seperti sedia kala. Keempat, adanya penolakan istri karena merasa sakit saat berhubungan seksual.

D. KUALITAS HIDUP PEREMPUAN MENOPAUSE

Berbicara tentang kualitas hidup, biasanya memiliki ragam arti yang berbeda-beda tergantung bagaimana cara pandang dan konteks apa yang akan dibicarakan. Karangora (2012) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup seseorang tersebut, serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya. Standar kualitas hidup individu yang satu dengan yang lainnya berbeda, hal itu tergantung pada definisi atau interpretasi dari masing-masing individu dalam memandang permasalahan kesehatan seperti salah satunya tentang bagaimana kualitas hidup yang baik. Perlu dicatat bahwa kualitas hidup akan sangat rendah apabila aspek-aspek dari kualitas hidup itu sendiri masih kurang dipenuhi.

Dalam dunia kesehatan, menurut WHO secara umum kualitas hidup adalah persepsi individu tentang bagaimana keberadaannya di kehidupan dalam berbagai konteks seperti konteks budaya dan sistem nilai tempat ia tinggal. Jadi dalam skala yang lebih luas meliputi berbagai sisi kehidupan seseorang, baik dari segi fisik, psikologis, kepercayaan pribadi, dan hubungan sosial untuk berinteraksi dengan lingkungannya. Definisi ini merefleksikan pandangan bahwa kualitas hidup merupakan evaluasi subjektif, yang tertanam dalam konteks kultural, sosial, dan lingkungan. Kualitas hidup tidak dapat disederhanakan dan disamakan dengan status kesehatan, gaya hidup, kenyamanan hidup, status mental, dan rasa aman (Snoek, 2000).

Dalam persoalan ini, jika perempuan menopause dikaitkan dengan dimensi kualitas hidup yang didefinisikan oleh WHO, maka jelas perempuan menopause memiliki kemunduran dalam kualitas hidup mengingat banyak sekali perubahan-perubahan fisik maupun psikis

selama fase menopause yang tidak jarang mengundang berbagai macam penyakit, salah satunya adalah osteoporosis. Selain itu lebih luas lagi hal tersebut juga disebabkan ketika pada fase menopause seluruh dimensi tersebut mengalami perubahan-perubahan. Fase seperti ini, datang dalam waktu yang berangsur-berangsur. Dalam prosesnya, semakin hari akan semakin jelas, ada penurunan fungsi kelenjar indung telur. Oleh sebab itu, pada saat perempuan mulai memasuki usia 40 sampai 50 tahun, sering dijadikan momok yang menakutkan bagi perempuan. Secara psikologis, kekhawatiran semacam ini dapat bermula dari pikiran-pikiran yang negatif, bahwa dirinya akan menjadi tidak sehat, tidak lagi bugar, dan tentunya tidak lagi cantik. Kondisi seperti ini juga merupakan kondisi yang tidak menyenangkan bagi perempuan.

Masalah lain yang dialami perempuan menopause yang tidak kalah penting adalah menurunnya gairah seksual, hal ini disebabkan karena menurunnya organ-organ seksual perempuan. Kebanyakan pakar seksiologi berpendapat bahwa sebenarnya faktor fisik bukanlah faktor utama yang menjadi penyebab perempuan menopause tidak mau berhubungan seks, melainkan faktor utamanya adalah masalah psikis. Ketika memasuki masa menopause, perempuan sering memiliki rasa takut, gelisah, tegang, tidak percaya diri, dan khawatir yang berlebihan, terkait dirinya yang beranggapan tidak akan lagi menarik dan seprima dahulu. Sebaiknya alasan bahwa badan lemah dan tidak bergairah hanyalah alasan untuk menutupi ketakutan dan kekhawatiran tersebut. Apabila, perempuan bersikukuh dengan pendiriannya untuk tidak mau berhubungan seks, maka kemungkinan segala masalah yang datang menjadi semakin besar, yang nantinya akan menjadi pemicu keretakan rumah tangga.

Berkualitas atau tidaknya hidup seorang perempuan pada masa menopause sangat bergantung pada respons atau reaksi perempuan terhadap fase tersebut. Blackburn membagi reaksi perempuan terhadap menopause: pertama, reaksi yang bersifat pasif yaitu secara pasrah perempuan menerima bahwa dirinya telah memasuki masa menopause di mana hal tersebut merupakan salah satu tahap yang harus dialami oleh seorang perempuan dalam fase kehidupannya dan tidak bisa dielakkan lagi. Hal seperti ini biasanya dijumpai pada perempuan-perempuan yang tidak memiliki pengetahuan lebih atau tidak memiliki pendidikan yang cukup. Kedua yaitu reaksi neurosis merupakan reaksi yang timbul dari penolakan yang keras terhadap datangnya masa klimakterium yang ditandai dengan

munculnya keluhan-keluhan seperti rasa cemas, rasa tertekan, depresi, dan mudah tersinggung. Ketiga, adanya reaksi hiperaktif yaitu reaksi penolakan yang seolah-olah mengabaikan datangnya masa klimakterium dengan cara meningkatkan perhatian pada pekerjaan dan hobi, serta tidak setuju pada keluhan perempuan lain. Keempat, timbul reaksi adekuat, yakni suatu reaksi yang wajar diberikan oleh perempuan yang telah memasuki masa menopause, hal semacam ini biasanya dialami oleh perempuan yang emosionalnya berada pada tataran yang kuat. Dalam bahasa agama, reaksi adekuat merupakan manifestasi dari tindakan memandang menopause sebagai hal yang alamiah bahkan sering lebih disyukuri sebagai suatu kenikmatan yang diberikan Allah, maka individu akan menghadapinya dengan penerimaan yang penuh dan keikhlasan, sehingga berbagai gangguan fisiologis yang dialaminya tidak akan berdampak pada gangguan psikologis (Retnowati, 2001).

Dukungan keluarga merupakan salah satu hal positif yang dapat memengaruhi kualitas hidup perempuan menopause. Sejalan dengan penelitian Nunik Ike (2017), ada beberapa hal yang dapat memengaruhi kualitas hidup perempuan menopause diantaranya sebagai berikut:

1. Pengaruh Durasi Menopause

Ada pengaruh yang signifikan dari durasi menopause terhadap kualitas hidup perempuan menopause. Durasi menopause kurang dari 5 tahun memiliki perbedaan signifikan dalam hal domain psikososial dan seksual. Dalam hal ini, secara garis besar masa awal menopause merupakan masa adaptasi perempuan dalam menghadapi perubahan yang berkaitan dengan penurunan hormon estrogen yang akhirnya berdampak pada seksualitas dari perempuan menopause. Selain itu, ada keluhan di awal masa menopause yang membuat perempuan merasa terbebani dengan berbagai ketidaknyamanan yang harus dihadapinya.

Durasi menopause kurang dari 5 tahun cenderung memiliki kualitas hidup yang buruk pada hal domain fisik, domain psikososial, dan domain seksual. Perempuan pada fase menopause sangat membutuhkan adanya intervensi lanjutan yaitu dilakukan pemberian KIE tentang perubahan fisik, psikologis, vasomotor, dan seksual selama proses menopause, sekaligus juga cara bagaimana mengalihkan perhatian dari keluhan yang dirasakan yaitu dengan meningkatkan dukungan keluarga terutama dukungan yang datang dari suami untuk meningkatkan rasa percaya diri dalam menghadapi perubahan-

perubahan yang dialami pada fase menopause, serta mengurangi stres yang ditimbulkan dari perubahan-perubahan tersebut dengan cara melakukan hal-hal yang bersifat kreatif. Selain perkara tentang dukungan keluarga dan bagaimana cara mengatasi stres, perempuan menopause juga perlu mengetahui KIE tentang bagaimana istirahat yang cukup dan peningkatan aktivitas fisik yang merupakan salah satu upaya dalam meminimalisir keluhan-keluhan yang terjadi pada fase menopause.

2. Pengaruh BMI

Efek BMI secara signifikan ditemukan untuk sub-skala-gejala vasomotor dan gejala somatik daripada perempuan dengan BMI normal. Perempuan dengan kecenderungan BMI tinggi jelas memiliki risiko yang jauh lebih tinggi terhadap kejadian *hot flushes*, inkontinensia urine, dan nyeri sendi daripada perempuan dengan BMI yang rendah. BMI obesitas memiliki kualitas hidup yang buruk pada domain fisik, domain psikososial, dan vasomotor. Pemberian KIE tentang pola nutrisi (diet) yang seimbang dan gaya hidup sehat sangat bermanfaat bagi perempuan menopause. Aktivitas fisik merupakan salah satu upaya untuk mempertahankan BMI agar tetap dalam keadaan normal dan juga menurunkan berat badan pada perempuan menopause. BMI normal akan sangat berguna untuk meminimalisir terjadinya keluhan-keluhan pada menopause yang memengaruhi kualitas hidupnya.

3. Pengaruh Dukungan Keluarga

Dukungan suami dan keluarga akan sangat memengaruhi kesejahteraan psikologisnya yang ditandai dengan rasa nyaman dan bahagia yang tentunya akan sangat berdampak pada berkurangnya keluhan-keluhan selama fase menopause, seperti keluhan akan gejala vasomotor, fisik, dan seksual yang dialami perempuan menopause. Masih menurut Nunik Ike (2017), dalam penelitiannya menunjukkan bahwa sebagian besar perempuan menopause cenderung memiliki kualitas hidup yang buruk, sehingga tidak mendapatkan dukungan keluarga dari aspek penghargaan, emosional, dan informasi.

Menurut Lubis dan Hasnida (2009), dukungan penghargaan dapat diperoleh dengan memberikan penghargaan positif kepada orang lain yang sedang stres, dorongan atau persetujuan terhadap ide ataupun perasaan individu, hal ini menyebabkan individu dapat menerima dukungan yang membangun rasa penghargaan terhadap dirinya, meningkatkan

kepercayaan diri, serta merasa bernilai. Selain itu, dukungan emosional dapat diperoleh dari pemberian ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan, misalnya dengan memberi penghargaan, pemberian semangat, serta pujian terhadap hal-hal yang sudah dilalui. Dukungan-dukungan yang diberikan oleh suami dan keluarga sangat berguna ketika individu mengalami stres terkait dengan keluhan yang dialami pada masa menopause. Perempuan menopause yang tidak memiliki dukungan keluarga cenderung memiliki kualitas hidup yang buruk pada domain fisik, domain psikososial, dan domain seksual. Peningkatan pemberian KIE terhadap keluarga dan masyarakat tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap kualitas hidup menopause merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan rasa percaya diri wanita menopause dalam menghadapi berbagai keluhan yang dirasakan. Pengertian, penerimaan, dan dukungan dari suami, keluarga, serta lingkungan sangat besar artinya bagi perempuan yang menjalani menopause. Perhatian yang diperoleh akan membuatnya merasa berharga.

4. Pengaruh Tingkat Pendidikan

Secara tidak langsung perempuan dengan latar belakang pendidikan tinggi diperkirakan akan lebih bisa memahami bagaimana cara untuk mempertahankan status gizi mereka. Namun sebaliknya, perkembangan kognitif, intelektual, serta mental seseorang yang berpendidikan rendah cenderung menemui kendala keterbatasan informasi, serta keterbatasan kemampuan yang dimilikinya. Dalam hal ini, Nunik Ike (2017) berpendapat bahwa orang yang berpendidikan tinggi akan jauh lebih mudah menerima dan memahami informasi, sehingga akan lebih mampu untuk menentukan sikap yang tepat dalam mempertahankan status kesehatannya, khususnya dalam hal status gizi jika dibandingkan dengan seorang yang tingkat pendidikannya rendah.

Perempuan yang memiliki pendidikan tinggi berhubungan sangat baik dengan kemudahan dalam mengakses layanan kesehatan yang juga memiliki karakter mudah beradaptasi dan mengendalikan situasi yang berdampak pada tingkat stres dan sekaligus memiliki kemampuan untuk bersikap positif dalam menghadapi penuaan dan fase menopause, sehingga diasumsikan bahwa kualitas hidupnya akan jauh lebih baik daripada yang berpendidikan rendah dan sulit mendapatkan informasi tentang

menopause. Selain itu, pendidikan juga mengajarkan individu dan masyarakat untuk dapat berpikir lebih rasional dan secara objektif, yang mana hal tersebut akan membangun kemampuan untuk menilai apakah kebudayaan masyarakat akan dapat memenuhi kebutuhan sesuai dengan kondisinya dan juga menjadi lebih mudah untuk memilih dan mengatur asupan makanan apa saja yang akan dikonsumsi demi menunjang derajat kesehatannya.

5. Pengaruh Pendapatan Keluarga

Perempuan dengan dukungan keluarga yang rendah, cenderung memiliki pendidikan rendah, akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang cenderung sulit terjangkau, serta ketersediaan makanan yang bergizi akan berkaitan dengan risiko timbulnya masalah kesehatan mengenai keluhan yang dirasakan pada masa menopause. Meskipun, kualitas hidup yang baik tidak hanya dipengaruhi oleh tingkat pendapatan saja, melainkan juga dipengaruhi oleh durasi menopause, BMI, dukungan keluarga, dan tingkat pendidikan. Masih menurut Nunik Ike (2017), meskipun pendapatan keluarga rendah, namun jika mereka cukup puas akan hal itu dan sudah terbiasa dengan nutrisi yang dikonsumsi, akses pelayanan kesehatan, dan transformasi yang harus dijalani, maka perempuan menopause akan merasa keluhan yang dialaminya tidak begitu berpengaruh pada kualitas hidupnya.

BAB 7

PERUBAHAN FISIK PADA MASA KLIMAKTERIUM

Penurunan yang cukup signifikan terhadap kadar hormon estrogen dan progesteron pada sebagian perempuan klimakterium akan sangat berpengaruh terhadap perubahan fisik. Perubahan-perubahan fisik tersebut dapat berupa kulit mengendur, inkontineta (gangguan kontrol berkemih), jantung berdebar-debar saat melakukan aktivitas, dan dalam jangka panjang rendahnya hormon estrogen akan dapat menimbulkan ancaman osteoporosis. Rendahnya kadar hormon estrogen merupakan salah satu penyebab dari osteoporosis (kerapuhan tulang). Penyakit kerapuhan tulang merupakan penyakit yang umum terjadi pada saat usia sudah menua yang mana hal tersebut lebih sering dialami oleh seorang perempuan yang telah memasuki masa klimakterium.

Biasanya seseorang akan kehilangan 1% tulang dalam setahun yang diakibatkan karena adanya proses penuaan yang dapat menyebabkan terjadinya nyeri persendian. Namun pada beberapa perempuan juga dapat kehilangan 2% tulangnya dalam setahun. Menurut Jhon Hutton (1984) yang telah dikutip oleh Kuncoro (2002), memperkirakan bahwa sekitar 25% perempuan dapat kehilangan tulangnya lebih cepat dari proses penuaan. Menurunnya kadar estrogen secara otomatis juga diikuti oleh penurunan kekuatan penyerapan kalsium yang terdapat pada makanan. Kekurangan kalsium pada tubuh dapat diatasi dengan menyerap kembali kalsium yang terdapat dalam tulang dan akibatnya tulang akan mengalami pengeroposan dan menjadi rapuh.

Selain persoalan kekeroposan tulang, perempuan klimakterium juga mengalami perubahan-perubahan pada fisiknya. Perubahan-perubahan tersebut berupa kulit cenderung menipis, kuku menjadi lebih rapuh dan berwarna kuning, mata kering dan mengalami kesulitan dalam menggunakan lensa kontak, rambut menipis, sering ditemukan tumbuh rambut di sekitar bibir, hidung dan telinga, serta terjadi pula perubahan-perubahan pada organ reproduksi (Baziad, 2003).

Perubahan-perubahan juga terjadi pada alat genitalia, yang meliputi liang senggama terasa kering, lapisan sel liang senggama mulai menipis, sehingga dapat menyebabkan mudah terjadi infeksi (infeksi kandung kencing, infeksi liang senggama). Daerah yang bersifat sensitif menjadi lebih sulit untuk dirangsang. Pada saat melakukan hubungan seksual menjadi terasa lebih nyeri (dispareunia), dan sulit mencapai orgasme. Lemahnya penyangga alat kelamin bagian dalam, liang senggama terasa turun (menonjol) dalam bentuk tonjolan kandung kencing (sistokel), tonjolan dinding bagian belakang (rektokel), dan mulut rahim terbuka.

A. PERUBAHAN PADA ORGAN REPRODUKSI

Berbagai organ reproduksi juga akan mengalami perubahan karena berhentinya haid. Rahim mengalami atrofi (keadaan kemunduran gizi jaringan), panjangnya menyusut, dan dindingnya menipis. Jaringan miometrium (otot rahim) menjadi sedikit dan lebih banyak mengandung jaringan fibrotik (sifat berserabut secara berlebihan). Leher rahim (serviks) menyusut tidak menonjol ke dalam vagina, bahkan lama-lama akan merata dengan dinding vagina. Lipatan-lipatan saluran telur menjadi lebih pendek, menipis, dan mengerut. Rambut getar yang ada pada ujung saluran telur atau fimbria akan menghilang (Kasdu, 2002).

Perubahan-perubahan yang terjadi pada organ reproduksi diantaranya yaitu:

1. Rahim

Rahim yang mengalami atrofi yakni panjang yang menyusut dan dindingnya mengalami penipisan, jaringan myometrium menjadi lebih sedikit, berbeda dengan jaringan fibrotik yang dijumpai lebih banyak. Leher rahim pada perempuan klimakterium mengalami penyusutan tidak menonjol ke dalam vagina, tetapi justru lama kelamaan akan merata dengan dinding vagina.

2. Saluran Telur

Saluran Telur yang mana lipatan-lipatannya menjadi lebih pendek, menipis, dan mengerut. Rambut getar yang ada pada ujung saluran telur atau fimbria menghilang. Pada saat perempuan telah melewati akhir usia 30 tahun-an, ia akan mengalami penurunan indung telur. Dengan demikian, pelepasan sel telur tidak selalu sesuai dengan pelepasan siklus haid. Pada saat ini, jarak haid menjadi tidak teratur yakni terjadi pada selang waktu yang lebih lama dengan pola cairan haid, yang berubah menjadi semakin sedikit atau

semakin banyak. Sampai pada akhirnya, pelepasan sel telur tidak lagi terjadi dan haid pun benar-benar berhenti. Penurunan produksi indung telur hampir selalu dibarengi dengan penurunan hormon. Indung telur sendiri dalam hal ini dapat memproduksi tiga hormon yaitu estrogen, progesteron, dan androgen.

Menurunnya kadar ketiga hormon di atas dapat memicu terjadinya perubahan pada organ reproduksi perempuan, seperti ukuran indung telur mengecil dan permukaannya akan menjadi keriput, hal ini sebagai akibat dari atrofi medulla (sumsum), tidak mengandung korpus luteum (badan kuning), dan tunika albuginea (selaput pembungkus) jadi menebal. Perubahan lainnya adalah terjadi sklerosis (penebalan) dini pada sistem pembuluh darah indung telur, sehingga dapat diperkirakan merupakan penyebab utama atas gangguan vaskularisasi (pembuluh darah) pada indung telur. Ada pula siklus menjadi anovulasi yaitu tidak adanya ovulasi, folikel primer yaitu pertumbuhan sel telur awal tidak dapat matang secara lebih baik, di samping tingginya kadar hormon gonadotropin. Tentu saja hal tersebut menjadikan metabolisme dan proses pertumbuhan pada indung telur mengalami penurunan, sedangkan jaringan ikat semakin meningkat. Oleh sebab itu, indung telur menjadi atrofi. Perubahan lainnya adalah produksi hormon estrogen menurun sehingga tidak terjadi lagi perubahan endometrium dan FSH, serta LH meningkat tetapi plasma estradiol yang terbentuk dari estrogen justru menjadi lebih rendah.

3. Serviks dan Vagina

Seperti halnya rahim dan indung telur, serviks juga dapat mengalami pengerutan dan memendek, sedangkan vagina mengalami kontraktur yaitu akan melemahkan otot jaringan, panjang, dan lebar vagina juga cenderung mengalami pengecilan. Forniks menjadi dangkal. Atrofi vagina berangsur-angsur menghilang. Selaput lendir alat kelamin akan menipis dan tidak lagi mempertahankan elastisitasnya akibat fibrosis.

4. Vulva

Jaringannya mulai menipis karena ada proses berkurang dan hilangnya jaringan lemak serta jaringan elastik, kulitnya menipis dan pembuluh darah berkurang sehingga menyebabkan terjadinya pengerutan pada lipatan vulva. Menopause juga mengakibatkan

berkurangnya selaput pembuluh darah dan serabut elastik. Semua keadaan ini sangat berpengaruh pada saat bersenggama karena akan terasa lebih nyeri (Kasdu, 2002).

5. Perubahan Hormon

Kadar hormon progesteron yang mengalami penurunan pada masa klimakterium dapat menyebabkan siklus haid terganggu, yakni menjadi sedikit, jarang, bahkan berhenti. Hal semacam itu juga disebabkan karena tidak tumbuhnya selaput lendir rahim yang diakibatkan karena hormon estrogen yang menurun. Sindroma kekurangan hormon estrogen menurut Kasdu (2002) dapat berupa gangguan sistem vasomotor yaitu saraf yang memengaruhi penyempitan atau pelebaran pembuluh darah seperti *hot flushes*, vertigo, keringat banyak, dan parestia. Dampak lain dari menurunnya hormon estrogen adalah adanya gangguan terhadap sistem konstitusional berupa berdebar-debar, nyeri pada bagian tulang belakang, nyeri otot, migrain, serta rasa takut yang kadang-kadang bersifat terlalu berlebihan. Hal serupa juga terjadi pada gangguan sistem psikis dan neurotik berupa depresi, kelelahan fisik, isomatik, susah tidur, serta rasa sakit. Sistem lainnya juga tidak luput dari dampak tersebut, seperti keputihan, rasa sakit saat bersenggama, libido yang mengalami gangguan, siklus haid yang tidak teratur, dan pruritus vulva yaitu terdapat rasa gatal pada alat kelamin luar perempuan.

Gangguan klinis juga tidak luput dari sorotan akibat dari turunnya kadar estrogen dalam tubuh perempuan. Gangguan yang terjadi tersebut datang pada usia 53 tahun, perempuan akan merasakan atrofi, dinding vagina mulai menipis, sering merasakan keputihan, dan sakit saat bersenggama. Selanjutnya pada usia 54-55 tahun, mengalami gangguan kandung kemih. Memasuki usia 55 tahun, perempuan menopause akan merasakan ada perubahan dengan menjadi kering dan kasar. Sedangkan pada usia 63-65 tahun, perempuan akan merasakan ada gangguan pada pembuluh darah dan aterosklerosis (Kasdu, 2002).

Perempuan premenopause, ovulasinya akan berhenti, yang mengakibatkan produksi hormon estrogen oleh aromatisasi androgen di stroma ovarium dan di tempat-tempat ekstragonad masih terus berlanjut. Namun hal ini tidak berlawanan dengan produksi progesteron dari korpus luteum. Kadar estradiol menurun secara signifikan seiring dengan penurunan produksi folikel pada menopause, tetapi estron yang diaromatisasi dari

androstenedion yang berasal dari sumber nonfolikel, masih diproduksi dan merupakan sumber utama sirkulasi estrogen pada perempuan pascamenopause. Perempuan yang memasuki usia 40 tahun sudah memasuki fase menjadi tua. Pertambahan usia seorang perempuan diiringi dengan berkurangnya jumlah folikel dalam ovarium yang dapat menurunkan kemampuannya dalam merespons rangsangan hormon-hormon hipofisis terutama hormon steroid.

B. PERUBAHAN DI LUAR ORGAN REPRODUKSI

Menopause tidak hanya memberi dampak pada perubahan organ reproduksi, melainkan juga perubahan di luar organ reproduksi perempuan. Perubahan-perubahan tersebut yaitu adipositas (penimbunan lemak), hipertensi (tekanan darah tinggi), hiperkolestolemia (kolesterol tinggi), aterosklerosis (perkapuran dinding pembuluh darah), virilisasi (pertumbuhan rambut-rambut halus), serta osteoporosis (kropos tulang) (Yulli Andriani, 2013).

1. Adipositas (Penimbunan Lemak)

Peningkatan berat badan bahkan obesitas pada perempuan rawan terjadi pada usia menjelang 55-65 tahun. Hal ini dapat dimengerti mengingat obesitas merupakan salah satu gangguan nutrisi yang paling menakutkan dan sering dijumpai pada dunia dengan prevalensi yang terus meningkat dari tahun ke tahun. Di seluruh dunia, prevalensi obesitas berlipat ganda sejak tahun 1980. Memasuki tahun 2008, di negara maju dan berkembang sebanyak 1,5 miliar orang dewasa berusia di atas 20 tahun dan telah mengalami *overweight* (indeks massa tubuh (IMT) 25-29,9 kg/m²). Dari angka tersebut, dapat disimpulkan bahwa lebih dari 200 juta laki-laki dan hampir 300 juta perempuan mengalami obesitas (IMT \geq 30 kg/m²). Lebih jauh lagi, angka obesitas justru meningkat signifikan di negara berkembang yang mengadopsi gaya hidup barat (penurunan aktivitas fisik dan konsumsi makanan murah padat energi secara berlebihan). Peningkatan tajam *overweight* dan obesitas pada 20 tahun terakhir tergantung pada beberapa faktor dan hanya sebagian yang berhubungan dengan perubahan gaya hidup.

Beragam efek obesitas, meliputi peningkatan risiko kematian prematur hingga beberapa penyakit nonfatal dengan pengaruh buruk terhadap kualitas hidup. Obesitas merupakan faktor risiko utama pada diabetes mellitus, penyakit kardiovaskuler, penyakit

jantung Koroner, infark, stroke, dan hipertensi. Hubungan antara obesitas dan penyakit metabolik sangatlah kompleks. Dapat dijumpai orang yang sehat secara metabolik tetapi dengan fenotipe obese pada 9% laki-laki dan 16% perempuan obese. Angka abnormalitas kardiometabolik yang jauh lebih rendah pada individu obese yang sehat secara metabolik ini tidak dapat dijelaskan oleh komposisi diet ataupun tingkat aktivitas fisik. Hal ini menekankan pentingnya perihal kontribusi genetik sebagai predisposisi terhadap komorbiditas obesitas. Obesitas juga merupakan faktor risiko utama pada inkontinensia urine, kanker endometrium, kanker payudara, kanker usus besar, serta gangguan musculoskeletal terutama osteoarthritis dan penyakit degeneratif sendi yang dapat mengakibatkan kecacatan (Hankinson, 2012).

Telah diketahui bahwasanya obesitas juga memiliki hubungan dengan perubahan panjang siklus haid dan pola hormone pada perempuan menopause, dengan siklus lebih panjang akibat memanjangnya fase folikuler. Angka peningkatan IMT premenopause dan adanya penurunan berat badan episodik premenopause lebih dari 5kg, yang dihubungkan secara independen dengan ANM yang lebih tua. Tidak hanya itu, ANM yang lebih tua juga dihubungkan dengan tidak merokok, berat badan dewasa lebih tinggi, IMT lebih tinggi, konsumsi alkohol lebih banyak, olahraga dengan waktu dan pola yang teratur, serta bukan termasuk vegetarian. Studi longitudinal dapat mengidentifikasi bahwa makin tinggi IMT, makin tua ANM. Dalam Penn Ovarium Aging Study, terdapat hubungan positif antara IMT dan peluang transisi dari pre ke perimenopause, tapi tidak dari peri ke pascamenopause. ANM juga kemungkinan dapat dipengaruhi oleh faktor genetik. Kemungkinan-kemungkinan tersebut datang dari jalur dan *region genomic* yang dihubungkan dengan ANM (Samuel, 2009).

Kebanyakan wanita menopause yang memiliki tubuh gemuk secara psikologis disebabkan oleh pikiran akan beban hidup yang sudah mulai berkurang untuk memikirkan anak-anak, karier, dan rumah tangga. Selain itu, karena perubahan hormon, pola makan yang berubah, dan aktivitas yang sudah mulai menurun. Menurut Yulli Andriani (2013), Penyebaran lemak pada perempuan klimakterium dapat ditemukan pada tungkai atas, pinggul, perut bawah, dan lengan atas. Sekitar 29% perempuan klimakterium telah memperlihatkan kenaikan berat badan yang sedikit dan 20% kenaikan

yang mencolok. Terkait hal ini, diduga ada hubungannya dengan turunnya estrogen dan gangguan pertukaran zat dasar metabolisme lemak. Perlu adanya pencegahan terhadap kenaikan berat badan yang berlebih pada perempuan menopause, hal ini tentu saja untuk menghindari berbagai penyakit lain yang bermunculan. Ada beberapa upaya pilihan untuk mencegah peningkatan berat badan secara berlebih. Upaya-upaya tersebut meliputi aktivitas fisik, diet dengan pengendalian kalori, farmakoterapi atau pembedahan bariatrik, terapi komplementer atau alternatif—seperti akupunktur, yoga, dan suplemen herbal—juga dapat membantu menurunkan berat badan. Upaya ini dapat dilakukan secara sendiri-sendiri maupun dalam bentuk kombinasi.

Bagi perempuan yang telah memasuki fase klimakterium aktivitas fisik merupakan upaya terbaik untuk menurunkan berat badan, mengecilkan lingkaran pinggang, mencegah penuaan dan mencegah menopause datang lebih dini. Perempuan paruh baya yang aktif memiliki keuntungan tersendiri, beberapa keuntungan tersebut salah satunya karena mereka memasuki masa menopause di mana IMT jadi jauh lebih rendah, massa lemak juga lebih rendah, *lean mass* lebih besar, dan obesitas sentral yang lebih sedikit. Meskipun dalam persoalan ini tidak semua aktivitas fisik dapat mencegah peningkatan berat badan akibat usia, namun aktivitas fisik paling tidak dapat digunakan sebagai cara untuk mencegah terjadinya obesitas. Aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur selama 60 menit setiap harinya merupakan upaya yang cukup untuk mempertahankan berat badan normal (Institute of Medicine, 2002).

Diet kalori juga merupakan salah satu upaya untuk menurunkan berat badan, lemak tubuh total, dan viseral. Diet konvensional dapat diartikan juga sebagai diet dengan kalori di bawah kebutuhan energi, tetapi di atas 800 kkal perharinya. Diet kalori yang biasanya dipilih adalah diet kalori seimbang, diet rendah kalori (rendah lemak), diet rendah kalori lemak sedang, diet rendah karbohidrat, dan diet mediterania. Determinan penting dari penurunan berat badan adalah kepatuhan diet, bagaimanapun komposisi makronutrientnya. Pemilihan diet yang berdasarkan selera dapat memperbaiki kepatuhan jangka panjang. Selain diet kalori, farmakoterapi juga dapat menjadi upaya untuk mengatasi masalah obesitas pada perempuan klimakterium. Obat antiobesitas merupakan agen farmakologis yang berfungsi untuk mengurangi atau mengendalikan berat badan.

Cara kerja obat ini adalah dengan menekan nafsu makan dan meningkatkan rasa kenyang jauh lebih lama, meningkatkan metabolisme tubuh, serta dapat memengaruhi kemampuan tubuh untuk mengabsorpsi nutrisi spesifik dalam makanan (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

Pembedahan bariatric juga merupakan upaya medis yang dilakukan untuk penderita obesitas. Pembedahan bariatric adalah intervensi klinis dan *cost-effective* untuk obesitas sedang dan berat, yang dibandingkan dengan intervensi nonbedah lainnya. Prosedur bedah yang berbeda meliputi pintas gastrik, *gastroplasti vertical band*, *adjustable gastric banding*, dan *gastrektomi sleeve laparoskopik*. Dalam suatu ulasan sistematis mengenai efek pilihan bedah dan non bedah, perbedaan yang bermakna secara statistik tampak pada lima di antara enam uji acak terkendali. Dalam dua studi kohort yang melaporkan hasil pada 2 tahun, penurunan berat badan signifikan bervariasi antara 16 dan 28,6% dibandingkan dengan kelompok nonbedah di mana terdapat peningkatan berat badan. Dalam perbandingan prosedur bedah, pintas gastrik ditemukan lebih efektif jika dibandingkan dengan *gastroplasti vertical band*. Tidak ada perbedaan signifikan pada besar penurunan dan kualitas hidup antara operasi terbuka versus laparoskopik (Picot, 2009).

Selain upaya pengobatan secara medis, pengobatan tradisional juga ditempuh oleh penderita obesitas maupun perempuan klimakterium yang melakukan pencegahan terhadap obesitas. Dalam hal ini salah satu contohnya adalah efektivitas dan pengobatan tradisional Cina, termasuk Chinese Herbal Medicine (CHM) dan akupunktur, yang dapat menjadi salah satu alternatif terapi dalam mengatasi masalah obesitas. Akupunktur diyakini dapat menginduksi penurunan berat badan melalui efek regulasi terhadap fungsi saraf dan endokrin. Akupunktur laser juga telah menunjukkan efek terapeutik terhadap IMT dan berat badan.

2. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)

Salah satu masalah kesehatan yang besar di dalam negara berkembang adalah hipertensi. Hal tersebut dikarenakan, pada saat ini banyak terjadi perubahan-perubahan gaya hidup. World Health Organization (WHO) mencatat bahwa 65,74% penderita hipertensi berada di negara berkembang termasuk di Indonesia. Angka kejadian

hipertensi di Indonesia menunjukkan fakta bahwa di daerah pedesaan masih banyak penderita yang belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Di Indonesia, banyaknya penderita hipertensi yang dapat diperkirakan sejumlah 15 juta orang, tetapi hanya sekitar 4% yang merupakan hipertensi terkontrol. Prevalensi hipertensi pada orang dewasa adalah 6-15%, yang beberapa diantaranya tidak menyadari sebagai penderita hipertensi, sehingga mereka cenderung masa bodoh dan membiarkan saja. Dari data epidemiologi, insiden hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia, di mana kebanyakan hipertensi terjadi pada usia lanjut di atas 60 tahun. Individu yang berumur di atas 60 tahun, 50-60% mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg (Nyoman Dianita Candradew, 2015).

Hipertensi merupakan suatu keadaan di mana terdapat peningkatan tekanan darah dan memberi gejala yang akan berlanjut ke suatu organ target seperti terjadi stroke (untuk otak), penyakit jantung koroner (untuk pembuluh darah jantung) dan hipertrofi ventrikel kanan (untuk otot jantung) (Bustan, 2007). Hipertensi juga merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan yang sangat serius pada saat ini. Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan 7 kali lebih besar terkena stroke, 6 kali lebih besar terkena *congestive heart failure*, dan 3 kali lebih besar terkena serangan jantung (Rahajeng & Sulistyowati, 2009).

Menurut Louse (2011) tekanan darah tinggi sering disebut *silent killer* karena mungkin penyakit ini tidak memiliki gejala luas selama bertahun-tahun. Hipertensi secara perlahan dapat menyebabkan terjadinya komplikasi pada jantung, paru-paru, pembuluh darah, otak, dan ginjal jika tidak segera diobati. Gejala hipertensi antara lain meliputi sakit kepala, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, wajah memerah, sering buang air kecil, telinga berdenging, dan dunia terasa berputar. Sedangkan faktor-faktor yang dapat memicu hipertensi dapat dibedakan atas yang tidak dapat terkontrol, seperti adanya faktor keturunan, jenis kelamin, dan usia. Faktor lain yang dapat memicu hipertensi tapi masih dapat dikontrol seperti kegemukan, kurang olahraga, konsumsi natrium dan lemak, serta stres. Menurut Lanny (2004), adapun hipertensi menurut penyebab terjadinya dapat digolongkan menjadi dua jenis yaitu:

- a. Hipertensi primer merupakan kasus hipertensi yang sering dijumpai dan cenderung tidak diketahui secara pasti penyebabnya. Sebanyak 90% sampai dengan 95% kasus hipertensi tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi primer tidak disebabkan oleh faktor tunggal yang bersifat khusus, melainkan disebabkan oleh banyak faktor yang tentu saja saling berkaitan. Faktor yang umumnya diidentifikasi sebagai penyebab hipertensi jenis ini adalah stres, adanya riwayat keluarga, lingkungan, terdapat kelainan metabolisme intraseluler, obesitas, konsumsi alkohol, merokok, dan kelainan dara atau polisitemia.
- b. Hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang disebabkan oleh adanya kelainan atau keadaan dari sistem organ lain. Sebanyak 5% hingga 10%, kasus hipertensi telah diketahui penyebabnya. Penyebab yang lebih spesifik sudah diketahui, seperti gangguan hormonal, penyakit jantung, diabetes, ginjal, penyakit pembuluh darah, dan berhubungan dengan kehamilan. Sedangkan kasus yang jarang sekali terjadi adalah karena tumor kelenjar adrenal.

Hipertensi atau kenaikan tekanan darah sistolik saat penuaan disebabkan oleh adanya peningkatan di kekakuan pembuluh darah dari arteri besar, dengan kombinasi perubahan aterosklerotik di dinding pembuluh darah. Tekanan darah sistolik cenderung meningkat lebih tajam pada perempuan yang telah mengalami penuaan jika dibandingkan dengan yang terjadi pada laki-laki, penyebabnya ini mungkin terkait dengan perubahan hormonal yang terjadi selama fase menopause. Beberapa hormon menopause memiliki efek aditif dalam peningkatan tekanan darah selama dalam proses transisi menopause, efek yang dapat terjadi kemudian adalah peningkatan relatif kadar androgen, aktivasi sistem renin-angiotensin, tingkat renin tinggi, dapat pula meningkatkan kadar plasma endotelin, tingginya sensitivitas garam, peningkatan resistensi insulin, tingginya aktivitas simpatis, dan kenaikan berat badan. Beberapa studi klinis bahkan telah menunjukkan bahwa sensitivitas garam lebih tinggi pada perempuan pascamenopause apabila dibandingkan dengan perempuan premenopause, yang dapat menjelaskan efektifitas dan toleransi yang baik dari diuretic dan ACE inhibitor pada penuaan perempuan. Pada tahap selanjutnya, aktivitas simpatis akan jauh lebih tinggi dari pada pascamenopause perempuan, jika dibandingkan dengan laki-laki pada usia yang sama, terutama dalam perempuan yang

memiliki berat badan berlebih. *Sympathetic overaktif* dikaitkan dengan lemak viscaeral perut yang sangat terkait dengan terjadinya peningkatan penanda inflamasi dan stres oksidatif. Perubahan yang tidak kalah penting pada fase menopause adalah terjadinya peningkatan resistensi insulin yang menyebabkan perubahan tidak menguntungkan bagi tekanan darah, lipid metabolisme, berat badan, dan tentu saja bagi perkembangan metabolisme (Franke, 2009).

Klasifikasi	Sistolik		Diastolik
Optimal	< 120	dan	< 80
Normal	120 – 129	dan/ atau	80 – 84
Normal tinggi	130 – 139	dan/ atau	84 – 89
Hipertensi derajat 1	140 – 159	dan/ atau	90 – 99
Hipertensi derajat 2	160 – 179	dan/ atau	100 – 109
Hipertensi derajat 3	≥ 180	dan/ atau	≥ 110
Hipertensi terisolasi	sistolik ≥ 140	dan	< 90

Gambar 7.1. Klasifikasi Hipertensi

Sumber: <https://bit.ly/2O0ipdN>

3. Hiperkolesterolemia (Kolesterol Tinggi)

Kolesterol merupakan sterol terbanyak yang ada di dalam tubuh, bentuknya bisa sebagai kolesterol bebas ataupun terikat pada asam lemak sebagai kolesterilester. Pada umumnya, kolesterol terdapat dalam darah dan limfe terlihat sebagai kolesterilester sedangkan yang dalam sel-sel darah otot, hepar, dan jaringan lainnya terlihat dalam bentuk bebas. Adapun struktur kimia dasar dari kolesterol dapat berupa steroid. Terdapat dalam jaringan, dan lipoprotein plasma dalam bentuk kolesterol bebas atau bisa jadi gabungan dari asam lemak rantai panjang sebagai ester kolesterol. Senyawa kolesterol ini bisa disintesis dalam banyak jaringan dari asetil-Ko A dan pada akhirnya dikeluarkan dari tubuh melalui empedu sebagai garam kolesterol. Kolesterol adalah produk khas, hasil dari metabolisme hewan, sehingga relatif terdapat dalam semua bahan makanan yang berasal dari hewan, misalnya kuning telur, otak, daging, dan hati (Sulistyowati, 2006).

Kolesterol atau kadar lemak dalam darah umumnya berasal dari menu makanan yang dikonsumsi. Semakin banyak seseorang mengonsumsi makanan berlemak, maka akan semakin besar peluang baginya terkena kolesterol tinggi. Umumnya penderita kolesterol ialah mereka yang berbadan gemuk, namun tidak menutup kemungkinan mereka yang berbadan kurus juga dapat terserang kolesterol tinggi, mengingat budaya sekarang ini yang gemar mengonsumsi makanan modern yang rendah serat namun tinggi lemak. Selain faktor makanan, kolesterol tinggi juga dapat disebabkan oleh faktor keturunan.

Kadar lemak yang bersifat abnormal dalam sirkulasi darah, terutama kolesterol dapat menyebabkan masalah jangka panjang. Beberapa risiko tersebut yaitu aterosklerosis dan penyakit arteri koroner atau penyakit arteri karotis meningkat pada seorang yang memiliki kadar kolesterol total yang tinggi. Kadar kolesterol yang rendah, biasanya selalu lebih baik ketimbang kadar kolesterol tinggi, tetapi kadar kolesterol yang terlalu rendah juga tidak baik. Kadar kolesterol yang ideal adalah kurang lebih sekitar 140-200 mg/dL. Jika kadar kolesterol total cenderung mendekati 300 mg/dL, maka risiko terjadinya serangan jantung kemungkinan bisa lebih dari dua kali. Penurunan atau hilangnya kadar estrogen pada perempuan klimakterium dapat menyebabkan peningkatan kolesterol. Sebenarnya, peningkatan kadar kolesterol pada perempuan terjadi 10-15 tahun lebih lambat jika dibandingkan dengan laki-laki. Peningkatan kadar kolesterol pada perempuan klimakterium juga menjadi faktor utama dari penyebab aterosklerosis atau perkapuran pada dinding pembuluh darah (Balai Informasi Teknologi Lipi, 2009).

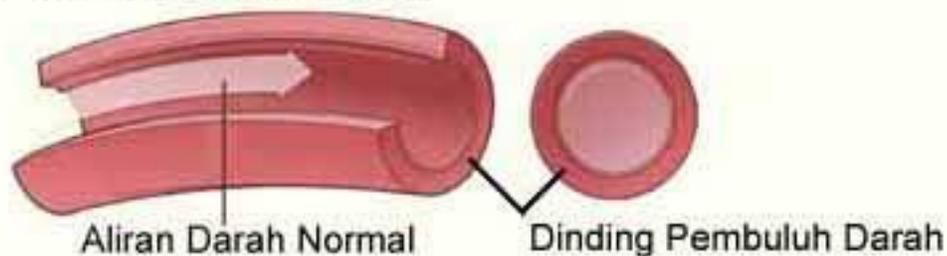
4. Aterosklerosis (Perkapuran Dinding Pembuluh Darah)

Aterosklerosis adalah penyakit yang disebabkan dari respons peradangan pada pembuluh darah (arteri besar maupun sedang), bersifat progresif, yang ditandai dengan deposit masa kolagen, lemak, kolesterol, produk buangan sel dan kalsium, disertai proliferasi miosit yang dapat menimbulkan penebalan dan pengerasan dinding arteri, sehingga mengakibatkan kekakuan dan kerapuhan arteri. Aterosklerosis sangat dekat dan dapat dipengaruhi oleh kadar kolesterol yang tinggi (khususnya LDL), merokok, tekanan darah tinggi, diabetes mellitus, obesitas, dan kurang aktivitas fisik. Tingginya kadar homosistein darah, fibrinogen, dan lipoprotein juga dilaporkan sebagai faktor risiko terjadinya aterosklerosis. Ada empat faktor risiko biologis yang tak dapat diubah, yaitu

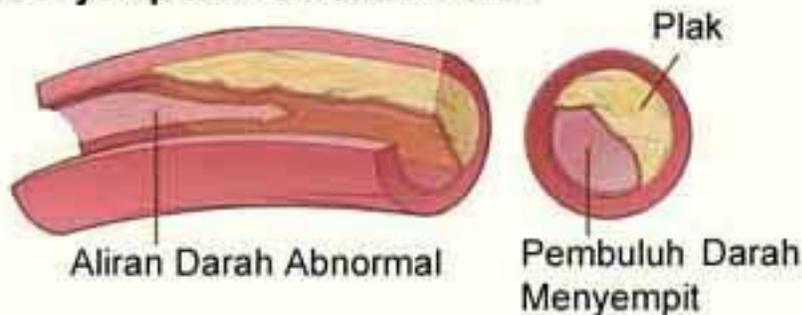
faktor usia, jenis kelamin, ras, dan riwayat keluarga (faktor genetik). *Helicobacter pylori* dan *Chlamydia pneumoniae* juga dapat menimbulkan infeksi atau transformasi miosit atau endotel yang bisa memicu lesi aterosklerosis (eprints.undip.ac.id).

Aterosklerosis juga sangat mungkin diderita oleh perempuan klimakterium, mengingat perempuan klimakterium juga rawan terkena hipertensi. Adanya hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol dapat menyebabkan peningkatan faktor risiko terhadap terjadinya aterosklerosis. *Sclerosis coroner primer* dan *infark miocard* akan terjadi 1-2 kali lebih sering setelah terjadinya penurunan kadar estrogen pada perempuan menopause (Yully Andriani, 2013).

A. Pembuluh Darah Normal



B. Penyempitan Pembuluh Darah



Gambar 7.2. Aterosklerosis (Perkapuran Dinding Pembuluh Darah)

Sumber: <https://bit.ly/2M9JZDP>

5. Virilisasi (Pertumbuhan Rambut-Rambut Halus)

Turunnya hormon estrogen dalam darah dan adanya efek androgen dapat menyebabkan tanda-tanda diferensiasi dari defeminasi serta maskulinisasi. Hal demikian

sangat berhubungan dengan kondisi ovarium sendiri dalam membentuk estron yang bersifat endrogen (Yully Andriani, 2013).

6. Osteoporosis (Keropos Tulang)

Berkurangnya hormon estrogen di dalam tubuh dapat mengakibatkan kaum perempuan memiliki risiko lebih tinggi terkena osteoporosis, terutama pada masa menopause karena pada masa ini hormon estrogen menurun, yang secara otomatis dapat mengakibatkan kecepatan penurunan massa tulang meningkat. Hal ini terjadi karena estrogen membantu penyerapan kalsium ke dalam tulang, sehingga yang terjadi ketika kadar estrogen menurun adalah perempuan akan mengalami kehilangan kalsium dari tulang dengan cepat.

Dengan menurunnya kadar estrogen pada tubuh perempuan, maka sudah dapat dipastikan proses osteoblast yang berfungsi dalam pembentukan tulang akan terhambat juga dan fungsi osteolast dalam merusak tulang justru akan mengalami peningkatan. Sebab tulang tua diserap dan dirusak oleh osteoclast tetapi tidak dibentuk tulang baru oleh osteoblast, maka dari itu tulang menjadi keropos atau osteoporosis (Proverawati, 2010).

Menurut penelitian Sinnathamby (2010), ada hubungan antara postur tubuh dengan kejadian osteoporosis. Banyak pendapat mengatakan bahwa kebanyakan perempuan berpostur kurus memiliki kecenderungan jauh lebih rentan terkena osteoporosis. Semakin kecil kerangka tubuh seseorang maka semakin besar pula risiko terkena osteoporosis. Berdasarkan proporsi kejadian, osteoporosis lebih besar persentasenya pada responden yang kurang melakukan olahraga (61,5%) dibandingkan responden yang melakukan olahraga (4,0%). Hasil uji statistik didapatkan nilai P value sebesar $0,000 < \text{nilai alpha}$ (0,05), artinya ada hubungan yang signifikan antara olahraga yang dilakukan oleh perempuan menopause dengan kejadian osteoporosis.

Menurut Wirakusumah (2007), latihan fisik atau olahraga merupakan salah satu upaya terapi pengobatan osteoporosis. Perempuan yang tidak melakukan aktifitas fisik, seperti olahraga akan cenderung berisiko tinggi terkena osteoporosis. Wanita menopause yang secara fisik aktif biasanya mempunyai massa tulang yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan orang yang pasif dan tidak aktif. Aktivitas fisik yang meningkat

memperbesar massa tulang maksimum yang dicapai dan dapat mengurangi jumlah keropos tulang. Wanita menopause yang berolahraga secara teratur diketahui kepadatan tulangnya lebih baik dari pada wanita menopause yang tidak beraktivitas fisik.

BAB 8

PERUBAHAN PSIKIS PADA MASA KLIMAKTERIUM

Kehidupan hakikatnya merupakan suatu proses perubahan yang bersifat kontinu atau serangkaian perkembangan yang berlangsung secara terus menerus dari lahir sampai meninggal. Setiap perkembangan mengandung pengertian adanya suatu proses menuju pada kematangan, baik itu bersifat fisik maupun psikis. Menjadi tua adalah suatu proses yang merupakan bagian dari kehidupan seseorang, dan juga merupakan hukum alam yang tidak dapat dilepaskan dari peristiwa-peristiwa kehidupan manusia, salah satunya adalah fase klimakterium bagi seorang perempuan (Hamndanah, 2011).

Sindrom klimakterium atau menopause dialami oleh banyak perempuan di hampir seluruh dunia. Sekitar 70-80% perempuan Eropa, 60% di Amerika, 57% di Malaysia, 18% di China, dan 10% di Jepang, Indonesia juga mengalami sindrom menopause. Memasuki tahun 2002 jumlah perempuan menopause adalah 7,4% dari populasi. Jumlah tersebut diperkirakan akan terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2005 meningkat menjadi 11% yang disebabkan oleh bertambahnya populasi penduduk usia lanjut dan naik kembali sebesar 14% pada 2015. Hal ini perlu menjadi perhatian bersama terkait juga dengan peran perempuan itu sendiri (Dwi Sulisetyawati, 2011).

Fase klimakterium, sama halnya dengan fase menarche dan kehamilan yang dianggap sangat berarti bagi kehidupan seorang perempuan. Menarche pada remaja perempuan merupakan masa di mana mulai diproduksi hormon estrogen, sedangkan klimakterium terjadi ketika ovarium mengalami penurunan atau tidak memproduksi hormon estrogen sama sekali. Memasuki usia 45 tahun, indung telur dari seorang perempuan mengalami penurunan sehingga tidak lagi sanggup memproduksi atau memenuhi hormon estrogen. Bukan hanya itu, seluruh sistem hormonal lainnya akan mengalami kemunduran secara perlahan-lahan, dan perubahan-perubahan terhadap hormon tersebut yang akan berdampak pada perubahan fisik dan kondisi psikis perempuan dalam menghadapi fase klimakterium. Perubahan tersebut juga secara alamiah dapat memengaruhi kualitas hubungan seks seseorang. Penurunan fungsi ovarium (sel telur) dapat mengakibatkan turunnya hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh. Berkurangnya hormon estrogen akan

menjadi sebab munculnya keluhan-keluhan fisik maupun psikis yang dalam hal ini akan sangat berdampak pada kualitas hidup perempuan.

A. PERUBAHAN-PERUBAHAN PSIKIS

Perubahan-perubahan psikis yang terjadi pada perempuan klimakterium sangat mungkin dapat memengaruhi kehidupan sosialnya, terutama hubungannya dengan orang-orang terdekat disekelilingnya—seperti suami, anak-anak, dan anggota keluarga lainnya. Bahkan tidak jarang di beberapa kasus perubahan fisik dan psikis pada perempuan klimakterium sering kali menimbulkan konflik antara perempuan tersebut dengan pasangannya. Ini disebabkan karena biasanya sang suami mengalami kesulitan dalam menghadapi istrinya yang sering mengalami perubahan emosi. Perubahan emosi yang signifikan juga dapat mengundang ketakutan tersendiri bagi para suami.

Pada masa menopause, tidak ada seorang pun yang bisa lepas sama sekali dari rasa was was dan cemas, termasuk para lansia menopause. Ketegangan perasaan atau stres selalu beredar dalam lingkungan pekerjaan, pergaulan sosial, kehidupan rumah tangga, dan bahkan menyusup ke dalam aktivitas tidur pada malam hari, sehingga seringkali perempuan menopause mengalami gangguan tidur atau insomnia. Demikian juga dengan gejala depresi di masa menopause. Perempuan yang mengalami menopause sering merasa sedih, karena kehilangan kemampuan untuk bereproduksi, sedih karena kehilangan kesempatan untuk memiliki anak, sedih karena kehilangan daya tarik. Perempuan merasa tertekan karena kehilangan seluruh perannya sebagai perempuan dan harus menghadapi masa tuanya (Anggia Kargenti, 2012).

Ada beberapa perubahan psikis yang dihadapi perempuan pada masa klimakterium atau masa menopause, perubahan-perubahan itu adalah:

1. Daya Ingat Menurun

Proses penuaan dapat menurunkan daya ingat pada seorang yang telah memasuki fase lansia—hal ini ditandai dengan menopause. Secara fisiologis pada lansia terjadi penurunan fungsi kognitif (daya ingat) yang bersifat ireversibel. Hal ini dapat dipengaruhi oleh lingkungan, pengalaman hidup, dan faktor sosioemosional—seperti perilaku, harapan, dan motivasi. Kemampuan kognitif juga dipengaruhi oleh kesehatan,

emosi, kognitif, kepribadian, dan karakteristik psikolog. Penurunan daya ingat pada perempuan menopause atau lansia dari segi bahasa ditandai dengan kesulitan mengulangi kata yang diucapkan oleh perawat dan kesulitan mengikuti perintah yang diberikan (Kushariyadi, 2017).

Akibat dari penurunan fungsi kognitif (daya ingat)—jika tidak segera dilakukan tindakan—maka akan terjadi penurunan daya ingat pada lansia. Hal ini sesuai dengan teori kemunduran yang dinyatakan dengan bertambahnya usia, daya ingat akan mengalami penurunan. Terjadinya perubahan neuron dan sinaps otak sebagai pembentukan daya ingat, juga akan berpengaruh pada penurunan sering bertambahnya usia. Akibat lainnya yaitu informasi yang tidak cepat dipindahkan ke daya ingat jangka pendek akan menghilang. Dampak lain yang muncul kemudian yaitu terjadinya penurunan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan dan stres lingkungan, sehingga menyebabkan gangguan psikososial, secara tidak sadar akan dapat mencetuskan atau memperburuk kemunduran fisik, terjadi penurunan kualitas hidup, dan menghambat pemenuhan tugas-tugas perkembangan lansia (Solso et al, 2008).

2. Mudah Tersinggung

Mudah tersinggung menjadi salah satu reaksi yang muncul pada fase klimakterium, perasaan tersebut timbul karena gejala-gejala psikologis yang terlalu berlebihan dipikirkan, sehingga membentuk prasangka-prasangka yang tidak baik. Prasangka akan ditinggalkan suami karena kondisi fisik yang sudah menua, tidak lagi cantik, dan mengalami penurunan gairah seks, dan sederet prasangka buruk lainnya—sehingga membuat perasaan perempuan klimakterium menjadi lebih sensitif dan mudah tersinggung.

3. Stres

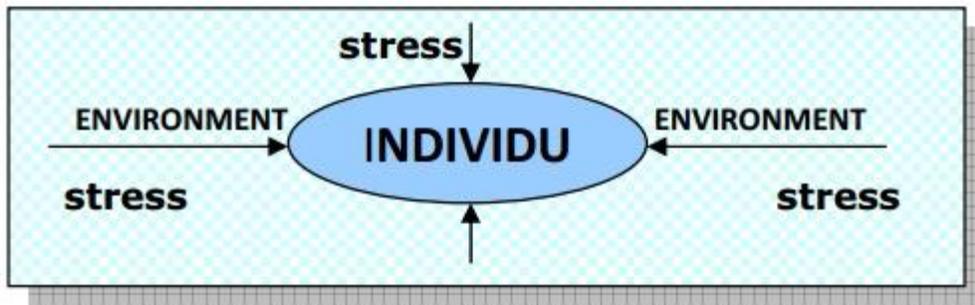
Stres merupakan istilah yang dianggap membingungkan bagi kebanyakan orang mengingat adanya pendapat-pendapat yang sangat beranekaragam. Secara umum, stres dapat diartikan pola reaksi serta adaptasi umum, dalam arti pola reaksi menghadapi tekanan yang dapat berasal dari dalam maupun luar individu yang bersangkutan, dapat nyata maupun tidak nyata sifatnya. Stres sendiri dapat berbentuk bermacam-macam

tergantung pada ciri-ciri individu yang bersangkutan, kemampuan untuk menghadapi (*coping skills*) dan juga sifat tekanan yang dihadapinya (Musradinur, 2016).

Dalam pandangan Kaplan dan Sadock (2004), apabila tekanan yang dihadapi individu dapat diatasi secara memadai maka tidak akan menimbulkan stres. Bila terjadi ketidakmampuan barulah mulai timbul stres. Tidak selamanya seseorang bisa dengan mudah mengatasi tekanan. Apabila tekanan sudah mampu dihadapi, maka individu akan kembali kepada keseimbangan semula. Jika gangguan keseimbangan ini terjadi cukup lama, maka timbul ansietas kronik. Menghadapi tekanan berarti memberi individu bersangkutan pelajaran agar lebih bisa terampil di kemudian hari dengan kemungkinan adanya perkembangan berbagai kemampuan dan strategi pengatasan tekanan yang serupa. Stres bukan hanya disebabkan karena faktor-faktor yang ada di lingkungan, akan tetapi bisa juga disebabkan oleh faktor-faktor yang ada dalam diri individu, misalnya penyakit jasmani yang dideritanya, konflik internal dan seterusnya. Maka dari itu, stres lebih tepat dipandang sebagai hubungan antara individu dengan tekanan, baik itu tekanan internal maupun eksternal.

Menurut Musradinur (2016), ada beberapa konsepsi dalam stres yang perlu untuk dipahami secara lebih mendalam untuk bisa mengerti bagaimana stres tersebut dapat terjadi, diantaranya sebagai berikut:

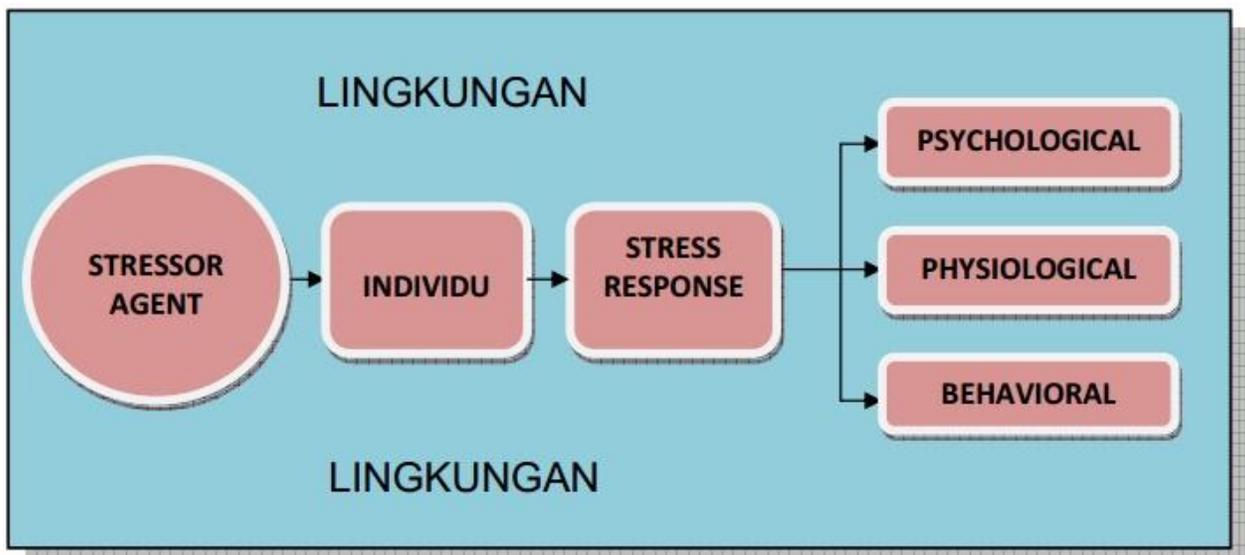
- a. Stres sebagai stimulus, menurut konsepsi ini stress merupakan stimulus yang ada dalam lingkungan (*environment*). Individu akan mengalami stres apabila dirinya menjadi bagian dari lingkungan tersebut. Dalam konsep ini, stres merupakan variabel bebas sedangkan individu merupakan variabel terikat. Stres sebagai stimulus dapat dicontohkan seperti kondisi lingkungan sekitar yang penuh dengan persaingan, semisal di terminal dan stasiun kereta api menjelang lebaran. Mereka yang berada di lingkungan tersebut, baik itu calon penumpang, awak bus atau kereta api, para petugas, dan seterusnya. Sulit untuk menghindar dari situasi yang menegangkan (*stressor*) tersebut. Hal serupa juga dapat diamati pada lingkungan di mana terjadi bencana alam atau musibah lainnya, semisal banjir, gunung meletus, ledakan bom di tengah keramaian, dan seterusnya. Secara visual konsepsi ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 8.1. Stres sebagai Stimulus

Sumber: <https://bit.ly/2O0CWit>

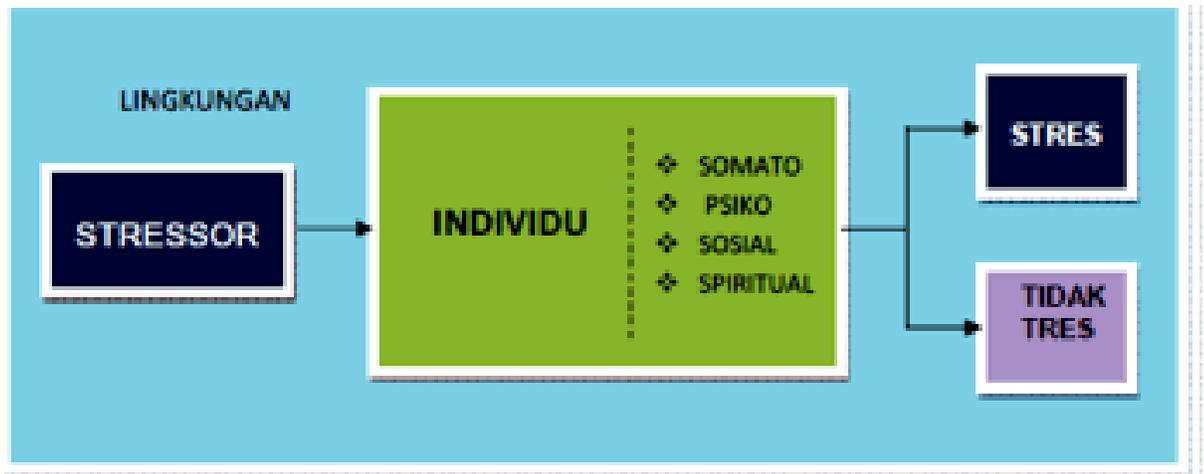
- b. Stres sebagai respons, konsepsi kedua mengenai stres ini menyatakan bahwa stres merupakan respons atau reaksi dari individu terhadap *stressor*. Maka dalam konteks ini, stres merupakan variabel tergantung atau *dependent variable*, sedangkan *stressor* merupakan variabel bebas atau *independent variable*. Pada konsep ini, respons individu pada *stressor* memiliki dua komponen yaitu: *Pertama*, komponen psikologis seperti terkejut, cemas, malu, panik, nervous, dan lain-lain. *Kedua*, komponen fisiologis dapat berupa denyut nadi terjadi lebih cepat, perut terasa mual, mulut menjadi kering, banyak keluar keringat, dan lain sebagainya. Respons psikologis dan fisiologis ini dapat juga disebut sebagai *strain* atau ketegangan. Konsep ini secara visual dapat dilihat melalui gambar berikut ini:



Gambar 8.2. Stres Sebagai Respons

Sumber: <https://bit.ly/2O0CWit>

- c. Stres sebagai interaksi antara individu dan lingkungan merupakan suatu proses yang meliputi *stressor* dan *strain* dengan menambahkan dimensi hubungan antara individu dengan lingkungan. Interaksi antara manusia dan lingkungan yang saling memengaruhi disebut sebagai hubungan transaksional. Dalam konteks ini, stres sebagai interaksi antara individu dengan lingkungan, sehingga stres tidak dipandang sebagai stimulus maupun respons, melainkan juga sebagai suatu proses di mana individu juga merupakan pengantar atau agen yang aktif, yang dapat memberi pengaruh kepada *stressor* melalui strategi perilaku kognitif dan emosional. Konsepsi ini dapat ditanggapi berbeda-beda oleh beberapa individu. Ada yang mengalami stres berat, tapi yang lainnya mengalami stres ringan dan yang lain lagi mungkin bisa saja tidak mengalami stres. Konsep stres sebagai interaksi antara individu dengan lingkungan dapat digambarkan sebagai berikut:

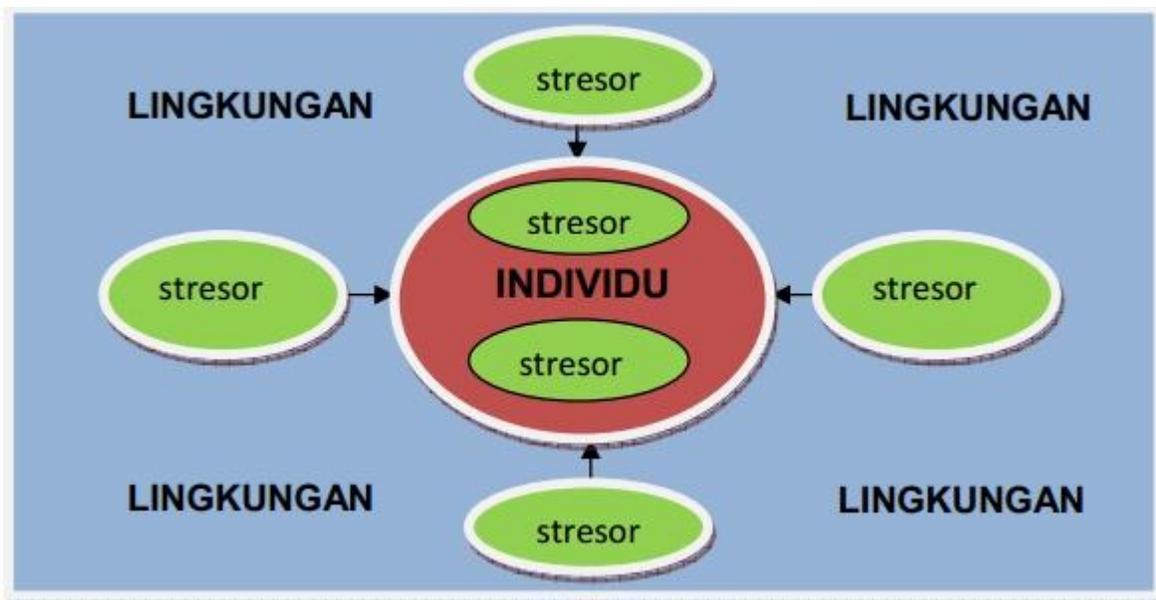


Gambar 8.3. Stres sebagai Interaksi antara Individu dan Lingkungan

Sumber: Musradinur. 2016. "Stres dan Cara Mengatasinya dalam Perspektif Psikologi". Jurnal Edukasi. Vol.2, No. 2, hlm. 183.

- d. Stress sebagai hubungan antara individu dengan *stressor*, stress bukan hanya dapat terjadi karena faktor-faktor yang ada di lingkungan, melainkan juga bisa berupa

faktor-faktor yang ada dalam setiap individu itu sendiri. Seperti halnya penyakit jasmani yang dideritanya, konflik internal, dan lain sebagainya. Maka lebih tepat jika stres dipandang sebagai hubungan antara individu dengan *stressor*, baik itu *stressor* internal maupun eksternal. Dalam hal ini, stres dapat terjadi karena adanya frustrasi, konflik, tekanan, dan krisis. Konsep yang menyatakan bahwa stres merupakan hubungan antara individu dengan *stressor* dapat diperjelas dengan visualiasi berikut ini:



Gambar 8.4. Stres Sebagai Hubungan antara Individu dengan *Stressor*

Sumber: <https://bit.ly/2O0CWit>

Terkait perubahan-perubahan psikis yang muncul pada fase klimakterium, maka tidak menutup kemungkinan bahwa stres sangat bisa menjadi bagian dari hal tersebut. Ketidakstabilan perkembangan hormonal pada perempuan menopause merupakan penyebab dari berbagai macam gejala psikologis—termasuk stress. Adanya reaksi neurosis, hiperaktif bahkan sikap pasif dalam memandang masa menopause sebagai masa yang menakutkan. Sikap ini akhirnya dapat membawa seseorang kepada kecemasan yang dapat menimbulkan ketegangan dan konflik batin serta gangguan emosional yang menjadi salah satu alasan bagi timbulnya kesehatan mental yang tidak baik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kecemasan yang dirasakan oleh perempuan ketika memasuki masa menopause dapat mengakibatkan kesulitan

berkonsentrasi dalam mengerjakan segala sesuatu, kesulitan dalam membuat keputusan, mengalami insomnia atau kesulitan tidur, serta muncul perasaan-perasaan seperti rasa gugup dan panik yang semuanya itu dapat menjadi alasan perempuan menopause mengalami stres.

4. Depresi

Salah satu permasalahan yang sering dihadapi perempuan pada fase klimakterium adalah depresi. Dalam pandangan Davison, Naele, dan Kring (2010), depresi merupakan kondisi di mana keadaan emosional seseorang yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang teramat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, cenderung lebih sering menarik diri dari orang lain, mengalami kesulitan tidur, kehilangan selera makan, kehilangan hasrat seksual dan minat, serta kesenangan dalam aktivitas yang biasanya dilakukan.

Depresi dapat disebabkan oleh banyak factor, salah satunya adalah perubahan-perubahan fisik yang kurang mampu disikapi dengan bijak oleh perempuan pada saat dirinya memasuki fase klimakterium. Menurut Avis (2003), ada beberapa faktor yang berhubungan dengan depresi pada perempuan perimenopause seperti, peristiwa kehidupan yang penuh dengan stres, keadaan sosial ekonomi, adanya sikap yang negatif terhadap klimakterium ataupun menopause, serta keadaan kesehatan pada fase menopause.

Menurut Radloff (dalam Arimbi, 2012), telah dikembangkan sebuah skala CES-D untuk digunakan sebagai alat mendeteksi simptom-simptom depresi pada populasi umum. Melalui skala CES-D dapat dikatakan bahwa individu yang mengalami depresi adalah mereka yang mengalami simptom-simtom depresi melalui keempat faktor, yaitu: **Pertama**, *depressed effect* atau *negative effect* merupakan faktor di mana perasaan-perasaan, emosi, atau suasana hati yang sedang dirasa bersifat negatif seperti adanya perasaan sedih, tertekan, kesepian, dan menangis. **Kedua**, *somatic symptoms* merupakan gejala psikologis yang dirasakan bertautan dengan keadaan tubuh, seperti halnya muncul perasaan merasa terganggu, berkurang atau bertambahnya nafsu makan, membutuhkan usaha lebih besar dalam melakukan sesuatu, kesulitan tidur, dan sulit memulai sesuatu. **Ketiga**, *positive affect* merupakan perasaan, emosi, suasana hati yang dapat dirasakan positif bagi individu, dan memiliki harapan yang merupakan kebalikan dari perasaan negatif.

Keempat, interpersonal relation merupakan perasaan negatif yang dirasakan individu berkaitan dengan perilaku orang lain seperti tidak bersahabat dan merasa tidak disukai.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Arimbi (2012), ada beberapa tipikal perempuan dalam menghadapi fase klimakterium yaitu perempuan yang memiliki penerimaan yang baik, dan perempuan yang kurang bisa menerima bahwa dirinya telah memasuki fase klimakterium. Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa ada korelasi yang kuat antara penerimaan diri yang kurang dengan tingkat depresi. Ketika penerimaan diri rendah, maka depresi pada perempuan perimenopause menjadi tinggi. Dan begitu pula sebaliknya, jika penerimaan diri tinggi maka depresi pada perempuan perimenopause menjadi rendah.

Pada hakikatnya setiap perubahan-perubahan dalam tubuh setiap individu akan membawa dampak psikis masing-masing, yang antara satu orang dengan lainnya cenderung berbeda tergantung pada bagaimana cara pandang seseorang dalam menyikapi perubahan tersebut. Tidak jarang tekanan muncul pada fase ini. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hesti Destia (2015), semakin banyak perubahan fisik yang terjadi maka semakin kuat pula perubahan psikologisnya. Adapun hubungan semacam itu dapat dilihat dari distribusi frekuensi di mana terdapat 11 responden yang mengalami perubahan fisik juga mengalami perubahan psikologis yang kuat. Hal ini menunjukkan bahwa perubahan fisik seperti masalah kesehatan yaitu mengalami sakit sendi, rambut rontok, ataupun permasalahan pada sistem organ reproduksi menjadikan cemas pada diri responden—seperti responden cemas berkaitan dengan pasangan hidupnya.

B. KONSEP DIRI

Konsep diri juga dapat diartikan sebagai semua pikiran, keyakinan, dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan juga dapat memengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain. Komponen konsep diri terdiri dari citra tubuh, ideal diri, harga diri, penampilan peran, dan identitas personal (Dwi Sulisetyawati, 2011). Perubahan-perubahan yang terjadi selama fase menopause sedikit banyak akan memengaruhi seorang perempuan dalam membentuk konsep dirinya. Konsep diri adalah cara individu dalam melihat bagaimana pribadinya secara utuh menyangkut fisik, emosi, intelektual, sosial, dan spiritual. Ketika seseorang mampu menerima segala hal apapun yang ada dalam dirinya

dan menghargainya, maka konsep diri juga akan jauh lebih mudah terbentuk dengan baik. Banyak faktor yang dapat memengaruhi pembentukan konsep diri, yaitu pendidikan intelektual, semakin tinggi pendidikan seseorang akan membuka peluang baginya untuk meningkatkan prestasinya sehingga konsep diripun akan berubah. Selain itu, status ekonomi seseorang juga sedikit banyak dapat memengaruhi penerimaan orang lain terhadap dirinya (Sunaryo, 2004).

Menurut Jalaludin Rakhmat (2009), dalam bukunya menjelaskan bahwa semakin tinggi status ekonomi seseorang, maka kemudian konsep diri yang dimilikinya pun akan lebih tinggi jika dibandingkan dengan orang yang kondisi sosial ekonominya lebih rendah. Hasil demikian sesuai dengan hal tabulasi silang antara pekerjaan dengan konsep diri yang menunjukkan responden yang bekerja memiliki konsep diri yang positif, hal ini sama artinya dengan sebagian dari responden yang memiliki penghasilan lebih akan memiliki konsep diri yang baik. Selain itu penambahan usia juga dapat memengaruhi konsep diri, yang mana dengan bertambahnya usia menjelang tua dengan berbagai perubahan yang terjadi, tentunya konsep diri pun akan ikut berubah. Namun hasil penelitian menunjukkan, bahwa perempuan dalam rentang usia yang berbeda memiliki konsep diri yang tetap baik.

Secara psikis, perempuan yang telah mengalami menopause cenderung lebih mudah merasa stres dan depresi dengan kondisi yang harus mereka alami dan hadapi. Depresi yang dihadapi perempuan menopause akan sangat berpengaruh pada konsep diri perempuan tersebut. Hal ini berkenaan dengan hilangnya peran sebagai seorang perempuan yang harus menghadapi masa tuanya. Pada saat perempuan telah memasuki fase klimakterium maupun sudah mengalami menopause, maka mereka sangat mungkin mengalami krisis moral dan kepercayaan diri. Tentu saja hal itu sangat berpengaruh terhadap konsep diri yang ada pada perempuan tersebut. Seperti halnya perasaan takut menjadi tua, takut kehilangan peran dalam keluarga, hingga ketakutan karena mengalami menopause yang sekaligus dapat membuat hasrat seksual seseorang menjadi menurun.

Perubahan-perubahan yang terjadi, baik fisik maupun psikologis pada fase menopause sangat perlu untuk dipahami oleh perempuan—baik yang belum mengalami maupun yang sudah mengalami menopause dan juga orang-orang yang berada disekitarnya. Karena dengan mengetahui gejala-gejala fisik maupun psikologis yang menyertai menopause, akan sangat

bermanfaat dalam membantu perihal kesiapan dan konsep diri perempuan yang mengalami menopause. Selain itu, pihak keluarga juga menjadi salah satu yang diharapkan dapat merespons secara tepat sehingga kemudian tidak akan membuat perempuan yang mengalami menopause merasa tertekan dan sia-sia dalam memandang hidupnya. Begitu juga dengan perawat yang memiliki peran penting dalam hal ini sebagai seorang yang bertugas memberikan pemahaman terkait menopause tersebut (Dwi Sulisetyawati, 2011).

Gambaran diri dapat dipengaruhi oleh pertumbuhan kognitif dan perkembangan fisik. Perubahan perkembangan yang normal dapat berupa pertumbuhan dan penuaan yang dalam hal ini memiliki efek penampakan yang lebih besar pada tubuh jika dibandingkan dengan aspek lainnya dari konsep diri. Perubahan seperti ini sangat tergantung pada kondisi kematangan fisik. Perubahan hormonal terjadi selama masa remaja dan masa dewasa tengah atau menopause juga dapat berdampak pada gambaran diri. Selain itu, melihat dari budaya timur, penuaan dipandang sebagai sesuatu yang sangat positif—hal itu disebabkan karena orang dengan usia cenderung akan di hormati dalam kehidupan masyarakat (Perry dan Potter, 2005).

Menurut hasil penelitian Khairani (2012), ada hubungan erat antara ideal diri dengan penerimaan proses penuaan pada wanita premenopause di Poliklinik Penyakit Dalam dan Endokrin RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, dengan nilai $p \text{ value } 0,016 < \alpha$. Individu yang memiliki ideal diri baik akan lebih berusaha dalam mencapai tujuan, aspirasi, nilai, dan standar perilaku yang dianggap ideal. Penuaan dan kondisi fisik yang menurun dapat menyebabkan seseorang menurun pula dalam menghadapi tugas dan mencapai standar hidup maupun cita-cita. Ideal diri yang ada pada diri setiap individu sedikit banyak dapat dipengaruhi oleh norma-norma yang berkembang di masyarakat dan harapan serta tuntutan dari orang-orang terdekat—seperti suami, anak-anak, dan anggota keluarga lainnya. Sedangkan dalam pandangan Stuart dan Sundeen (1998), adanya ideal diri yang realistik merupakan salah satu ciri dari pribadi yang sehat.

Masih berdasarkan hasil penelitian Khairani (2012), nilai $p \text{ value } 0,000 < \alpha$, sehingga dapat diketahui bahwa ada hubungan antara harga diri dengan penerimaan proses penuaan pada perempuan premenopause di Poliklinik Penyakit Dalam dan Endokrin RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa perempuan

premenopause dengan harga diri baik mempunyai penerimaan proses penuaan yang lebih baik jika dibandingkan dengan perempuan premenopause dengan harga diri yang kurang mempunyai penerimaan proses penuaan. Hal ini semakin diperkuat dengan pandangan Potter dan Perry (2005), bahwa dalam pandangan mereka individu dengan harga diri yang baik cenderung menunjukkan keberhasilan yang diraihinya sebagai upaya dan kualitas pribadinya. Harga diri dalam hal ini adalah rasa dihormati, diterima, dan bernilai. Ketika seseorang telah memasuki usia lanjut, masyarakat cenderung beranggapan bahwa menjadi lansia membuat seseorang itu menjadi tidak berharga. Hal semacam ini sedikit banyak dapat memengaruhi persepsi lansia terkait konsep harga dirinya baik atau tidak, serta penolakan dan harapan dari orang-orang terdekat di saat usia lanjut akan sangat memengaruhi harga diri seseorang. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Stuart dan Sudden (1998), bahwa seseorang yang dewasa atau lanjut usia lebih memperhatikan perilaku aktual yang sesuai dengan peran ketimbang mempelajari nilai dasar yang terdapat dalam peran. Keberhasilan dari beragamnya peran dan hubungan dapat digunakan sebagai upaya untuk menunjang pada rasa kesejahteraan, penghargaan, dan penerimaan.

BAB 9

KELUHAN YANG TERJADI PADA KLIMAKTERIUM

Tua sering kali menjadi momok yang menakutkan bagi setiap orang, khususnya bagi kaum perempuan. Kekhawatiran yang muncul kemungkinan berawal dari pemikiran bahwa pada saat memasuki fase tua yang ditandai dengan klimakterium, kebanyakan perempuan masih sering memiliki anggapan bahwa dirinya akan menjadi tidak lagi sehat, tidak bugar, dan tidak lagi cantik. Kondisi tersebut memang tidak menyenangkan dan rawan menimbulkan konflik batin, stres, maupun depresi. Padahal menurut Kasdu (2002), masa tua yang ditandai dengan klimakterium merupakan salah satu fase yang harus dijalani seorang perempuan dalam kehidupannya, seperti dalam fase-fase kehidupan yang lain, yaitu masa kanak-kanak dan masa produksi.

A. KECEMASAN MENGHADAPI KLIMAKTERIUM

Sering ditemui di masyarakat kenyataan yang menunjukkan bahwa banyak perempuan mengalami permasalahan dalam menghadapi fase klimakterium. Masalah yang sering membuat perempuan klimakterium merasa cemas diantaranya yaitu munculnya gangguan dalam kehidupan seksual suami isteri, simtom-simtom fisik seperti keringat yang terlalu berlebihan, dan rasa panas pada muka. Juga timbul perasaan-perasaan yang tidak menyenangkan, seperti gejolak emosi yang berlebihan dan munculnya perasaan tidak berguna karena sudah tidak bisa lagi melahirkan seorang anak. Selain hal tersebut ketidaksiapan seorang perempuan dalam menghadapi proses penuaan merupakan satu masalah tersendiri (Cristiani, 2000).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Novita Lusiana (2014), ada korelasi antara kecemasan seseorang dalam menghadapi fase menopause dengan tingkat pengetahuannya. Perempuan dengan pengetahuan kurang mengalami kecemasan yang besar dalam menghadapi fase klimakterium, jika dibandingkan dengan perempuan yang berpengetahuan baik. Pengetahuan secara umum merupakan hasil dari informasi yang dapat diperoleh dari

pancaindra, seperti mata, telinga, mulut, lidah, kulit, dan lainnya. Pengetahuan yang baik akan dapat menghasilkan perilaku yang baik, begitu juga sebaliknya perilaku yang tidak baik akan memengaruhi perilaku seseorang menjadi tidak baik.

Menurut penelitian dari Christiani (2000), ada hubungan antara persepsi seorang individu tentang menopause dengan kecemasannya, hubungan tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut: dengan berakhirnya masa produktif dan datangnya usia tua pada seorang perempuan, dapat menimbulkan gangguan emosi pada perempuan tersebut. Pada masa transisi dari periode reproduktif ke periode nonproduktif, akan menuntut penyesuaian diri terhadap perubahan fisik dan peranan. Dalam hal ini, cara perempuan dalam menghadapi transisi tergantung pada kestabilan emosi, pengalaman di masa lalu terkait menghadapi perubahan, serta pengharapan di masa mendatang. Tentu saja pandangan seseorang terkait menopause sangat memengaruhi perubahan psikologis pada masa menopause, sehingga sering kali menimbulkan kecemasan tersendiri. Pandangan ini dapat dipengaruhi oleh faktor yang berasal dari dalam diri individu serta faktor yang berasal dari lingkungan sosialnya. Pada masyarakat yang mengagungkan kemudaan dan kecantikan, menopause bisa dipersepsi sebagai ancaman. Selain itu, mitos yang muncul di masyarakat dan stereotip negatif tentang menopause dapat menimbulkan kecemasan.

Hal serupa diungkapkan oleh Parker (dalam Mappiare, 1983) yang mengemukakan bahwa kesalahan persepsi tentang menopause dapat mengakibatkan peristiwa menopause dirasakan sebagai takdir yang sifatnya dapat mengancam atau bisa menjadi sangat menyedihkan. Perempuan tersebut sering beranggapan bahwa dirinya sebagai “barang bekas” yang tidak lagi berguna karena sudah tidak lagi berada pada fase subur. Seiring dengan perkembangan zaman Christiani (2000) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa pada perempuan masa kini atau modern dapat ditemui sikap yang lebih positif terkait menyikapi datangnya fase menopause. Hal ini berlaku bagi perempuan yang telah mengalami menopause maupun yang belum mengalami menopause. Sikap positif yang dimaksud di sini bisa berarti mereka tidak begitu cemas dalam menghadapi fase menopause. Perempuan yang mengetahui tentang menopause serta dapat berpikir secara wajar tentang menopause, juga dapat menerima hal-hal yang berhubungan dengan menopause secara wajar. Perempuan tersebut tentu dapat menerima kenyataan bahwa dengan bertambahnya umur, setiap

perempuan akan mengalami berbagai peristiwa dalam hidupnya seperti menstruasi, mengandung, melahirkan, dan menopause. Sehingga dapat dikatakan bahwa sebenarnya menopause merupakan peristiwa alami biasa yang juga bagian dari proses penuaan manusia.

Rendahnya tingkat kecemasan pada perempuan menopause kemungkinan karena sekarang ini sudah ada berbagai cara yang dilakukan, baik itu oleh pemerintah maupun swasta untuk membantu kaum perempuan dalam menghadapi fase menopause. Salah satu contoh bentuk pelayanan dapat dilihat dari dibukanya klinik khusus menopause di rumah sakit umum maupun rumah-rumah bersalin. Di tempat-tempat tersebut perempuan dapat mencari informasi tentang menopause dan sekaligus dapat melakukan konsultasi mengenai hal-hal yang berhubungan dengan menopause. Pada klinik ini pelayanan terhadap perempuan menopause diberikan oleh para ahli yang berkompeten dalam permasalahan menopause. Selain itu, sekarang ini cukup sering diadakan seminar, penyuluhan, maupun penulisan artikel tentang menopause di media masa (Christiani, 2000).

B. KELUHAN YANG MUNCUL PADA FASE KLIMAKTERIUM

Pada fase klimakterium, perempuan bukan saja mengalami perubahan-perubahan fisik melainkan juga mengalami perubahan psikis. Adanya perubahan psikis sangat memengaruhi kualitas hidup perempuan klimakterium. Perubahan-perubahan tersebut biasanya berlangsung dua hingga lima tahun, dan umumnya terjadi pada perempuan antara umur 45-55 tahun. Selama klimakterium akan banyak terjadi gejala yang disertai dengan adanya keluhan-keluhan yang kerap kali menjadikan perempuan diliputi perasaan gelisah dan sering merasa tertekan akibat munculnya perubahan-perubahan yang signifikan terhadap sistem hormonal, sehingga membuat ketidaknyamanan. Penyebab utama munculnya keluhan-keluhan pada fase klimakterium adalah keadaan hormon estrogen dan progesteron yang tidak stabil dan cenderung mengalami penurunan.

Liva Maita (2013), dalam penelitiannya menyatakan bahwa respons perempuan terhadap berat tidaknya keluhan pada fase menopause tergantung dari karakteristik wanita menopause tersebut. Keluhan pada saat menopause sedikit banyak dipengaruhi oleh kondisi haid, jumlah anak (paritas), usia menopause, alat kontrasepsi hormonal, Index Masa Tubuh (IMT), pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, dan kondisi sosial ekonomi. Umur seseorang cukup

berpengaruh terhadap kesiapan seseorang dalam menghadapi keluhan menopause. Semakin bertambahnya usia, maka dapat diartikan semakin siap perempuan dalam menghadapi keluhan menopause tersebut. Selain itu, perempuan yang mengalami menarche cepat akan mengalami menopause yang lambat. Umumnya perempuan akan mengalami menopause pada saat usianya 40-50 tahun dengan masa premenopause 3-4 tahun, sehingga gejala-gejala yang ditakutkan akan jauh lebih ringan dan hampir tidak terasa. Lain halnya apabila perempuan mengalami menopause pada saat usianya lebih dari 50 tahun, maka mereka akan mengalami masa premenopause sekitar 6 bulan sampai 1 tahun, sehingga mereka belum siap beradaptasi dengan perubahan yang terjadi dan sering belum bisa mengontrol keluhan yang muncul dengan sedikit masalah dalam dirinya. Penelitian lainnya menyebutkan bahwa adanya riwayat penggunaan kontrasepsi hormonal juga cukup memengaruhi usia menopause. Semakin lama seseorang memasuki masa menopause maka keluhan yang dialami akibat penggunaan kontrasepsi akan berlangsung semakin panjang (Masuroh, 2012).

Pada umumnya, perempuan yang berada pada fase menopause atau pascamenopause sering mengeluh mengalami kesulitan tidur, gairah seksual menurun, mengalami gangguan fungsi kognitif dan sensorik, serta sering menderita sakit kepala dan migran. Gangguan tidur cenderung dirasakan paling banyak oleh perempuan pascamenopause. Kurang nyenyak tidur pada malam hari, tentu saja hal ini akan berpengaruh pada kualitas hidup perempuan menopause. Keluhan lain yang sering dihadapi perempuan menopause adalah menurunnya gairah seksual yang dalam hal ini tidak bisa dipisahkan dari penurunan kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh perempuan yang mengganggu sistem reproduksi perempuan. Perempuan menopause juga merasakan bahwa ada gangguan fungsi kognitif dan sensorik pada dirinya. Pada beberapa kasus ditemui bahwa kemampuan kognitif atau kemampuan mengingat akan bertambah buruk akibat berkurangnya hormon estrogen. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan pada otak, yang suatu saat dapat menimbulkan demensia atau penyakit alzheimer. Perempuan yang melakukan pengangkatan kedua ovarium pada usia muda dapat menyebabkan terjadinya penurunan kadar estrogen dan androgen secara tiba-tiba, hal semacam ini akan berpotensi memperburuk fungsi kognitif. Pemberian estrogen atau androgen dapat menjadi solusi untuk mencegah hal yang lebih buruk (Umi Rizky Sari, 2009).

C. PENGETAHUAN DAN PERSEPSI

Respons seseorang terhadap datangnya fase klimakterium antara satu dengan yang lainnya tidak sama, hal ini tergantung pada karakteristik dari perempuan tersebut. Perempuan Eropa berbeda dengan perempuan Asia saat memberi respons pada fase klimakterium. Dalam hal ini kemungkinan adanya faktor genetik yang berperan terhadap usia klimakterium atau menopause. Faktor pengetahuan dan persepsi juga menjadi salah satu hal yang dapat memengaruhi tingkat kecemasan seseorang saat menyikapi keluhan-keluhan yang muncul pada fase klimakterium.

1. Konsep Pengetahuan

Pengetahuan merupakan informasi yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan untuk dapat mengenali suatu benda atau kejadian yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya. Sering kali pengetahuan dijadikan sebagai acuan untuk mengetahui tingkat kecerdasan seseorang. Selain itu, ilmu pengetahuan juga merupakan hasil dari penginderaan manusia atau hasil informasi seseorang terhadap suatu objek melalui indra yang dimiliki (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2010). Pada hakikatnya, untuk mendapatkan pengetahuan yang baik dan benar ada dua cara pokok yang dapat dilakukan oleh manusia. Pertama adalah mendasarkan diri pada rasio dan kedua mendasarkan pada pengalaman (Maman Rachman, 1999).

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2003) ada beberapa tingkatan pengetahuan di dalam domain kognitif, diantaranya sebagai berikut:

- a. Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, yang termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang bersifat lebih spesifik yaitu suatu bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu “tahu” merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Untuk dapat mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, dan menyatakan.
- b. Memahami (*comprehension*), dapat diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi objek yang diketahui dengan benar. Orang yang memiliki pemahaman terhadap suatu objek atau materi harus dapat menjelaskan juga menyebutkannya.

- c. Aplikasi (*application*), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari dalam situasi atau kondisi yang sifatnya riil atau sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.
- d. Analisis (*analysis*), merupakan kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan atau membuat bagian, membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.
- e. Sintesis (*synthesis*), menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu dapat dikatakan sebagai kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.
- f. Evaluasi (*evaluation*), berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Pengungkapan pengetahuan dalam hal ini dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kecenderungan seseorang untuk memiliki motivasi kesehatan yang baik dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, sikap, dan tentu saja keterampilannya. Hal ini didukung juga oleh intensif yang diperoleh dari masyarakat atau lingkungan. Adanya perubahan pengetahuan menjadi tindakan dan perilaku dapat disebabkan oleh faktor internal dan eksternal yang meliputi nilai, sikap, dan kepercayaan.

Dalam menghadapi fase menopause, seorang perempuan akan lebih baik jika sudah memiliki pengetahuan tentang menopause jauh sebelum fase itu terjadi, untuk mencegah terjadinya keluhan-keluhan secara berlebihan. Banyak dampak yang ditimbulkan apabila seorang perempuan memasuki usia menopause. Akan tetapi, terkadang perempuan tidak banyak mengetahui dampak tersebut. Pada saat menopause, seorang perempuan akan mengalami perubahan fisiologis diantaranya mengalami “rasa panas” (*hot flushes*),

perubahan suasana hati, kekeringan vagina, mudah lelah, gangguan tidur, osteoporosis, dan peningkatan berat badan. Gejala-gejala menopause tersebut sebenarnya bisa ditanggulangi atau bisa diminimalisir apabila perempuan menopause memiliki pengetahuan yang cukup mengenai menopause itu sendiri, sehingga dapat mengurangi dampak psikologis—diantaranya kecemasan dan depresi. Pengetahuan menopause sangat dibutuhkan bagi perempuan yang akan menghadapi menopause, seperti apa itu menopause, proses terjadinya menopause, dan terapi-terapi yang dapat digunakan untuk membantu perempuan dalam menghadapi fase menopause. Pengetahuan tentang menopause merupakan salah satu faktor penting untuk menentukan respons dan tindakan pada perempuan menopause, sehingga yang diharapkan kemudian adalah hal tersebut dapat memberi kontribusi dalam mengurangi keluhan saat menopause (Made Paramartha, 2017).

Pengetahuan yang didapatkan oleh perempuan menopause menurut Fitriani (2015) dapat dipengaruhi dari beberapa aspek kehidupan, yaitu sebagai berikut:

Pertama, pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh aspek pendidikan. Pendidikan dalam hal ini dapat diartikan sebagai suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah yang berlangsung seumur hidup. Pendidikan tentu saja dapat memengaruhi proses belajar individu, semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin mudah bagi orang tersebut untuk menerima informasi—baik dari orang lain maupun media massa. Semakin banyak informasi yang masuk, maka akan semakin banyak pula pengetahuan yang didapatkan khususnya tentang kesehatan. Meskipun peningkatan pengetahuan tidak mutlak hanya diperoleh dari jalur pendidikan formal, akan tetapi bisa juga diperoleh di pendidikan nonformal. Pengetahuan seseorang mengenai objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek tersebut sedikit banyak akan menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui, maka akan dapat menumbuhkan sikap positif terhadap objek tersebut.

Kedua, aspek kedua yang berpengaruh pada pengetahuan seseorang adalah media massa atau informasi. Dalam hal ini, informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengetahuan jangka pendek (*immediate*

impact), sehingga dapat menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Kemajuan teknologi telah menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat memengaruhi pengetahuan masyarakat tentang informasi baru. Kemajuan teknologi dapat berupa sarana komunikasi yang jauh lebih beragam seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, penyuluhan, dan lain sebagainya, yang memiliki pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan seseorang.

Ketiga, aspek sosial budaya merupakan kebiasaan dan tradisi yang dilakukan seseorang tanpa melalui penalaran, apakah yang dilakukan itu baik atau tidak. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan ketersediaan fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi akan memengaruhi pengetahuan seseorang.

Keempat, faktor lingkungan yaitu segala sesuatu yang ada di sekitar individu—baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan sangat berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada pada lingkungan tersebut.

Kelima, pengalaman. Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain. Pengalaman ini merupakan salah satu cara bagi seseorang untuk dapat memperoleh kebenaran suatu pengetahuan.

Keenam, adalah aspek usia yang dapat memengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Dengan bertambahnya usia seseorang, maka biasanya akan semakin berkembang pola pikir dan daya tangkap seseorang sehingga pengetahuan yang diperoleh akan menjadi semakin banyak.

2. Konsep Persepsi

Persepsi merupakan salah satu aspek psikologis yang penting bagi manusia dalam merespons kehadiran berbagai aspek dan gejala di sekitarnya. Persepsi mengandung pengertian yang sangat luas, menyangkut intern dan ekstern. Berbagai ahli telah memberikan definisi yang beragam tentang persepsi. Walaupun demikian, pada prinsipnya persepsi mengandung makna yang sama. Dalam pandangan Sugihartono (2007), persepsi merupakan kemampuan otak dalam menerjemahkan stimulus atau respons untuk menerjemahkan stimulus yang masuk ke dalam alat indra manusia. Manusia memiliki persepsi yang berbeda-beda tergantung pada sudut pandang dan

pengindraan yang digunakan. Satu orang mempersepsikan sesuatu itu baik, satu orang lainnya mempersepsikan itu buruk. Pendapat serupa dikemukakan oleh Bimo Walgito (2004), yang mendefinisikan persepsi sebagai suatu proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap stimulus yang diterima oleh organisme atau individu, sehingga menjadi sesuatu yang berarti, dan merupakan aktivitas yang *integrated* dalam diri individu. Respons sebagai akibat dari persepsi dapat diambil oleh individu dengan berbagai macam bentuk. Stimulus mana yang akan mendapatkan respons dari individu tergantung pada perhatian individu yang bersangkutan. Berdasarkan hal tersebut, perasaan, kemampuan berfikir pengalaman-pengalaman yang dimiliki individu tidak sama, maka dalam mempersepsi suatu stimulus, hasil persepsi mungkin akan berbeda antara individu satu dengan individu lain.

Terbentuknya persepsi pada setiap individu sering dipengaruhi oleh beragam faktor, yang menurut Miftah Toha (2003) faktor-faktor yang dapat memengaruhi persepsi seseorang dibedakan menjadi dua yaitu sebagai berikut:

- a. Faktor internal, yakni perasaan, sikap, dan kepribadian individu itu sendiri, prasangka, keinginan atau harapan, perhatian (fokus), proses belajar, keadaan fisik, gangguan kejiwaan, nilai dan kebutuhan juga minat, serta motivasi.
- b. Faktor eksternal dapat berupa latar belakang keluarga, informasi yang diperoleh, pengetahuan dan kebutuhan sekitar, intensitas, ukuran, keberlawanan, pengulangan gerak, hal-hal baru, dan familiar atau ketidakasingan suatu objek.

Anggapan atau persepsi terhadap bermasalah atau tidaknya menopause bagi seseorang, menurut Paltiel (dalam Koblinksy, dkk, 1993) dapat disebabkan karena adanya kaitan antara peristiwa menopause dengan penilaian masyarakat terhadap fungsi dan peranan seorang perempuan. Sedangkan menurut Lanson (1981), penilaian pada tahap selanjutnya dapat memengaruhi persepsi perempuan, baik terhadap datangnya menopause maupun persepsi terhadap perempuan yang mengalaminya. Peneliti berasumsi bahwa perempuan yang memandang menopause sebagai suatu perubahan yang wajar dan akan dialami oleh setiap perempuan, maka persepsi terhadap keadaan ini akan bersifat positif, yang selanjutnya dapat dilalui tanpa kesukaran dan keluhan. Namun hal itu berbeda bagi mereka yang memiliki persepsi negatif akan cenderung menganggap

bahwa menopause merupakan awal dari suatu keadaan yang tidak menyenangkan. Namun persepsi bukanlah sesuatu yang kaku, yang artinya dapat mengalami perubahan setiap saatnya. Perubahan persepsi dapat dipengaruhi oleh proses belajar dan pengalaman individu terhadap objek yang ia persepsikan tersebut.

BAB 10

PENANGANAN KLIMAKTERIUM

Seiring dengan peningkatan usia, banyak terjadi proses perkembangan dan pertumbuhan pada perempuan. Namun, perkembangan dan pertumbuhan itu akan terhenti pada suatu tahap, sehingga berikutnya akan banyak perubahan-perubahan pada fungsi tubuh perempuan—baik secara fisik maupun psikologis. Perubahan pada perempuan karena adanya proses menua itu disebut menopause (Proverawati, 2010). Menurut World Health Organization (Yuniawati, 2011), setiap tahunnya sekitar 25 juta wanita di seluruh dunia diperkirakan mengalami menopause. WHO juga mengatakan pada tahun 1990, sekitar 467 juta wanita berusia 50 tahun ke atas menghabiskan hidupnya dalam keadaan pascamenopause, dan 40% dari wanita pascamenopause tersebut tinggal di negara berkembang dengan usia rata-rata mengalami menopause pada usia 51 tahun. WHO mengatakan jumlah wanita usia 50 tahun ke atas diperkirakan akan meningkat, dari 500 juta pada saat ini menjadi lebih dari 1 milyar pada tahun 2030. Di Asia, masih menurut data WHO, pada tahun 2025 jumlah wanita menopause akan melonjak dari 107 juta jiwa menjadi 373 juta jiwa. Dalam kurun waktu tersebut (usia lebih dari 60 tahun), hampir 100% telah mengalami menopause dengan segala akibat serta dampak yang menyertainya (Agustin Dwi, 2017).

A. TERAPI SULIH HORMON

Keluhan-keluhan yang dirasakan perempuan pada fase klimakterium bermula dari kondisi hormon yang mengalami penurunan, sehingga terapi sulih hormon dapat menjadi salah satu bentuk penanganan terhadap keluhan-keluhan pada fase klimakterium tersebut. Pada terapi sulih hormon ada beberapa metode yang digunakan, yaitu estrogen oral, kombinasi estrogen, dan progesteron oral. Estrogen topical terbagi dalam beberapa jenis, yaitu 1) estradiol gel (oestrogel); 2) estrogen dalam bentuk krim seperti estrace dan ogen; 3) cincin vaginal; 4) tablet vaginal estradiol, seperti vagifem, premarin, ovestin, dan orthogynest; 5) estradiol implant; dan 6) Transdermal Estrogen Patch (TTS) (Elis Indah Sawitri, 1990). Hormon yang digunakan pada terapi sulih hormon adalah hormon estrogen dan progesteron. Jumlah dan jenis sediaan semakin banyak seiring dengan adanya beragam penemuan-penemuan terbaru dalam dunia kesehatan.

Untuk setiap hormon perlu diketahui berbagai jenis sediaan yang tersedia, baik cara maupun kondisi penggunaannya.

Terdapat dua jenis estrogen yang tersedia yaitu estrogen sintetik dan alami. Estrogen sintetik memiliki aktivitas estrogen yang poten, namun jika ditinjau secara struktural memiliki perbedaan dengan estrogen yang dihasilkan secara alami oleh ovarium. Beberapa diantaranya yaitu etinilestradiol, mestranol, dan stibestrol. Sedangkan estrogen alami meliputi estradiol, estron, dan estriol, ketiganya sangat bermanfaat untuk meningkatkan kadar estrogen dalam plasma di mana identik dengan estrogen yang dihasilkan oleh ovarium pada fase menopause (Whitehead, 1992).

Keluhan-keluhan yang dihadapi seorang perempuan pada fase menopause tidak selalu dapat diatasi dengan preparat hormonal. Beberapa dari wanita mengalami gangguan sedemikian rupa, sehingga mengganggu dan menghambat aktivitas sehari-hari. Dalam hal ini, terapi sulih hormon sebagai pengganti estrogen dapat menjadi solusi atas keluhan-keluhan, seperti menopausal flushing, atrofi vaginal atau dapat juga dilakukan untuk mencegah osteoporosis, dengan catatan terapi tersebut dilakukan sedini mungkin sebelum mengalami menopause. Dosis yang diberikan juga harus sekecil mungkin. Terkait terapi sulih hormone, hendaknya dilakukan selama 21-25 hari setiap bulannya di bawah pengawasan tenaga ahli. Penambahan progestin antara lain medroksi progesteron asetat sebesar 10 mg perharinya pada hari ke 10-14, sehingga digunakan sebagai upaya untuk mengurangi risiko karsinoma endometrium, sedangkan estradiol tablet diberikan dalam dosis 1 sampai 2 mg perharinya (Ganiswarna, 1995).

Efek samping yang ditimbulkan ketika melakukan sulih hormon adalah mual dan muntah. Frekuensi timbulnya mual diperkirakan sejajar dengan potensi estrogeniknya, oleh karena itu beberapa dari sediaan cenderung lebih jarang menimbulkan mual dibandingkan lainnya. Efek samping lain yang dapat timbul yaitu adanya rasa penuh pada payudara, sedangkan oedem yang disebabkan oleh adanya retensi air dan natrium yang jauh lebih sering terjadi pada penggunaan estrogen dalam dosis besar. Terapi dengan estrogen oral tidak boleh diberikan pada penderita dengan tromboemboli, tromboflebitis, hipertensi berat, gangguan fungsi hati, anemia hemolitik kronik, hiperlipidemia, kanker payudara atau genital, varises, migren, dan payah jantung. (Ganiswarna, 1995).

Metode sulih hormon, dengan pemberian kombinasi antara estrogen dan progesteron oral dilakukan secara bersamaan dan dengan cara sekuensial atau kontinu. Secara konsekuensial yaitu

estrogen diberikan pada hari pertama hingga hari ke-28, sedangkan progesteron diberikan pada hari ke-16 sampai dengan hari ke-28. Sediaan kombinasi estrogen dengan progesteron diantaranya adalah Diane® (mengandung siproteron asetat 2 mg + etinilestradiol 0,035 mg) dan Yasmin® (mengandung drospirenone 3 mg + etinilestradiol 0,03 mg) (Whitehead, 1992).

B. PENANGANAN ATROFI VAGINA

Menjelang masa perimenopause, hormon progesteron dan estrogen masih dalam keadaan tinggi, tetapi semakin rendah ketika memasuki masa perimenopause dan postmenopause. Keadaan ini berhubungan dengan fungsi indung telur yang terus menurun, mengakibatkan hormon estrogen dan progesteron berkurang dalam tubuh perempuan, sehingga menyebabkan keluhan-keluhan yang disebut sebagai sindrom defisiensi estrogen (sindrom menopause). Salah satu keluhan yang sering dialami perempuan perimenopause adalah atrofi urogenetalia yakni berupa keluhan vagina kering, iritasi, timbulnya keputihan diikuti infeksi, dyspareunia, dan pendarahan pascasenggama, sehingga mengganggu aktivitas seksual yang dapat berdampak lebih luas dalam kehidupan seorang perempuan (Susilo Rini, 2016).

Berbeda dengan gejalak panas (*hot flushes*) dan keringat malam yang dapat menghilang spontan seiring berjalannya waktu, gejala atrofi pada vagina dan saluran kemih bagian bawah sering kali menimbulkan efek yang berat sehingga memerlukan pengobatan. Prevalensi keringnya vagina meningkat sejalan dengan bertambahnya usia perempuan pada masa postmenopause, sehingga menyebabkan gatal, rasa terbakar, dispareunia, serta gangguan saat bersenggama. Namun sebenarnya, telah tersedia pilihan terapi yang bervariasi dan cukup aman, meskipun hanya sedikit (sekitar 25% di negara barat dan lebih sedikit lagi pada daerah lainnya) yang mencari pertolongan medis. Keengganan ini sedikit banyak dipengaruhi oleh dampak publikasi terapi sulih hormon beberapa tahun belakangan ini, yang memberi impresi mengenai peningkatan risiko kanker payudara, penyakit jantung, dan stroke. Namun terlepas dari benar tidaknya rasa kekhawatiran tersebut, terapi lokal untuk atrofi vagina sama sekali tidak memiliki risiko seperti yang mungkin ditimbulkan oleh terapi sulih hormon. Hambatan lain sebagai alasan dari keengganan mencari upaya terapi, adalah aspek budaya serta rasa malu untuk berdiskusi, khususnya dengan dokter pria. Di lain pihak, tenaga medis profesional juga harus menyadari akan kekurangannya dalam mengenali keluhan atau gejala atrofi vagina pada perempuan postmenopause (Sturdee, 2010).

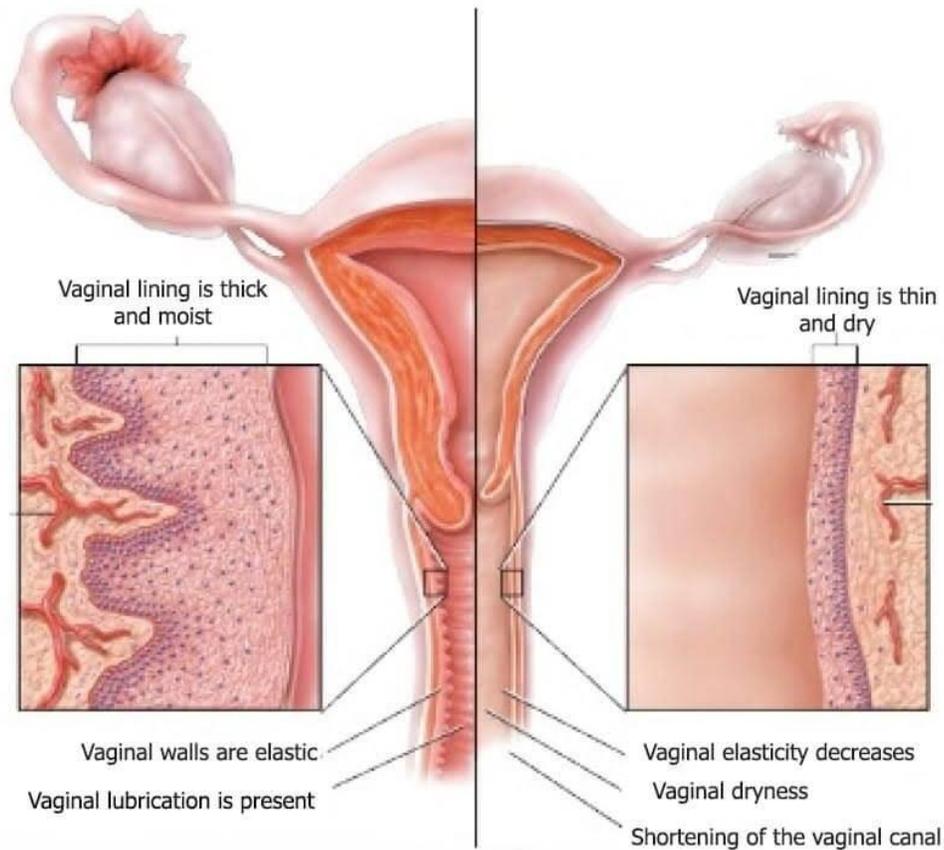
Kesehatan vagina berperan penting pada kesehatan seksual, di mana estrogen mengatur proses hemodinamika dalam siklus respons seksual. Saat atrofi vagina terjadi, wanita menopause akan mengalami vagina kering, sehingga bila mereka masih tergolong aktif secara seksual akan mengalami nyeri seperti dispareunia. Baik pada saat sanggama maupun tidak, perempuan mungkin dapat merasakan perubahan sensasi di organ genital, vasokongesti dan gangguan lubrikasi, yang pada akhirnya mengacu pada keluhan gangguan seksual lain seperti berkurangnya keinginan untuk melakukan sanggama, gairah seksual yang menurun, sensasi penerimaan rangsangan yang tidak adekuat dan kesulitan mencapai orgasme, serta berakhir dengan kegagalan dalam mengecap makna hubungan seksual (Nappi RE, 2009).

Pendapat serupa diungkapkan oleh Pastore LM (2004) yang menyatakan bahwa kesehatan saluran kemih berhubungan erat dengan timbulnya keluhan di vagina pada saat mengalami kekurangan estrogen. Keluhan berkemih, dapat berupa frekuensi/polakisuria, urgensi, nokturia, disuria, inkontinensia dan infeksi pascasanggama, serta sering dikeluhkan saat terjadi atrofi vagina. Perempuan yang mengalami keluhan seksual dan berkemih akibat atrofi vagina harus didiagnosis dan diberi terapi sesegera mungkin untuk mencegah berlangsungnya tataran perjalanan penyakit jatuh pada tingkat yang ireversibel. Walaupun demikian, perlu dipahami bahwa ekspresi keluhan seksual setiap wanita bersifat unik, khas, serta tidak saja dipengaruhi oleh faktor usia dan menopause namun juga oleh keterkaitan yang kompleks antara faktor kepribadian terhadap dampaknya pada kualitas hidup dan makna hubungan terhadap pasangannya.

Sturdee (2010) mengungkapkan bahwa yang terjadi bukan hanya sekadar masalah perubahan status hormonal saja, lebih jauh dari pada itu adalah hilangnya fungsi reproduksi yang akan menyebabkan perubahan peranan wanita. Hal ini dapat menimbulkan beragam persepsi tentang pandangan cara pikir dan kepercayaan diri. Sebagai tambahan, keluhan klimakterik juga dapat berpengaruh negatif terhadap kesejahteraan kesehatan fisik dan mental, bersamaan dengan perubahan dalam memaknai hubungan personal, keluarga, dan kehidupan sosial lainnya. Sikap kondisi pasangan pada aspek fisik, mental, dan tingkat kesehatan seksual, serta ada tidaknya kepuasan dalam mengartikan hubungan di antara mereka, akan dapat menentukan tingkat stres akibat keluhan seksual dan besarnya motivasi berkonsultasi pada dokter untuk keluhan atrofi vagina.

Healthy Vagina

Vaginal Atrophy



Gambar 10.1. Atrofi Vagina

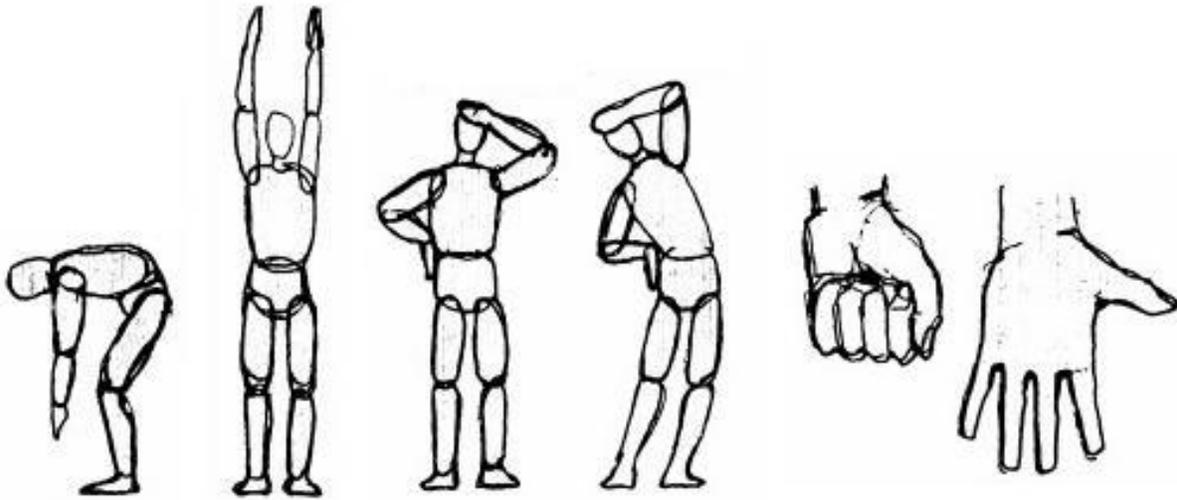
Sumber: <https://bit.ly/2NnAZjK>

Penangan yang dapat menjadi pilihan bagi perempuan menopause dalam mengatasi masalah atrofi vagina yaitu dengan melakukan rasionalisasi atrofi. Manfaat terapi atrofi vagina terhadap kualitas hidup secara umum atau khusus, akan berdampak pada kualitas seksual, sehingga tidak patut untuk diremehkan. Masih menurut Sturdee (2010), bahwa sampai dengan 50% perempuan dapat dipastikan akan mengalami gejala urogenital pada masa postmenopause, kemungkinan besar kejadian seperti ini jarang dilaporkan sehingga tampak biasa saja dan cenderung kecil. Mengingat terdapat preparat vaginal dosis rendah, bahkan hampir tanpa risiko dan efek samping walaupun pernyataan ini masih dapat berubah setiap waktu, karena belum ditopang oleh data jangka panjang. Oleh karena itu, ada baiknya jangan hanya diberikan pada kasus yang telah ada

gejala saja, melainkan juga dapat diberikan juga sebagai bentuk terapi preventif sebelum gejala itu muncul. Penetapan untuk tindakan preventif secara lebih luas tentu saja masih membutuhkan analisa *cost effectiveness* dan penelitian lebih lanjut, sehingga dapat mengurangi risiko yang tidak diinginkan. Dasar terapi pada perempuan yang sudah menderita atrofi vagina yaitu mengembalikan fisiologi urogenital dan mengurangi keluhan.

Upaya lainnya yang dipercaya dapat mengatasi permasalahan atrofi vagina adalah dengan menggunakan latihan gerak tubuh, salah satunya menggunakan senam ergonomis. Senam ergonomis adalah senam fundamental yang gerakannya sesuai dengan susunan dan fisiologis tubuh. Tubuh secara otomatis akan terpelihara homeostatisnya (keteraturan dan keseimbangannya), sehingga tetap dalam keadaan bugar. Terapi senam ergonomis mampu menjadi solusi untuk menurunkan keluhan beberapa penyakit, seperti infeksi, gangguan metabolisme, gangguan otot pinggang, dan ginjal yang termasuk dalam keluhan atrofi urogenital yang sering dialami perempuan perimenopause (Susilo Rini, 2016).

Senam ergonomis merupakan kombinasi antara gerakan otot dan teknik pernapasan. Melalui latihan relaksasi (senam ergonomis) lansia dilatih untuk dapat memunculkan kembali respons relaksasi, sehingga pengeluaran endorfin ini dapat menjadi penghambat bagi aktivitas *trigger cell*, maka gerbang substansia gelatinosa tertutup dan impuls nyeri atau keluhan berkurang atau sedikit di transmisikan ke otak, kondisi seperti ini dapat membuat klien mencapai keadaan jauh lebih tenang. Kondisi relaks yang dirasakan tersebut dikarenakan aktivitas latihan relaksasi dapat memberikan pemijatan halus pada berbagai kelenjar-kelenjar tubuh, menurunkan produksi kortisol dalam darah, mengembalikan pengeluaran hormon yang secukupnya sehingga memberi keseimbangan emosi, dan menghadirkan ketenangan pikiran. Senam ergonomis merupakan salah satu metode yang praktis dan efektif dalam memelihara kesehatan tubuh (Susilo Rini, 2016).



Gambar 10.2. Senam Argonomis

Sumber: <https://bit.ly/2pnD3dn>

C. AKTIVITAS FISIK

Salah satu indikator utama dalam menilai tingkat kesehatan masyarakat adalah meningkatnya usia harapan hidup. Dengan meningkatnya usia harapan hidup, sama artinya dengan semakin banyak penduduk lanjut usia (lansia). Menurut Said Junaidi (2011) lanjut usia sering dimaknai sebagai penambahan umur seseorang dengan disertai penurunan kapasitas fisik yang dalam hal ini ditandai dengan penurunan massa otot serta kekuatannya, laju denyut jantung maksimal, peningkatan lemak tubuh, dan penurunan fungsi otak menjadi lebih sering terjadi ketimbang sebelumnya. Pada saat seseorang memasuki lanjut usia, maka ia tidak akan mengalami perkembangan lagi sehingga tidak ada peningkatan kualitas fisik. Angka harapan hidup dari waktu ke waktu terbukti mengalami peningkatan, sehingga memungkinkan lansia berusia 70 tahun masih dapat menikmati hari tua dengan tetap dapat mengabdikan dirinya untuk kepentingan dirinya sendiri, keluarga, masyarakat, dan bangsa. Peningkatan angka harapan hidup merupakan konsekuensi dari berbagai bentuk akumulasi peningkatan sarana dan fasilitas, serta layanan kesehatan yang memadai bagi lansia. Terdapat

faktor lain yang diyakini memiliki kontribusi yang cukup signifikan bagi upaya peningkatan harapan hidup lansia dengan tetap memomorsatkan kualitas hidup yaitu aktivitas fisik yang terprogram, terukur, dan bertujuan olahraga.

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang meningkatkan pengeluaran tenaga dan energi yang dapat membakar kalori. Beberapa manfaat dari aktivitas fisik adalah untuk menjaga tekanan darah agar selalu stabil dalam batas normal, meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit, menjaga berat badan agar tetap ideal, menguatkan tulang dan otot, menjaga dan meningkatkan kelenturan tubuh, serta meningkatkan kebugaran tubuh. Aktivitas fisik merupakan salah satu faktor yang berpotensi dapat memengaruhi kerja dari hormon estrogen. Hormon estrogen mempunyai peran penting pada keluhan-keluhan yang dirasakan oleh perempuan klimakterium, di mana semakin bertambahnya usia seseorang, maka estrogen yang diproduksi secara bersamaan semakin berkurang karena terjadi penurunan estrogen dan kenaikan hormon gonadotropin pada fase klimakterium yang akan menimbulkan gejala-gejala fisik maupun psikologis (Septina Dwi, 2012).

Pada kehidupan lansia, olahraga memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas fisik agar tetap dalam keadaan sehat dan bugar. Tidak ada istilah tua untuk melakukan aktivitas olahraga secara rutin. Tubuh orang tua tetap bisa memberikan respons terhadap aktivitas gerak, sama baiknya dengan kondisi tubuhnya pada saat masih muda. Berolahraga merupakan “peluruh ajaib” untuk memastikan tetap panjang umur dan mendapatkan kualitas hidup yang baik. Para ahli kesehatan banyak berpendapat bahwa salah satu cara terbaik meningkatkan kemampuan tubuh untuk menangkal masalah kesehatan adalah dengan berolahraga.

Menurut Said Junaidi (2011), seseorang dapat dikatakan bugar apabila ia sehat dan mampu melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik tanpa mengalami kelelahan yang berarti dan masih memiliki semangat untuk menikmati waktu santai atau kegiatan lainnya. Kebugaran akan tercipta, jika lansia tersebut secara kontinu melakukan berbagai aktivitas fisik ringan dan menyenangkan, sehingga dapat melatih keseluruhan sistem faali dan diharapkan secara bersama-sama dapat membina kebugaran. Keterlibatan lansia dalam kegiatan olahraga akan merangsang berbagai komponen kebugaran jasmani yang sangat dibutuhkan untuk dapat menjalankan aktivitas dengan jauh lebih memadai. Manfaat olahraga

bagi lansia diantaranya adalah untuk memperlancar sirkulasi darah, memperkuat otot, mencegah pengeroposan tulang, menurunkan tekanan darah, menurunkan kolesterol jahat, dan menaikkan kolesterol baik. Bahkan olahraga juga dapat meningkatkan kekebalan tubuh, menjaga keseimbangan dan koordinasi otot, serta dapat membakar kalori untuk mengurangi berat badan yang berlebih.

Apabila kita melihat orang yang sudah lanjut usia sedang sibuk menyapu bersih-bersih halaman atau menata taman bahkan mengerjakan pekerjaan rumah tangga biasanya ada yang segera menyuruhnya untuk beristirahat dan diminta agar jangan terlalu banyak bergerak. Tubuh seorang lansia yang mulai lamban bergerak sering membuat kita yang lebih muda berpikiran bahwa yang terbaik bagi seorang lansia adalah duduk-duduk santai sambil menonton TV. Pemikiran yang demikian ini sebenarnya tidak dibenarkan, bahkan cenderung salah kaprah, alasannya adalah karena justru lansia sangat membutuhkan aktivitas agar dapat mengisi waktu luang dengan baik sesuai dengan kemampuannya. Tujuannya agar secara fisik ia bisa tetap eksis dan memiliki kebugaran yang baik. Selain itu, juga perlu dipahami bahwa gaya hidup santai semacam itu justru menjadi faktor risiko relatif untuk munculnya penyakit jantung pada usia senja.

Menurut Said Junaidi (2011), melakukan berbagai aktivitas ringan hingga sedang dan menyenangkan menurut usia, secara periodik dapat meningkatkan kebugaran pada lansia. Ketika seseorang memasuki usia lanjut, maka secara alamiah tubuh akan mengalami proses penurunan fungsi faaliah (degenerasi). Pada kondisi tersebut perlu dipikirkan bagaimana pada usia lanjut masih memiliki kesempatan untuk melakukan berbagai macam aktivitas yang bermanfaat, terutama bagi kesehatannya. Selain berfungsi sebagai upaya untuk meningkatkan kebugaran fisiknya, aktivitas fisik juga dapat memberi penguatan terhadap keselarasan, antara mental, emosional, dan sosial pada kehidupan lansia. Hidup bugar di usia lanjut merupakan solusi yang dapat dibentuk dan diciptakan oleh lansia guna meningkatkan derajat kebermaknaan hidup dalam kehidupan hari tua.

Masih menurut penelitian Said Junaidi (2011) mengungkapkan bahwa bentuk-bentuk latihan olahraga yang baik bagi lansia adalah sebagai berikut:

1. Berjalan, tujuannya agar lansia memperoleh kebugaran kardiovaskuler. Gerak jalan merupakan aktivitas yang murah meriah dan tidak membutuhkan keterampilan khusus

dan jika dilakukan secara santai akan menyenangkan. Secara lebih rinci jalan kaki dapat memengaruhi beberapa komponen kebugaran: *Pertama*, komponen tubuh dengan cara jalan kaki rutin empat kali dalam seminggu selama 45 menit, aktivitas tersebut bermanfaat untuk mengurangi 18 pon berat badan dalam setahun tanpa harus melakukan diet. *Kedua*, keaktifan pembuluh darah, berjalan dengan tingkat kecepatan, 2 atau 3 kali dalam seminggu selama 20 menit akan meningkatkan ketahanan pembuluh jantung. *Ketiga*, fleksibilitas yaitu dengan berjalan kaki dapat memengaruhi otot untuk meregang, sehingga terhindar dari kejang otot. *Keempat*, ketahanan otot, maka artinya setiap berjalan kaki otot akan terlatih dan memungkinkan memiliki ketahanan otot sehingga bisa bertahan meskipun berjalan dalam jangka waktu lama. *Kelima*, kekuatan otot dengan cara gerakan berjalan memanfaatkan seluruh otot tungkai untuk menopang seluruh berat badan dan mendukung gerakan, sehingga sangat memungkinkan otot-otot akan menjadi lebih kuat.

2. Senam, dapat dilakukan di dalam atau di luar ruangan, olahraga senam dapat berguna untuk peregangan dan kelenturan otot juga pernapasan.
3. Berenang, bermanfaat untuk persendian terutama bagi kaum lansia yang menderita penyakit osteoarthritis.
4. Bersepeda, dapat dilakukan dengan menggunakan yang stasioner maupun yang jalan. Bersepeda dapat meningkatkan sirkulasi darah dan menguatkan otot-otot jantung.
5. Joging, dapat meningkatkan kekuatan otot tungkai, menguatkan otot jantung, memperlancar peredaran darah, dan menurunkan berat badan. Namun demikian jogging hanya dapat dilakukan lansia yang tidak memiliki keluhan kesehatan.

D. MELAKUKAN POLA HIDUP SEHAT

Pola hidup sehat dalam pandangan Kotler (2002) adalah gambaran dari aktivitas atau kegiatan seseorang yang didukung oleh keinginan dan minat, serta bagaimana pikiran seseorang dalam menjalaninya dan berinteraksi dengan lingkungannya, yang bisa diartikan juga sebagai upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar sadar, mau, serta mampu melakukan perilaku hidup sehat. pola hidup sangat memengaruhi kondisi penampilan seseorang menjadi lebih awet muda dan panjang umur.

Salah satu pola hidup sehat adalah mengatur pola makan, sudah seharusnya perempuan yang telah memasuki fase klimakterium dengan usia 40 tahun ke atas mulai sering memperhatikan pola makan. Gizi yang seimbang sangat diperlukan tubuh pada usia lanjut untuk memperkuat daya tahan tubuh. Tidak dapat disangkal bahwa banyak sekali kendala yang harus dihadapi manusia saat dirinya mulai memasuki usia lanjut, terutama jika sejak muda tidak membiasakan diri menerapkan pola hidup sehat. Masa tua bagi sebagian orang masih menjadi persoalan yang menakutkan, sehingga berbagai upaya dilakukan untuk menyiapkan investasi kesehatan di usia tua. Sedang penuaan bukan sesuatu yang bisa ditolak datangnya, karena merupakan sebuah proses alami yang setiap orang akan mengalami, tetapi penuaan bisa dicegah dampak buruknya bagi kesehatan dengan menerapkan pola hidup sehat sedini mungkin.

Mengatur pola makan setelah berusia 40 tahun ke atas sangatlah penting. Asupan gizi seimbang sangat diperlukan tubuh jika ingin awet muda dan keadaan tetap sehat. Tidak dapat disangkal, banyak kendala yang dihadapi manusia saat memasuki pertambahan usia dan mulai menua. Terutama bila sejak muda tidak menerapkan pola hidup sehat atau sudah terserang beragam penyakit seperti stroke, hipertensi, jantung, dan sebagainya. Bahkan ketajaman penglihatan manusia sudah berkurang sejak usia 40 tahun. Kemampuan tersebut berkurang terutama untuk melihat jarak dekat, sehingga memerlukan kacamata berlensa cembung. Keadaan ini tidak dapat dihindari, namun dengan mudah dapat diatasi dengan menggunakan kacamata. Penyebabnya bisa bermacam-macam, namun lebih sering karena adanya proses penuaan itu sendiri, namun juga bisa disebabkan oleh hipertensi (Hanata, 2010)

Seseorang dianggap berhasil menjalani proses penuaan jika dapat terhindar dari berbagai macam penyakit, organ tubuhnya dapat berfungsi dengan baik, serta kemampuan berpikirnya atau kognitif masih tajam. Para lansia yang berhasil mempertahankan fungsi gerak dan berpikirnya dianggap berhasil menghadapi penuaan, sehingga dapat bekerja aktif terutama di sektor informal. Mereka biasanya dapat berbagi pengalaman dan sudah mencapai tahap perkembangan psikologis di mana mereka dianggap bijaksana dalam menyikapi kehidupan dan mendalami kehidupan spiritual. Agar tetap bisa aktif hingga usia tua, maka seseorang sejak berusia muda perlu melakukan dan mempertahankan pola hidup sehat dengan

mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang, melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara teratur dan juga dapat menghindari rokok (Gunawan, 2012).

Menurut Hardani (2002), makanan sehat adalah makanan yang didalamnya terkandung zat-zat gizi. Zat-zat gizi itu sendiri merupakan zat-zat yang sangat dibutuhkan oleh tubuh. Beberapa zat-zat gizi tersebut yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral yang sangat banyak manfaatnya. Selain itu, ada definisi makanan sehat yang diungkapkan oleh Almatsier (2005) yang menyatakan bahwa pedoman menu 4 sehat 5 sempurna telah mengalami perkembangan semenjak tahun 1950. Arti dari 4 sehat 5 sempurna sendiri pun yaitu pola menu seimbang yang bila disusun dengan baik mengandung semua gizi yang dibutuhkan oleh tubuh, dan tersusun dari makanan pokok seperti karbohidrat, lauk pauk, (protein), sayuran, buah-buahan, dan susu.

Kesiapan menghadapi menopause menurut Erna (2004) yakni dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang. Pemenuhan gizi yang memadai sangat membantu menghambat berbagai dampak negatif menopause terhadap kinerja otak, mencegah kulit kering dan berbagai penyakit lainnya, serta mencegah menopause datang lebih awal. Dalam penelitian Dewi Elliana (2017), diperoleh hasil sebagian besar responden pada tingkat status gizi kurang sebanyak 25 (69,4%) sedangkan yang baik hanya sebanyak 11 (30,6%) responden. Hal ini sesuai dengan pendapat lumbung pangan, 2008 tingkat status gizi responden yang kurang dapat disebabkan oleh produk makanan yang dikonsumsi kurang, konsumsi makanan atau kebiasaan makan yang tidak seimbang, keadaan ekonomi yang kurang, maupun kurangnya pengetahuan para responden. Karena hal tersebut, maka tingkat status gizi para responden sebagian besar termasuk dalam kategori kurang. Hal ini disebabkan oleh faktor-faktor yang memengaruhi gizi akan berinteraksi kepada status gizi seseorang. Status gizi seimbang sangat penting, terutama bagi pertumbuhan, perkembangan, kesehatan, dan kesejahteraan manusia. Pendapat lain juga disampaikan oleh Supariasa (2002) bahwa status gizi seseorang menggambarkan apa yang dikonsumsinya dalam waktu yang cukup lama, di mana keadaan gizi ini merupakan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dengan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat-zat tersebut atau keadaan fisiologik akibat tersedianya zat gizi dalam seluler tubuh.

Salah satu cara hidup sehat juga dapat ditempuh melalui aktivitas olahraga. Olahraga adalah suatu bentuk aktivitas fisik terencana dan terstruktur yang melibatkan gerakan tubuh berulang-ulang dan ditujukan untuk meningkatkan kebugaran jasmani. Efek yang bisa dirasakan dari rutinnnya melakukan aktivitas olahraga yaitu dapat meningkatkan kerja dan fungsi jantung, menjaga kesehatan paru dan pembuluh darah, meningkatkan kekuatan otot dan kepadatan tulang, meningkatkan kelenturan pada tubuh sehingga mengurangi risiko cedera, meningkatkan metabolisme tubuh untuk mencegah kegemukan dan mempertahankan berat badan ideal, aktivitas olahraga juga dapat mengurangi risiko terjadinya penyakit, seperti darah tinggi, kencing manis, jantung coroner, dan penyakit-penyakit lainnya, serta untuk meningkatkan aktivitas sistem kekebalan tubuh terhadap penyakit.

Masa lanjut usia selalu identik dengan masa klimakterium yaitu masa peralihan antara masa reproduksi dengan masa senium. Klimakterium dibagi menjadi 4 fase yaitu premenopause, perimenopause, menopause, dan pascamenopause. Sebelum seorang perempuan mengalami menopause, ia akan mengalami fase premenopause, di mana pada fase ini muncul berbagai keluhan. Perkiraan rata-rata umur perempuan menopause di Indonesia adalah 50-52 tahun, sedangkan rata-rata umur premenopause adalah 40-48 tahun. Dalam hal ini, rencana hidup yang bersifat realistis seharusnya sudah dirancang jauh sebelum perempuan memasuki fase klimakterium, paling tidak individu sudah memiliki bayangan akan aktivitas apa yang nantinya akan dilakukan bila pension. Berdasarkan prinsip tersebut, maka usia tua atau fase di mana perempuan telah memasuki fase klimakterium adalah fase di mana seseorang merasa berada pada usia yang penuh dengan kemandirian, baik dalam tingkah laku dan aktivitas sehari-hari, bekerja maupun berolahraga. Dengan menjaga fisik, mental, spiritual, ekonomi, dan sosial, sehingga seseorang dapat memilih masa tua yang lebih membahagiakan dan terhindar dari banyak masalah kesehatan (Nugroho, 2002).

Pola hidup dan pola makan juga sangat bisa memengaruhi terjadinya proses penuaan. Misalnya, pola makan yang tidak seimbang antara asupan dengan kebutuhan, baik jumlah maupun jenis makanannya yang mengandung tinggi lemak, serta kurang mengonsumsi sayuran dan buah. Selain itu, makanan yang melebihi kebutuhan tubuh bisa menyebabkan obesitas atau kegemukan. Pola hidup juga bisa memengaruhi hal tersebut terutama kurangnya aktivitas fisik. Akibatnya, timbul penyakit yang sering diderita, antara lain diabetes mellitus

atau kencing manis, penyakit jantung, hipertensi, kanker, dan lain-lain. Jika menderita penyakit tersebut, sudah seharusnya melakukan terapi dan selanjutnya harus menerapkan pola hidup maupun pola makan yang benar, sehingga kerusakan yang terjadi tidak berkembang menjadi lebih berat (Muhammadun, 2009).

Menurut Hanata (2010), ada beberapa faktor penting yang perlu diperhatikan karena dapat memengaruhi pola hidup sehat pada lansia, antara lain:

1. Faktor Makanan

Usia tua sudah dimulai pada umur 40 tahun karena perkembangan fisik akan menurun, tapi perkembangan mental terus berlangsung. Mulai saat itulah kita harus bisa menahan diri untuk tidak mengonsumsi makanan yang hanya disukai dan memberi kepuasan, karena enak di mulut. Tapi lebih jauh lagi yakni memikirkan bagaimana akibatnya dalam tubuh, karena bukan kesehatan jadi lebih baik, tetapi malah membuat penyakit berkembang di tubuh kita. Bagi lansia sebaiknya menjaga pola makan. Pola makan dapat diartikan sebagai suatu sistem, cara kerja atau usaha untuk melakukan sesuatu. Dengan demikian, pola makan sehat dapat diartikan sebagai suatu cara atau usaha untuk melakukan kegiatan makan secara sehat. Pola makan juga ikut menentukan kesehatan tubuh seseorang. Sebaiknya lansia lebih rajin mengonsumsi makanan, seperti sayuran segar yang dicuci bersih tanpa pestisida, buah segar, tahu, tempe yang berprotein tinggi, dan hati yang banyak mengandung gizi—seperti kalsium, fosfor, besi, vitamin A, B1, B2, B12, dan vitamin C.

2. Faktor Istirahat

Porsi istirahat yang cukup sangat dibutuhkan dalam tubuh kita. Seseorang yang telah memasuki usia lansia harus tidur lima sampai enam jam dalam sehari. Banyak orang kurang tidur jadi lemas, tidak ada semangat, lekas marah, dan stres. Bila kita kurang tidur, hendaknya diisi dengan ekstra makan. Dan bila tidur terganggu perlu dilakukan konsultasi ke dokter. Hobi untuk menonton TV boleh saja dilakukan asal tidak sampai larut malam. Khasanah dan Hidayat (2012) dalam penelitiannya mengatakan bahwa kualitas tidur merupakan suatu keadaan di mana tidur yang dijalani seorang individu menghasilkan kesegaran dan juga kebugaran di saat terbangun. Gambaran kualitas tidur lansia dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan kebanyakan lansia memiliki kualitas

tidur yang buruk. Gangguan tidur pada lansia selain karena faktor usia, juga sangat bergantung pada kondisi psikologisnya—seperti penyesuaian diri dalam menghadapi realitas, maupun pergi atau hilangnya orang yang dicintai.

3. Faktor Olahraga

Intensitas olahraga yang teratur, sangat baik untuk kesehatan tubuh—seperti senam, berenang, jalan kaki, yoga, dan lain-lain. Berolahraga bersama orang lain lebih menguntungkan karena dapat bersosialisasi, berjumpa dengan teman-teman, dan tidak menutup kemungkinan mendapat kenalan baru. Selain itu, juga dapat mengadakan kegiatan lainnya, seperti berwisata dan makan bersama. Kebanyakan olahraga dilakukan di pagi hari setelah subuh, di mana udara cenderung masih jauh lebih bersih. Berolahraga juga dipercaya dapat menurunkan kecemasan dan mengurangi perasaan depresi serta *lowself esteem*. Dengan olahraga kita dapat memperoleh fisik yang sehat, begitupun juga jiwa yang sehat. Hal ini sering menjadi alasan orang untuk rutin melakukan aktivitas olahraga agar selalu merasa muda dan sehat meski dalam usia tua.

4. Faktor Perilaku

Dalam hal ini, perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu reaksi seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Respons atau reaksi manusia dapat bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap) serta dapat bersifat aktif (tindakan yang nyata). Menurut Budioro (2000), perilaku kesehatan mencakup:

Pertama, perilaku seseorang terhadap sakit atau penyakit yaitu bagaimana manusia memberi respons baik secara pasif maupun aktif yang dilakukan sehubungan dengan sakit atau penyakit tersebut. Perilaku terhadap sakit atau penyakit sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit meliputi: (a) perilaku sehubungan dengan peningkatan kesehatan (*health promotion behaviour*) contohnya dengan mengonsumsi makanan yang bergizi, olahraga yang cukup dan sebagainya; (b) perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behaviour*); (c) perilaku dengan pencarian pertolongan pengobatan (*health seeking behaviour*) yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan; (d) perilaku dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behaviour*) yaitu perilaku yang berhubungan dengan pemulihan kesehatan setelah

sembuh dari suatu penyakit. *Kedua*, perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan yang merupakan respons seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan, baik terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatan yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap, penggunaan fasilitas, serta petugas. *Ketiga*, perilaku terhadap makanan (*nutrition behaviour*), perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap, dan praktik terhadap makna serta unsur yang terkandung di dalamnya, pengolahan makanannya, dan sehubungan dengan kebutuhan yang diperlukan. *Keempat*, perilaku lingkungan (*environmental health behaviour*) merupakan respons seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Dalam perkembangannya, untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, maka domain tersebut dibedakan menjadi pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktik atau tindakan (*practice atau action*).

Menurut Notoatmodjo (2003), setelah menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*nonbehavior causes*). Selanjutnya, perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk oleh tiga faktor penting yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang merupakan faktor untuk mempermudah terjadinya perilaku yang berasal dari dalam diri individu—meliputi karakteristik responden, pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-nilai masyarakat. Faktor pendukung (*enabling factor*) yaitu faktor yang memungkinkan perilaku meliputi: ketersediaan sarana kesehatan, ketercapaian sarana, keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan, dan faktor pendorong (*renforcing factor*)—yaitu faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya suatu perilaku, meliputi sikap dan praktik petugas kesehatan dalam pemberian pelayanan kesehatan, sikap, dan praktik petugas lain seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, keluarga, dan guru.

Beberapa perilaku yang dianjurkan untuk dilakukan oleh para lansia, yakni mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, mau menerima keadaan, sabar, dan optimis serta meningkatkan rasa percaya diri dengan melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan, menjalin hubungan yang teratur dengan keluarga dan sesama manusia, olahraga ringan tiap hari, memeriksakan kesehatan tubuh dan gigi secara

teratur, makan sedikit tapi sering, dan pilih makanan yang sesuai, banyak minum, berhenti merokok dan minum-minuman keras, minum obat sesuai dengan anjuran dokter atau petugas kesehatan yang lain, mengembangkan hobi sesuai kemampuan, serta tetap memelihara dan bergairah dalam kehidupan seks. Sedangkan perilaku-perilaku yang kurang dianjurkan pada lansia, yaitu kurang berserah diri, pemarah, merasa tidak puas, murung, putus asa, menyendiri, kurang gerak, tidak memeriksakan kesehatan dan gigi secara teratur, makan yang tidak teratur dan kurang tidur, melanjutkan kebiasaan merokok dan minum-minuman keras, minum obat penenang dan penghilang rasa sakit tanpa aturan, melakukan kegiatan yang melebihi kemampuan lansia, serta menganggap kehidupan seks tidak diperlukan lagi di masa tua.

BAB 11

PERANAN BIDAN DALAM MENGHADAPI PEREMPUAN KLIMAKTERIUM

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk mencapai kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang—baik itu menyangkut fisik, mental, maupun sosial budaya dan ekonomi. Untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal sangat dibutuhkan adanya peranan dari tenaga kesehatan yang profesional. Dalam hal klimakterium, bidan menjadi salah satu tenaga kesehatan yang paling berpengaruh untuk mengatasi berbagai permasalahan yang dikeluhkan perempuan menopause pada umumnya.

A. DEFINISI BIDAN DAN PERANANNYA SECARA UMUM

Definisi bidan menurut International Confederation of Midwives (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di seluruh dunia, yang diakui oleh WHO dan Federation of International Gynecologist Obstetrition (FIGO), bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan. Bidan juga diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan, dan nasihat selama masa hamil, persalinan, nifas, memimpin persalinan, dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir maupun bayi. Selain hal itu, bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi, dan asuhan anak.

Praktik Bidan di Indonesia selama ini dilandasi oleh beberapa peraturan, yaitu: KEPMENKES 900/2002, UU Praktik Kedokteran Pasal 73 Ayat 3, PERMENKES 1419/2005 (Pasal 14 dan 15). Di dalam melaksanakan praktik bidan, seorang bidan sudah

seharusnya memiliki kompetensi dalam bidang tersebut. Kompetensi adalah kemampuan yang dilandasi oleh pengetahuan, keterampilan, dan juga sikap yang sudah menjadi keharusan dimiliki oleh seorang bidan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan secara aman dan bertanggung jawab sesuai dengan standar masyarakat. Apabila seorang bidan melakukan peran, fungsi, dan tanggung jawab dengan baik, maka bidan tersebut dapat dikatakan sudah berkompeten. Bidan secara umum memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti.

Bidan sebagai pelaksana berarti dalam hal ini bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, kolaborasi, dan rujukan. Seorang bidan memiliki tugas utama, seperti: tugas primer yaitu tugas yang menjadi tanggung jawab bidan sesuai kewenangannya yang mana meliputi menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan, memberi pelayanan dasar pranikah pada remaja dengan melibatkan mereka sebagai klien, memberi asuhan kebidanan kepada klien selama masa kehamilan normal, memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien atau keluarga, memberikan asuhan kebidanan kepada bayi yang baru dilahirkan, memberikan asuhan kebidanan pada perempuan usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana (KB), memberikan asuhan kebidanan pada perempuan dengan gangguan sistem reproduksi dan perempuan yang berada dalam masa klimakterium dan nifas.

Bidan juga dalam melakukan pelayanan kesehatan memiliki tugas kolaborasi, yaitu tugas yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari proses kegiatan pelayanan kesehatan. Tugas kolaborasi dalam hal ini meliputi menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi, memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi, pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan klien dan keluarga, memberikan asuhan pada BBL dengan risiko tinggi dan yang mengalami komplikasi, serta kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi yang melibatkan klien dan keluarga. Memberikan asuhan kebidanan pada balita dengan risiko

tinggi yang mengalami komplikasi, serta kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan melibatkan keluarga (Lestari Puji Astuti, 2017).

Tugas ketergantungan atau rujukan maksudnya menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi rujukan keterlibatan klien dan keluarga. Misalnya: memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan kegawatdaruratan, memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu yang melibatkan klien dan keluarga, memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas dengan penyulit tertentu dengan kegawatdaruratan yang melibatkan klien dan keluarga, memberikan asuhan kebidanan pada BBL dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan keluarga, memberikan asuhan kebidanan pada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan (Lestari Puji Astuti, 2017).

Fase klimakterium akan dapat dilalui dengan tenang oleh seorang perempuan, dengan catatan bahwa mereka mereka dapat mengerti dan menyadari akan hal tersebut. Selain itu, mereka juga dapat menanggapi fase tersebut dengan sikap menerima. Seorang bidan sangat berperan bagi seorang perempuan dalam menghadapi fase klimakterium. Seorang bidan harus bisa menyiapkan seorang perempuan untuk tidak kaget saat mengalami klimakterium. Perempuan yang memasuki fase klimakterium memerlukan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) dari petugas kesehatan untuk pemeliharaan kesehatan serta menjamin kualitas hidupnya. Melalui asuhan kebidanan, diharapkan perempuan dapat terhindar dari konsep yang salah tentang menopause, sehingga hidupnya akan lebih bermanfaat untuk menghadapi hari-hari pascamenopause (Siagan, 2003).

B. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

Manajemen kebidanan merupakan suatu proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan pada klien (Varney, 2004). Dalam pengertian lain, manajemen kebidanan adalah membuat pekerjaan selesai (*getting things done*). Manajemen adalah

mengungkapkan apa yang hendak dikerjakan, kemudian menyelesaikannya, atau menentukan tujuan terlebih dahulu secara pasti, yakni dengan menyatakan secara rinci apa yang hendak dicapai. Adapun prinsip-prinsip manajemen menurut adalah sebagai berikut:

1. Efisiensi, yaitu bagaimana mencapai akhir dengan hanya menggunakan sarana yang perlu, atau dengan kata lain menggunakan sarana sesedikit mungkin. Selain itu, efisiensi adalah ukuran mengenai hubungan antara hasil yang dicapai dan usaha yang telah dikeluarkan (misalnya, oleh seorang tenaga kesehatan).
2. Efektivitas, dalam hal ini diartikan seberapa besar suatu tujuan yang sedang, atau telah tercapai. Efektivitas merupakan sesuatu yang hendak ditingkatkan oleh manajemen.
3. Rasional dalam mengambil keputusan, dalam hal ini pengambilan keputusan yang rasional sangat diperlukan dalam proses manajemen. Keputusan merupakan suatu pilihan dari dua atau lebih tindakan. Dalam istilah manajemen, pengambilan keputusan merupakan jawaban atas pertanyaan tentang perkembangan suatu kegiatan.

Proses manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan, di mana dalam setiap langkahnya telah disempurnakan secara periodik. Proses periodik sendiri dimulai dengan membentuk kerangka lengkap yang dapat menjadi langkah-langkah tertentu dan dapat berubah sesuai dengan keadaan pasien. Adapun pelaksanaan menggunakan manajemen kebidanan dapat ditempuh melalui tujuh langkah, diantaranya sebagai berikut:

a. Pengumpulan dan Pengkajian Data

Pengkajian adalah sistematis pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk digunakan sebagai alat mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien.

Tahap ini meliputi:

Pertama, data subjektif merupakan data yang didapatkan untuk mengetahui keluhan atau masalah yang disarankan. Data subjektif sendiri dapat berupa biodata pasien; keluhan utama; riwayat menstruasi; riwayat kehamilan dan nifas; riwayat keluarga berencana; riwayat penyakit—seperti penyakit sistematik, riwayat penyakit keluarga, riwayat keturunan kembar; selain itu data subjektif juga meliputi pola kebiasaan sehari-hari, pola nutrisi, pola eliminasi, pola istirahat, pola seksual, pola *hygiene*, dan data psikologis.

Kedua, data objektif merupakan data yang dapat dilihat dan diobservasikan dengan kesehatan. Tujuan dari pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang adalah untuk mendeteksi komplikasi-komplikasi menopause. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dapat meliputi (1) *composmentis* yaitu kesadaran normal yakni sadar sepenuhnya sehingga dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan di sekelilingnya; (2) *apatis* yaitu keadaan di mana muncul kesadaran yang segan pada individu dalam berhubungan dengan sekitarnya atau sikap acuh tak acuh; (3) *delirium* gelisah disorientasi, pada orang, tempat, dan waktu—seperti memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, dan sering berkhayal; (4) *somnolen* yaitu keadaan menurunnya respons psikomotor yang lambat menjadi lebih gampang tidur, namun kesadaran dapat pulih apabila dirangsang (mudah dibangunkan); (5) *stupor* yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi masih ada respons terhadap nyeri; (6) *coma* yaitu tidak bisa dibangunkan dan tidak ada respons terhadap rangsangan apapun.

Selain pemeriksaan fisik ada pula pemeriksaan tanda vital. Pemeriksaan ini meliputi: (1) pemeriksaan tekanan darah (*vital sign*) agar dapat mengetahui faktor risiko hipertensi atau hipotensi dengan nilai satuannya mmHg. Keadaan normal antara 120/80 mm/Hg sampai dengan 130/90 mmHg atau peningkatan sistolik tidak lebih dari 30 mmHg dan peningkatan diastolik tidak lebih dari 30 mmHg, serta peningkatan diastolik tidak lebih dari 15 mmHg dari keadaan pasien normal, keadaan pada ibu menopause dengan *hot flush* yaitu antara 140/90 mmHg; (2) pemeriksaan suhu yaitu untuk mengetahui suhu badan pasien, suhu badan normal umumnya adalah 36⁰C sampai dengan 37⁰C. Pada ibu menopause yang mengalami *hot flush*, maka suhu badan menjadi 38⁰C; (3) pemeriksaan nadi yang akan memberikan gambaran kardiovaskuler. Denyut nadi normal yaitu 70x/menit sampai 88x/menit, sedangkan pada ibu menopause dengan kondisi *hot flush* yaitu 90x/menit; (4) pemeriksaan pernapasan yang bertujuan untuk mengetahui sifat pernapasan dalam satu menit. Pernapasan normal 22x/menit sampai dengan 24x/menit, sedangkan pernapasan pada ibu menopause yaitu 20x/menit (Saifuddin, 2006).

Pemeriksaan lain yang perlu dilakukan adalah pemeriksaan sistematis yang mana meliputi: (1) pemeriksaan rambut, dilakukan untuk menilai warna, kelembatan, dan

karakteristik rambut—seperti ikal, lurus, keriting, dan lain sebagainya; (2) muka, pemeriksaan ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui keadaan muka, apakah pucat atau tidak, adakah kelainan atau tidak, adakah oedema dan seterusnya; (3) pemeriksaan juga dilakukan pada mata untuk mengetahui *conjunctiva* berwarna merah muda atau tidak, dan selera berwarna putih atau tidak; (4) hidung, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada polip atau tidak; (5) pemeriksaan telinga dilakukan untuk mengetahui bagaimana keadaan daun telinga, liang telinga, dan ada serumen atau tidak; (6) pemeriksaan mulut dilakukan untuk mengetahui kondisi mulut bersih atau tidak, ada caries atau tidak, dan ada karang gigi atau tidak; (7) pemeriksaan leher untuk mengetahui apakah ada pembesaran kelenjar gondok atau *thyroid*, serta ada tumor dan pembesaran getah bening tidak; (8) pemeriksaan dada ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada kelainan pada dada, apakah bentuknya simetris atau tidak; (9) selain itu ada pula pemeriksaan payudara untuk mengetahui apakah ada benjolan tumor dan apakah ukurannya simetris kanan dan kiri; (10) pemeriksaan abdomen juga penting untuk mengetahui apakah ada jaringan parut atau bekas operasi, adakah ada nyeri tekanan dan sebagainya; (11) anogenital pemeriksaan untuk mengetahui apakah ada *avaiques*, ada luka atau tidak; dan terakhir (12) ekstremitas yaitu pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui apakah ada kelainan, serta ada atau tidak ada oedema refleks *pathella*.

Ketiga, data penunjang. Pemeriksaan penunjang merupakan data atau fakta yang diperoleh dari hasil pemeriksaan laboratorium pemeriksaan rontgen, ultrasonografi (USG), dan lain-lain (Varney, 2004). Pada perempuan menopause yang berada dalam kondisi *hot flush* sering dilakukan pemeriksaan laboratorium yang meliputi pemeriksaan HB.

b. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data yang telah terkumpul. Data dasar yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan, sehingga dapat merumuskan diagnosis kebidanan dan masalah yang jauh lebih spesifik. Menurut Varney (2007), diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan dalam lingkup praktik

kebidanan. Diagnosa dapat disimpulkan melalui data dasar subjektif, meliputi ibu dengan umur 50 tahun, yang merasa cemas dengan keadaannya, serta mengalami rasa panas akibat berkeringat di malam hari, wajah memerah, dan sulit untuk tidur pada malam hari. Sedangkan data objektif meliputi keadaan umum pasien, kesadaran pasien, dan *vital design*—seperti tekanan darah, berat badan, tinggi badan, dan keadaan kulit.

Selain itu, dalam langkah ini perlu dilakukan identifikasi masalah dan kebutuhan pasien. Tentu saja dalam hal ini masalah yang dimaksud adalah masalah yang berkaitan dengan pengalaman pasien yang ditemukan dari pengkajian atau yang menyertai diagnosis sesuai dengan keadaan pasien. Masalah yang sering ditemukan pada menopause adalah *hot flush* atau merasa cemas dengan keadaannya saat terjadi perubahan selama fase menopause. Sedangkan kebutuhan merupakan hal-hal yang dibutuhkan pasien dan yang belum teridentifikasi dalam diagnosa masalah yang didapatkan melalui analisis data. Kebutuhan yang diperlukan oleh ibu menopause dengan *hot flush* adalah diberikan konseling mengenai perubahan yang terjadi selama menopause dan masalah yang sering muncul pada masa menopause (Varney, 2004).

c. Diagnosa Potensial

Dalam langkah ini, seorang bidan akan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan pada diagnosa masalah yang sudah diidentifikasi. Salah satu contohnya ada pada kasus ibu menopause dengan *hot flush* diagnosa potensial terjadi gangguan psikologis, seperti halnya terkena depresi (Purwoastuti, 2008).

d. Antisipasi atau Tindakan Segera

Pada tahap ini, perlu dilakukan konsultasi atau penanganan segera bersamaan dengan anggota tim kesehatan lain, sesuai dengan kondisi pasien. Pada kasus ibu menopause dengan *hot flush*, tindakan segera yang dilakukan adalah dengan memberi pasien clonidine 0,1 mg dua kali sehari sebanyak tiga tablet (Purwoastuti, 2008).

e. Perencanaan

Pada langkah ini, ada baiknya mulai direncanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Pada ibu menopause yang mengalami *hot flush*, menurut Purwoastuti (2008) rencana tindakan yang dapat

dilakukan yaitu beritahu ibu tentang menopause, beritahu ibu tentang gejala serta masalah yang dapat muncul pada masa menopause, anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang mengandung vitamin dan kalsium, anjurkan pada ibu untuk mengurangi konsumsi minum kopi atau the, serta menghindari asap rokok, anjurkan pada ibu untuk menjaga kebersihan dirinya, anjurkan pada ibu untuk melakukan olahraga secara teratur, anjurkan pada ibu untuk menggunakan pakaian tipis dan tertutup saat tidur dari bahan katun, serta beri ibu vitamin E dan vitamin B kompleks.

f. Pelaksanaan

Merupakan langkah pelaksanaan dari asuhan yang telah direncanakan secara efisien dan aman. Keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan pasien adalah tetap bertanggung jawab terhadap pelaksanaan asuhan bersama yang dilaksanakan secara menyeluruh (Varney, 2007).

g. Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan kebidanan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan, tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksanakan. Evaluasi setelah dilakukan tindakan yaitu keadaan umum ibu baik, ibu dapat mengatasi sendiri keluhan rasa panas yaitu dengan berpikir jauh lebih positif dan tidak mengalami kepanikan yang berarti, ibu mampu menerapkan pola hidup sehat dengan melakukan olahraga secara teratur dan mengonsumsi makanan yang bergizi, rasa panas pada wajah dan leher semakin berkurang, ibu merasa istirahat malamnya sekarang tidak lagi terganggu, dan ibu sudah tidak lagi merasakan cemas yang berlebihan (Ambarwati, 2008).

C. PENDIDIKAN KESEHATAN

1. Definisi dan Tujuan Pendidikan Kesehatan

Salah satu upaya yang paling umum dilakukan oleh seorang bidan dalam menghadapi perempuan klimakterium adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan pada perempuan tersebut. Menurut Notoatmojo (2009), yang dimaksud dengan pendidikan kesehatan adalah salah satu bentuk dari promosi kesehatan yang merupakan bentuk

intervensi terhadap faktor perilaku. Pendidikan kesehatan bertujuan untuk menyadarkan masyarakat tentang bagaimana cara memelihara kesehatan, menghindari atau mencegah hal-hal yang tidak diinginkan yang dapat merugikan kesehatan dan mengetahui ke mana harus mencari pengobatan yang tepat. Lingkup promosi kesehatan pada masa klimakterium meliputi permasalahan nutrisi, psikologis, olahraga, kesehatan umum, serta dukungan keluarga dan tenaga kesehatan. Dalam persoalan klimakterium, pemberian pendidikan kesehatan akan dapat membantu perempuan untuk mengembangkan pengetahuan, sikap, begitu juga perilaku dalam mengatasi perubahan-perubahan dan permasalahan yang ditimbulkan selama fase klimakterium, sehingga mampu beradaptasi terhadap berbagai perubahan serta gejala yang terjadi pada fase tersebut. Selain itu, pendidikan kesehatan merupakan salah satu strategi untuk dapat meningkatkan perilaku dan koping perempuan dalam mengatasi gejala menopause (Rotem, et al., 2005).

Masih menurut Notoatmojo (2009), untuk mengawali pemberian pendidikan kesehatan, seorang tenaga kesehatan harus terlebih dahulu melakukan pengkajian terkait dengan pengetahuan masyarakat, sehingga akan ditemukan permasalahan yang ada. Dari beberapa masalah yang ditemukan, maka akan ditentukan prioritas masalahnya. Keefektifan pemberian pendidikan kesehatan sangat ditentukan oleh beberapa hal, antara lain tujuan yang ditetapkan, sasaran, metode, dan media yang digunakan. Dalam penelitian Yanita (2016), pendidikan kesehatan bagi perempuan klimakterium mengacu pada model pendidikan kesehatan PROCEED-PRECEDE yang merupakan pendidikan kesehatan berbasis masalah. Masalah dalam hal ini diidentifikasi melalui proses diskusi kelompok terarah (*FGD/Focus Group Discussion*) dan penyebaran kuisisioner terkait dengan pengetahuan responden tentang menopause. Adapun masalah yang ditemukan antara lain, kurangnya pengetahuan perempuan klimakterium terkait dengan menopause, yang meliputi perubahan-perubahan selama fase menopause, gejala yang muncul, kebutuhan nutrisi bagi perempuan klimakterium, penatalaksanaan menopause serta latihan atau aktivitas yang perlu dan baik dilakukan pada fase menopause.

Menurut teori PROCEED-PRECEDE oleh Green (1980) (dalam Notoatmodjo, 2010), menjelaskan bahwa komponen pendidikan terbagi menjadi tiga faktor, yaitu: *Pertama*, faktor predisposisi yang dapat berupa pengetahuan, sikap, nilai, dan persepsi. *Kedua*,

faktor pemungkin berupa ketersediaan sumber daya, keterjangkauan rujukan, dan keterampilan petugas. *Ketiga*, faktor penguat yang dapat berupa sikap dan perilaku. Pendidikan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sangat diharapkan dapat memperbaiki dan meningkatkan ketiga komponen tersebut, sehingga akan memberi dampak pada menurunnya masalah kesehatan berupa penurunan gejala perimenopause serta dapat meningkatkan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan-perubahan yang muncul saat menopause. Penurunan masalah kesehatan pada akhirnya akan dapat meningkatkan kualitas hidup perempuan klimakterium.

Pendidikan kesehatan yang dilakukan dalam penelitian Yanita (2016) adalah dilakukan melalui metode ceramah dan diskusi dengan membentuk kelompok-kelompok kecil serta latihan senam yoga. Kombinasi lebih dari satu metode dipercaya akan berdampak lebih efektif jika dibandingkan dengan hanya menggunakan satu metode saja. Pemberian pendidikan kesehatan akan cukup membantu perempuan dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku. Salah satu faktor pendukung dalam peningkatan pengetahuan adalah tingkat pendidikan. Masih dalam penelitian Yanita (2016) bahwa sejumlah 52,3% responden memiliki tingkat pendidikan sedang (SMP-SMA), dan sebesar 4,5% mempunyai tingkat pendidikan tinggi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah baginya untuk menerima informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan terkait pendidikan kesehatan.

2. Faktor yang Memengaruhi Pendidikan Kesehatan

Penyelenggaraan pendidikan kesehatan sejauh ini sering dipengaruhi oleh beberapa hal yang mana menurut Notoatmojo (2012), faktor-faktornya yakni:

- a. Promosi kesehatan dalam faktor predisposisi, bertujuan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan, dan peningkatan kesehatan—bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun masyarakat. Di samping itu, dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan. Bentuk promosi ini dilakukan dengan penyuluhan, pameran, iklan layanan kesehatan, dan sebagainya.

- b. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor *enabling* (penguat), bentuk promosi kesehatan dilakukan agar dapat memberdayakan masyarakat dan mampu mengadakan sarana maupun prasarana kesehatan dengan cara bantuan teknik, serta memberikan arahan.
- c. Promosi kesehatan dalam faktor *reinforcing* (mungkin), promosi kesehatan ini ditujukan untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh, atau acuan bagi masyarakat tentang bagaimana pola hidup sehat.
- d. Metode dan teknik pendidikan kesehatan yang pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk menyampaikan pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan, yakni individu keluarga atau kelompok dan masyarakat. Metode pembelajaran dapat berupa metode pendidikan individu, kelompok, keluarga, dan massa.

3. Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2010), metode dan teknik pendidikan kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau disebut juga metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Berdasarkan sasarannya, metode, dan teknik pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi tiga, yaitu sebagai berikut:

a. Metode pendidikan kesehatan individual

Metode ini pada umumnya digunakan apabila promotor kesehatan dan sasaran atau kliennya dapat berkomunikasi secara langsung, baik itu dalam bentuk bertatap muka langsung (*face ti face*) maupun melalui sarana komunikasi dalam bentuk lainnya, misal komunikasi lewat telepon. Cara ini merupakan cara yang paling efektif mengingat antara petugas kesehatan dengan klien dapat saling berdialog, juga dapat saling merespons dalam waktu yang bersamaan. Dalam menjelaskan masalah kesehatan bagi kliennya, petugas kesehatan dapat menggunakan alat bantu atau peraga yang relevan dengan masalahnya. Metode dan teknik pendidikan kesehatan yang individual ini terkenal dengan istilah *counselling*.

b. Metode pendidikan kesehatan kelompok

Teknik dan metode pendidikan kesehatan kelompok ini digunakan untuk sasaran kelompok. Sasaran kelompok dibedakan menjadi dua yaitu kelompok-kelompok kecil yang terdiri dari 6-15 orang, dan kelompok besar dengan jumlah orang terdiri dari 15 sampai dengan 50 orang. Oleh karena itu, metode pendidikan kesehatan kelompok juga dibedakan menjadi dua.

Pertama, metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk kelompok kecil, misalnya diskusi kelompok, metode curahan pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow ball*), bermain peran (*role play*), metode permainan simulasi (*simulation game*), dan lain sebagainya. Untuk mengefektifkan metode ini sangat perlu bantuan alat atau media, semisal lembar balik (*flip chart*), alat peraga, *slide*, dan sebagainya.

Kedua, metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk kelompok besar, misalnya metode ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti dengan tanya jawab, lalu ada seminar, loka karya, dan sebagainya. Untuk memperkuat metode ini, perlu juga digunakan alat bantu seperti *overhead projector*, *slide projector*, film, *sound system*, dan lain sebagainya.

Ketiga, metode pendidikan kesehatan massa, apabila sasaran pendidikan kesehatan massa atau publik, maka metode-metode dan teknik pendidikan kesehatan tersebut tidak akan menjadi efektif. Oleh karena itu, digunakanlah metode pendidikan kesehatan massa. Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk massa yang sering digunakan, biasanya seperti ceramah umum yang diselenggarakan di lapangan terbuka dan pada tempat-tempat umum lainnya, penggunaan media massa elektronik seperti radio dan TV juga sangat berguna. Penyampaian pesan melalui radio atau TV dapat dirancang dengan berbagai bentuk, seperti *talk show* dengan dialog interaktif, simulasi, dan bentuk-bentuk lainnya. Selain itu, teknik pendidikan kesehatan massa menggunakan media cetak, seperti koran, majalah, buku, leaflet selebaran poster, dan sebagainya. Bentuk sajian dalam media cetak ini juga bermacam-macam bentuknya, antara lain berbentuk artikel tanya jawab, komik, dan sebagainya. Penggunaan media di luar ruangan seperti *billboard*, spanduk, umbul-umbul, dan lainnya juga digunakan dalam teknik kesehatan massa.

D. PENGARUH PENYULUHAN

Menopause sering kali menjadi penderitaan bagi beberapa perempuan, yang terkadang menyebabkan kondisi kesehatan fisik dan mental yang parah atau memerlukan penanganan serius. Meskipun begitu, permasalahan menopause sangat jarang dibahas di kalangan dokter, karena sering dianggap sebagai sesuatu yang wajar bagi perempuan yang sudah memasuki usia lanjut. Bahkan, sering kali perempuan tidak menyadari gejala-gejala awal klimakterium yang cenderung tidak nyaman. Mengingat masih banyaknya kaum ibu yang belum sepenuhnya sadar terkait menopause, maka dalam posisi ini lah penyuluhan perlu diberikan—yang tidak lain bertujuan untuk membimbing ibu melewati fase klimakterium agar terhindar dari berbagai macam kecemasan yang turut menyertai fase tersebut.

1. Definisi Penyuluhan

Penyuluhan kesehatan merupakan suatu cara untuk menambah pengetahuan. Penyuluhan juga dapat diartikan sebagai suatu proses perubahan perilaku di kalangan masyarakat agar mereka tahu, mau, dan mampu melakukan perubahan demi tercapainya peningkatan produksi, pendapatan atau keuntungan dan perbaikan kesejahteraan. Pada dasarnya, penyuluhan kesehatan sering kali diidentikkan dengan pendidikan kesehatan, dikarenakan keduanya sama-sama berorientasi pada perubahan perilaku yang diharapkan. Dalam hal ini tentu saja perilaku sehat, sehingga mempunyai kemampuan mengenal masalah kesehatan dirinya, keluarga, dan kelompoknya guna meningkatkan kesehatannya. Dalam mewujudkan peningkatan kualitas kesehatan, pengetahuan atau kognitif menjadi domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*), sehingga perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng jika dibandingkan dengan perilaku yang tidak disadari oleh pengetahuan (Subejo, 2010).

Menurut Sukmadianata (2009), pengetahuan kesehatan memiliki pengaruh terhadap perilaku sebagai suatu hasil jangka menengah (*intermediate impact*) dari pendidikan kesehatan. Kemudian perilaku kesehatan akan memiliki pengaruh terhadap meningkatnya indikator kesehatan masyarakat akan berbagai keluaran (*outcome*) pendidikan kesehatan. Penekanan konsep penyuluhan kesehatan lebih pada upaya mengubah perilaku sasaran agar berperilaku sehat, terutama pada aspek kognitif (pengetahuan dan pemahaman sasaran), sehingga pengetahuan sasaran penyuluhan telah sesuai dengan yang diharapkan

oleh penyuluh kesehatan, maka penyuluhan berikutnya akan dijalankan sesuai dengan program yang telah direncanakan sebelumnya.

Penyuluhan sering kali diartikan bermacam-macam. Menurut Gondoyowono (dalam Nofalia, 2011) penyuluhan dapat diartikan sebagai suatu penerangan yang menekankan pada suatu objek tertentu dengan hasil yang diharapkan yakni suatu perubahan perilaku individu atau sekelompok orang. Penyuluhan juga dapat diartikan sebagai suatu proses komunikasi yang berarti juga proses di mana seorang individu (komunikator) menyampaikan lambang-lambang tertentu, biasanya berbentuk verbal untuk memengaruhi tingkah laku komunikan.

Pada umumnya, kegiatan penyuluhan bertujuan untuk mengubah kehidupan masyarakat menjadi lebih baik. Perubahan kehidupan masyarakat tersebut dimaksudkan dapat mencakup semua bidang, segala segi, dan dalam semua lapangan. Supaya penyuluhan dapat mencapai sasaran, hendaknya komunikasi penyuluhan tersebut bermakna (*meaningful*), seperti apakah tujuan tersebut menunjang tujuan program yang lebih luas? Adakah arti dari tujuan komunikasi tersebut bagi keseluruhan program? Selain itu penyuluhan juga harusnya bersifat realistik, yaitu apakah tujuan yang dimaksud merupakan suatu yang memang benar-benar mungkin untuk dicapai? Di sisi lain penyuluhan juga harus bersifat jelas, sehingga orang lain di luar dari instansi yang bersangkutan dapat mengerti dengan mudah mengenai apa tujuan yang hendak dicapai. Terakhir penyuluhan juga hendaknya dapat diukur (*measurable*).

Sementara itu, menurut Kartasapoetra (1987), perencanaan dan pelaksanaan penyuluhan harus mencakup tujuan jangka pendek dan jangka panjang. Adapun tujuan jangka pendek meliputi perubahan tingkat pengetahuan, perubahan tingkat kecakapan atau kemampuan, perubahan sikap, dan perubahan motif tindakan. Sedangkan tujuan jangka panjang dapat meliputi *better farming* dan mampu mengubah cara-cara usaha dengan cara-cara yang lebih baik, *better business* atau berusaha yang sifatnya jauh lebih menguntungkan, serta *better living* atau menghemat dan tidak berfoya-foya setelah tujuan utama telah tercapai.

2. Metode dan Langkah-Langkah Penyuluhan

Ada beberapa metode yang dapat dipergunakan pada saat memberikan penyuluhan kesehatan. Metode tersebut menurut Notoatmodjo (2010) adalah sebagai berikut:

- a. Metode ceramah, yaitu suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada sekelompok sasaran, sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan.
- b. Metode diskusi kelompok, pembicaraan yang direncanakan dan telah dipersiapkan beberapa topik dengan membentuk kelompok-kelompok kecil yang berisikan 5-20 peserta (sasaran) dengan seorang pemimpin diskusi yang telah ditunjuk.
- c. Metode curah pendapat adalah suatu bentuk pemecahan masalah di mana setiap anggotanya dapat mengusulkan semua kemungkinan-kemungkinan pemecahan masalah yang terpikirkan oleh masing-masing peserta, dan evaluasi atas pendapat-pendapat tadi dilakukan pada sesi selanjutnya.
- d. Metode panel adalah pembicaraan yang telah direncanakan di depan pengunjung atau peserta mengenai sebuah topik, diperlukan 3 orang dalam setiap kelompok atau lebih panelis dengan seorang pemimpin.
- e. Metode bermain peran, yaitu memerankan sebuah situasi dalam kehidupan manusia dengan tanpa diadakan latihan, dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk dipakai sebagai bahan pemikiran suatu kelompok.
- f. Metode demonstrasi adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide, dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan dengan teliti. Metode ini digunakan pada kelompok-kelompok yang tidak terlalu besar jumlahnya.
- g. Metode simposium merupakan serangkaian ceramah yang diberikan oleh 2 sampai dengan 5 orang dengan topik yang berlebihan tetapi saling berhubungan erat.
- h. Metode seminar yaitu suatu cara di mana sekelompok orang berkumpul untuk mendiskusikan suatu masalah di bawah bimbingan seorang ahli yang telah menguasai bidangnya.

Dalam melakukan penyuluhan kesehatan ada beberapa langkah yang harus ditempuh, yang mana menurut Effendy (1998) langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Mengkaji kebutuhan kesehatan masyarakat, yang meliputi: menetapkan masalah kesehatan masyarakat dan memprioritaskan masalah yang terlebih dahulu ditangani melalui penyuluhan kesehatan masyarakat.
- b. Menyusun rencana penyuluhan, di mana di dalamnya meliputi menetapkan tujuan, penentuan sasaran, menyusun materi atau isi penyuluhan.
- c. Memilih metode yang tepat, seperti menentukan jenis alat peraga yang akan digunakan dan penentuan kriteria evaluasi.
- d. Pelaksanaan penyuluhan meliputi penilaian hasil penyuluhan dan tindak lanjut dari penyuluhan.

3. Faktor-Faktor Penting dalam Penyuluhan

Menurut Effendy (1998), ada beberapa faktor penting yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan penyuluhan kesehatan. Faktor-faktor tersebut diantaranya sebagai berikut:

- a. Tingkat pendidikan, yang dapat memengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, maka akan semakin mudah bagi seseorang untuk mencerna dan menerima informasi yang didapatnya.
- b. Tingkat sosial ekonomi, artinya semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, maka akan semakin mudah pula baginya untuk menerima informasi baru.
- c. Adat istiadat, pengaruh dari adat istiadat dalam menerima informasi baru merupakan hal yang tidak dapat diabaikan, karena karakteristik masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap sesuatu yang tidak boleh diabaikan.
- d. Kepercayaan masyarakat, ada kecenderungan masyarakat yang akan jauh lebih memperhatikan informasi yang disampaikan atau diperoleh dari orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah timbul kepercayaan masyarakat dengan penyampaian informasi tersebut.
- e. Ketersediaan waktu masyarakat, waktu penyampaian informasi harus memerhatikan tingkat aktivitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam kegiatan penyuluhan.

Secara garis besar penyuluhan dapat menjadi salah satu cara untuk dapat meningkatkan pengetahuan seseorang terkait menopause dan solusi-solusi dalam

menghadapinya. Tidak ada seorang perempuan pun yang ingin mengalami salah satu dari sekian banyak keluhan pada masa premenopause, demikian juga dengan pihak keluarga. Jika beberapa keluhan tersebut sudah terlanjur muncul secara bersamaan, bisa dibayangkan betapa hal tersebut dapat membuat seseorang mengalami ketidaknyamanan yang berujung pada menurunnya kualitas hidup perempuan tersebut. Sebenarnya masa premenopause tidaklah seseram itu, kalau saja para perempuan yang berada pada usia lanjut ini telah mengetahui dengan benar proses menopause, sehingga di masa mendatang bisa jauh lebih siap dalam menghadapi segala kemungkinan yang terjadi.

Dalam upaya ini, perlu adanya keterlibatan baik pemerintah maupun juga masyarakat dalam mengatasi masalah menopause. Keterlibatan tersebut dapat berupa upaya kerja sama dengan tim dari berbagai disiplin ilmu, misalnya psikologi melalui kegiatan Posyandu lansia sebagai tempat efektif untuk memberikan informasi tentang premenopause, menopause, dan pascamenopause. Peran bidan di komunitas diharapkan dapat memberikan konseling di wilayah kerjanya sebagai tempat yang efektif untuk memberikan informasi tentang premenopause, menopause, dan pascamenopause.

Menurut penelitian Atik Ismiyati (2011), pemberian penyuluhan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang, di mana pengetahuan yang baik akan dapat membentuk kepercayaan dan akan memberikan dasar bagi pengembangan selanjutnya, serta menentukan sikap terhadap objek tertentu. Pengetahuan yang dapat menyebabkan seseorang jauh lebih siap dan matang dalam menjalani segala persoalan yang terjadi dengan baik.

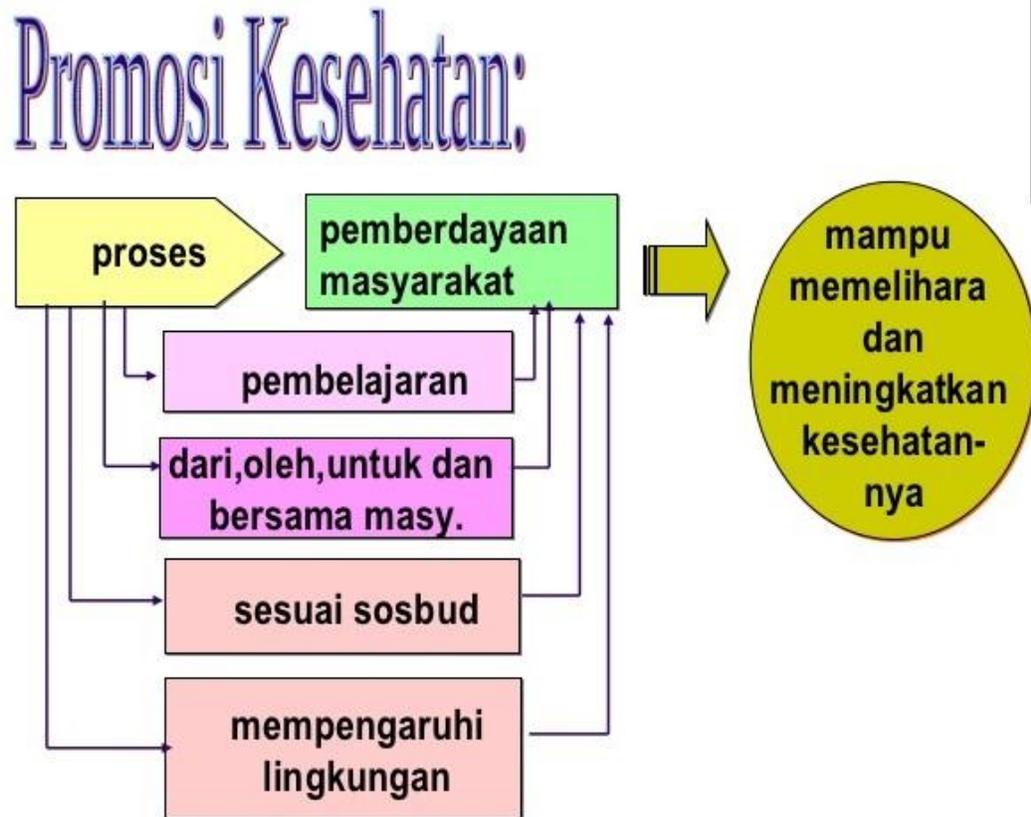
E. UPAYA PROMOSI KESEHATAN

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011) terkait upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat merupakan bagian yang sangat penting, bahkan dapat dikatakan sebagai ujung tombak. Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (klien) secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien serta proses membantu klien agar klien tersebut dapat berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek *attitude*) dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek *practice*). Oleh

sebab itu klien dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu pemberdayaan individu, pemberdayaan keluarga, dan pemberdayaan kelompok atau masyarakat. Dalam mengupayakan agar klien tahu dan sadar, kuncinya terletak pada keberhasilan membuat klien tersebut memahami bahwa sesuatu—misal: diare—adalah masalah baginya dan bagi masyarakat. Sepanjang klien yang bersangkutan belum mengetahui dan menyadari bahwa sesuatu itu merupakan masalah, maka klien tersebut tidak akan bersedia menerima informasi apa pun lebih lanjut. Saat klien telah menyadari masalah yang dihadapinya, maka harus diberikan informasi umum lebih lanjut tentang masalah yang bersangkutan. Perubahan dari tahu ke mau pada umumnya dicapai dengan menyajikan fakta-fakta dan mendramatisasi masalah. Tetapi, selain itu juga dengan mengajukan harapan bahwa masalah tersebut bisa dicegah dan atau diatasi. Di sini dapat dikemukakan fakta yang berkaitan dengan para tokoh masyarakat sebagai panutan (misalnya, tentang seorang tokoh agama yang dia sendiri dan keluarganya tak pernah terserang diare karena perilaku yang dipraktikkannya). Bilamana seorang individu atau sebuah keluarga sudah akan berpindah dari mau ke mampu melaksanakan, boleh jadi akan terkendala oleh dimensi ekonomi. Dalam hal ini, kepada yang bersangkutan dapat diberikan bantuan langsung. Tetapi yang sering kali dipraktikkan adalah dengan mengajaknya ke dalam proses pemberdayaan kelompok/masyarakat melalui pengorganisasian masyarakat (*community organization*) atau pembangunan masyarakat (*community development*). Untuk itu, sejumlah individu dan keluarga yang telah mau, dihimpun dalam suatu kelompok untuk bekerja sama memecahkan kesulitan yang dihadapi. Tidak jarang kelompok ini pun juga memerlukan bantuan dari luar (misalnya dari pemerintah atau dari dermawan). Di sinilah letak pentingnya sinkronisasi promosi kesehatan dengan program kesehatan yang didukungnya dan program-program sektor lain yang berkaitan. Hal-hal yang akan diberikan kepada masyarakat oleh program kesehatan dan program lain sebagai bantuan, hendaknya disampaikan pada fase ini, bukan sebelumnya. Bantuan itu hendaknya juga sesuai dengan apa yang dibutuhkan masyarakat.

Green dan Kreuter (2005) menyatakan bahwa promosi kesehatan adalah kombinasi upaya-upaya pendidikan, kebijakan (politik), peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan-kegiatan serta kondisi-kondisi hidup yang menguntungkan kesehatan individu kelompok atau komunitas. Sedangkan Kementrian/Departemen Kesehatan Republik

Indonesia merumuskan pengertian promosi kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor kesehatan melalui pembelajaran untuk masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Hal tersebut tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 1114/Menkes/SK/VIII/2005 (Dwi Susilowati, 2016).



Gambar 11.1. Promosi Kesehatan

Sumber: Susilowati, Dwi. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Promosi Kesehatan*.

Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Promosi kesehatan menurut Depkes yakni gabungan antara pendidikan kesehatan yang didukung oleh kebijakan publik berwawasan kesehatan, karena disadari bahwa gabungan kedua upaya ini akan bermanfaat untuk lebih memberdayakan masyarakat, sehingga mampu mengontrol determinan-determinan kesehatan. Selain itu, promosi kesehatan juga termasuk

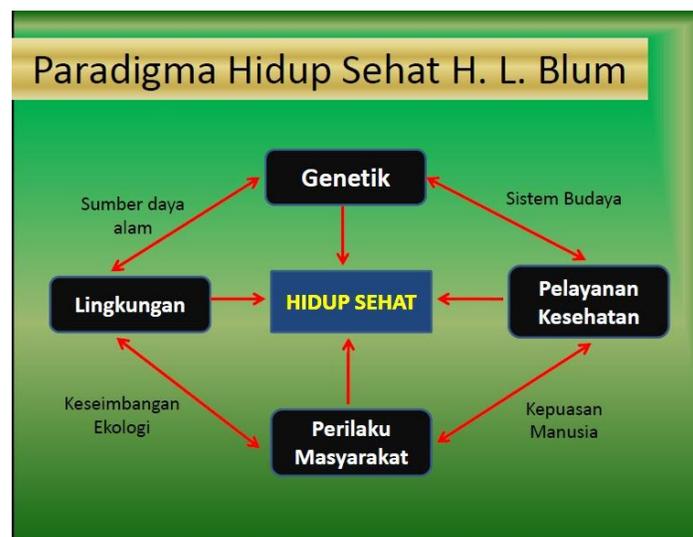
bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia yang harus mengambil peran dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia. Dalam Undang-Undang Kesehatan RI no 36 tahun 2009, disebutkan bahwa visi pembangunan kesehatan adalah “meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”. Promosi kesehatan dalam hal ini sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia yang juga harus mengambil peran untuk mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia tersebut. Sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan: “Masyarakat mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatannya” (Notoatmodjo, 2010).

Pelaksanaan promosi kesehatan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan umum, yaitu dokter, perawat, bidan, tenaga gizi, petugas laboratorium, dan lain-lain, akan dilaksanakan oleh petugas kesehatan khusus promosi kesehatan yang sering disebut penyuluh kesehatan masyarakat. Bidan yang merupakan salah satu dari tenaga-tenaga kesehatan di Puskesmas bertugas tidak hanya memberikan pelayanan terkait teknik medis ataupun penunjang medis, melainkan juga penjelasan-penjelasan berkaitan dengan pelayanannya itu. Apalagi jika pasien itu ataupun individu sehat menanyakannya atau menginginkan penjelasan. Bahkan apabila mereka diam saja pun, tenaga kesehatan Puskesmas harus mengecek apakah diamnya itu karena sudah tahu atau sebenarnya belum tahu tetapi segan dan tidak berani bertanya.

Tantangan pertama dalam pemberdayaan atau promosi kesehatan adalah pada saat tahap awal sekali, yaitu pada saat meyakinkan seseorang bahwa suatu masalah kesehatan baik yang sudah dihadapi atau berpotensi terjadi adalah masalah bagi yang bersangkutan. Kesadaran seseorang dalam menjaga kesehatan merupakan hal penting pada proses promosi kesehatan, mengingat sebelum orang tersebut yakin bahwa masalah kesehatan itu memang benar-benar merupakan masalah bagi dirinya, maka ia tidak akan peduli dengan upaya-upaya apapun termasuk upaya promosi kesehatan untuk menolongnya. Tantangan berikutnya datang pada saat tenaga kesehatan dalam hal ini telah berhasil mengubah pasien/klien dari mau menjadi mampu. Ada orang-orang yang walaupun sudah mau tetapi tidak mampu melakukan karena terkendala oleh sumber daya yang pada umumnya terjadi pada orang-orang miskin. Sedangkan ada pula orang-orang yang sudah mau tetapi tidak mampu melaksanakan karena

adanya rasa malas. Orang-orang yang memiliki kendala terkait sumber daya maka sudah seharusnya difasilitasi dengan memberikan bantuan sumber daya yang dibutuhkan. Sedangkan orang yang malas dapat dirangsang dengan “hadiah” (*reward*) atau harus “dipaksa” menggunakan peraturan dan sanksi (*punishment*) (Kemenkes, 2011).

Ruang lingkup sasaran promosi kesehatan sejauh ini adalah keempat determinan kesehatan dan kesejahteraan, seperti apa yang dicontohkan dalam model klasik dari bloom (*Forcefield Paradigm of Health and Wellbeing*) yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan faktor genetik atau dapat diperluas lagi menjadi faktor kependudukan. Keempat faktor tersebut dalam promosi kesehatan saling memengaruhi satu sama lain. Perilaku memengaruhi lingkungan dan lingkungan memengaruhi perilaku. Faktor pelayanan kesehatan, akan berperan dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat bila pelayanan yang disediakan digunakan oleh masyarakat. Faktor genetik yang tidak menguntungkan akan berkurang risikonya bila seseorang berada dalam lingkungan yang sehat dan berperilaku sehat. Dengan demikian, perilaku memainkan peran penting bagi kesehatan. Oleh karena itu, ruang lingkup utama sasaran promosi kesehatan adalah perilaku dan akar-akarnya, serta lingkungan, khususnya lingkungan yang berpengaruh terhadap perilaku (Dwi Susilowati, 2016). Uraian tersebut dapat divisualisasikan sebagai berikut:



Gambar 11.2. Paradigma Hidup Sehat

Sumber: Susilowati, Dwi. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Promosi Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Di dalam penyampaian promosi kesehatan, penting diperhatikan bagaimana metode yang digunakan agar klien lebih mengerti dalam menerima. Tersedia banyak metode untuk menyampaikan informasi dalam pelaksanaan promosi kesehatan. Pemilihan metode dalam pelaksanaan promosi kesehatan harus dipertimbangkan secara cermat dengan memerhatikan materi atau informasi yang akan disampaikan, keadaan sasaran/penerima informasi termasuk faktor-faktor sosial budaya, dan hal-hal lain yang merupakan lingkungan komunikasi seperti ruang dan waktu. Masing-masing metode memiliki keunggulan dan kelemahan, sehingga penggunaan gabungan beberapa metode sering dilakukan untuk memaksimalkan hasil. Pemberdayaan masyarakat, dapat dilakukan dengan menggunakan metode ceramah dan tanya jawab, dialog, debat, seminar, kampanye, serta petisi/resolusi. Sedangkan advokasi, dapat dilakukan dengan pilihan metode: seminar, lobi dialog, negosiasi, debat, petisi/resolusi, mobilisasi, dan lain-lain.

Pemikiran dasar promosi kesehatan pada hakikatnya ialah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Suatu proses promosi kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan kesehatan yakni perubahan perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah metode. Metode harus berbeda antara sasaran massa, kelompok atau sasaran individual. Jenis-jenis metode promosi kesehatan menurut Dwi Susilowati (2016) adalah metode individu, kelompok, dan massa.

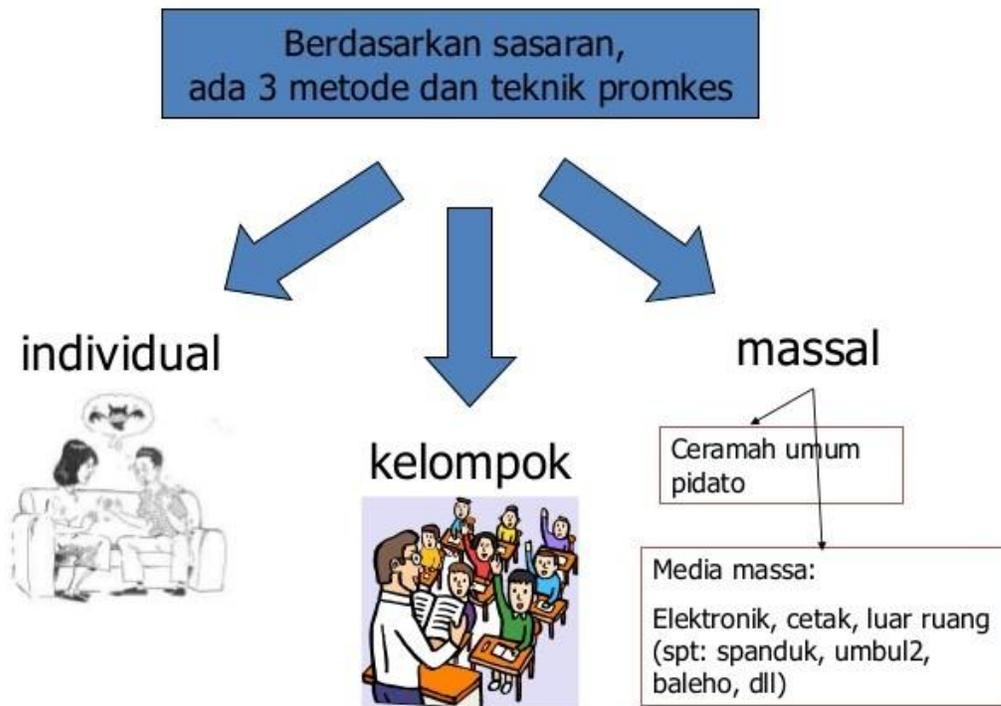
Metode Individu di dalam promosi kesehatan digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya, seorang ibu yang baru saja menjadi akseptor atau seorang ibu hamil yang sedang tertarik terhadap imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) karena baru saja memperoleh atau mendengarkan penyuluhan kesehatan. Pendekatan yang digunakan agar para ibu tersebut menjadi akseptor lestari, ia harus didekati secara lebih intima tau perorangan. Perorangan dalam artian ini tidak berarti hanya kepada ibu-ibu yang bersangkutan, melainkan mungkin juga kepada suami dan keluarga dari ibu tersebut. Bidan sebagai salah satu petugas kesehatan harusnya lebih mengetahui dengan tepat bagaimana cara membantu, oleh sebab itu bidan perlu menggunakan bentuk pendekatan seperti bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counselling*) dengan cara seperti ini akan terbentuk kontak yang jauh lebih intens antara klien

dan petugas kesehatan. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat digali dan dibantu untuk mencari solusi terbaik sebagai penyelesaiannya, sehingga klien dengan sukarela dan sadar akan mengubah serta menerima perilaku tersebut. Pendekatan lainnya adalah pendekatan *interview* (wawancara), cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk mengetahui apakah klien memiliki kesadaran dan pengertian yang kuat tentang informasi yang diberikan (perubahan perilaku yang diharapkan), juga untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, serta ia tertarik atau belum menerima perubahan yang disampaikan. Jika belum berubah, maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

Metode kelompok, dalam metode ini perlu diperhatikan besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Metode yang digunakan untuk kelompok besar akan berbeda dengan kelompok kecil, dalam hal ini efektivitas penerapan suatu metode akan sangat bergantung pada besarnya sasaran pendidikan. Metode kelompok besar memiliki peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini adalah ceramah dan seminar. Sedangkan metode kelompok kecil yakni peserta penyuluhannya berjumlah kurang dari 15 orang, sehingga yang cocok diterapkan adalah diskusi kelompok, curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow balling*), kelompok-kelompok kecil (*buzz group*), memainkan peran (*role play*), dan permainan simulasi (*simulation game*).

Metode massa, metode ini dipakai untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau public, dengan demikian cara yang paling tepat adalah pendekatan massa dikarenakan sasaran promosi kesehatan ini bersifat umum—dalam artian tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya. Pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan sudah menjadi suatu keharusan untuk dirancang sedemikian rupa, sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan massa biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran (*awareness*) masyarakat terhadap suatu inovasi dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Namun demikian, bila kemudian dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku juga merupakan hal yang wajar. Pada umumnya, bentuk pendekatan (metode) massa ini tidak langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa.

Beberapa contoh metode pendidikan kesehatan secara massa ini, antara lain: (1) ceramah umum (*public speaking*) pada acara-acara tertentu, misalnya pada “Hari Kesehatan Nasional”, Menteri Kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya akan berpidato di hadapan rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Safari KB juga merupakan salah satu bentuk pendekatan massa; (2) pidato-pidato/diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik—baik TV maupun radio—pada hakikatnya merupakan bentuk promosi kesehatan massa; (3) simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa; (4) tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan adalah merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatan massa; (5) *billboard*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa.



Gambar 11.3. Metode Promosi Kesehatan

Sumber: <https://bit.ly/2OFTQDd>

Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, sehingga sasaran dapat meningkat

pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan. Penyuluhan adalah proses penyebarluasan informasi tentang ilmu pengetahuan, teknologi, maupun seni. Sehingga media penyuluhan memiliki beberapa pengertian, sebagai berikut: (1) Media penyuluhan adalah semua sarana dan alat yang digunakan dalam proses penyampaian pesan. (2) Media penyuluhan adalah wahana untuk menyalurkan pesan dari pengirim ke penerima yang dapat merangsang pikiran, perasaan, dan perhatian/minat. (3) Media penunjang penyuluhan merupakan semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, sehingga tujuan dari penyuluhan seperti meningkatkan pengetahuan masyarakat terhadap kesehatan dan merubah pola pikir ke arah positif terhadap kesehatan akan lebih mudah mencapai sasaran. Dalam hal penyampaian, promosi kesehatan media sangat berperan sekali, peran tersebut seperti media dapat mempermudah penyampaian informasi, media dapat menghindari kesalahan persepsi, media dapat memperjelas informasi, media dapat mempermudah pengertian, media dapat mengurangi komunikasi verbalistik, media dapat menampilkan objek yang tidak dapat ditangkap dengan mata, dan media dapat memperlancar komunikasi (Dwi Susilowati, 2016).

Berdasarkan peran dan fungsinya sebagai penyaluran informasi atau pesan kesehatan, media promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yakni:

Pertama, media cetak. Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, yang mana biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Umumnya yang merupakan bagian dari media cetak adalah *booklet*, *leaflet*, *flyer* (selebaran), *flip chart* (lembar balik), rubrik atau tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Ada beberapa kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa ke mana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman, dan dapat meningkatkan gairah belajar. Di samping memiliki kelebihan, media cetak juga memiliki kelemahan tersendiri seperti tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara, serta mudah terlipat.

Kedua, media elektronik. Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat, didengar, dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Yang termasuk dalam media ini adalah televisi, radio, *video film*, *cassette*, CD, VCD, internet (komputer dan

modem), SMS (telepon seluler). Seperti halnya media cetak, media elektronik ini memiliki kelebihan, antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik, sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikutsertakan seluruh pancaindera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang, serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik, dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan, dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

Ketiga, media luar ruang. Media ini menyampaikan pesan di luar ruang, bisa melalui media cetak maupun elektronik, misalnya papan reklame, spanduk, pameran, *banner*, televisi layar lebar, dan umbul-umbul—berisi pesan, slogan atau logo. Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami dan mengikutsertakan seluruh pancaindera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

Keempat, media lain, seperti: (1) iklan di bus; (2) mengadakan *event*, merupakan suatu bentuk kegiatan yang diadakan di pusat perbelanjaan atau hiburan yang menarik perhatian pengunjung (*road show*—suatu kegiatan yang diadakan di beberapa tempat/kota; *sampling*—contoh produk yang diberikan kepada sasaran secara gratis; serta pameran—suatu kegiatan untuk menunjukkan informasi program dan pesan-pesan promosi).

F. KONSELING LANSIA

Usia lanjut merupakan tahap akhir dari siklus kehidupan sebagai tahap perkembangan normal yang akan dialami oleh setiap individu yang mencapai usia lanjut dan merupakan kenyataan yang tidak dapat dihindari. Pada abad ke-21 ini terjadi fenomena ledakan penduduk lansia (*aged population boom*). Menurut WHO yang telah dikutip dalam buku Yayasa Gerontologi Abiyoso (2009), telah diprediksi dua pertiga penduduk lansia tinggal di Asia dan Oceania. Akhir-akhir ini disinyalir Indonesia telah memasuki era penduduk berstruktur tua (*era of aging population*). Hal ini didukung dengan pendapat yang diuraikan oleh Niken Budi (2017), salah satu data yang mendukung tersebut diperoleh dari Dinas

Sosial Propinsi Jawa Tengah, sesuai data BPS tahun 2011 jumlah penduduk Jawa Tengah mencapai 32.643.612 jiwa, yang mana sebesar 10,3% dari jumlah ini merupakan lanjut usia. Selain itu, menurut sensus 2010 di Semarang, jumlah lanjut usia umur 60 tahun ke atas mencapai 10%.

Data lain menyebutkan bahwa menurut perkiraan dari United State Bureau of Census 1993, populasi usia lanjut di Indonesia diproyeksikan antara tahun 1990-2023 akan naik hingga 414%, suatu angka tertinggi di seluruh dunia. Dan pada tahun 2020 diperkirakan Indonesia akan mencapai urutan ke 4 jumlah usia lanjut paling banyak sesudah Cina, India, dan Amerika Serikat. Dengan meningkatnya populasi usia lanjut, maka permasalahan pada usia lanjut yang dikemukakan oleh Indarwati (2011) mengenai permasalahan pada lansia yang biasanya seperti duka cita *maladaptive*, *distress spiritual*, koping individu inefektif, dan gangguan konsep diri (kehilangan peran kerja). Lansia sering diartikan sebagai bagian dari individu yang terintegratif dalam suatu siklus perkembangan, yang memiliki peluang jauh lebih besar dalam mengalami beragam masalah—baik itu yang berkaitan dengan sakit fisik, psikologis, maupun spiritual.

Selanjutnya, dengan beragam permasalahan yang bersifat multidimensi dan unik tersebut, akan membawa sikap budaya terhadap warga usia lanjut yang mempunyai implikasi terhadap kesejahteraan fisik maupun psikis mereka. Khususnya, pada tatanan masyarakat tradisional, biasanya warga usia lanjut ditempatkan pada kedudukan yang terhormat, sebagai ‘Pinisepuh’ atau ‘Ketua Adat’, kedudukan seperti itu disertai dengan tugas sosial tertentu sesuai adat istiadat yang berlaku di tempat tersebut, sehingga warga usia lanjut dalam masyarakat ini masih terus memperlihatkan perhatian dan juga partisipasinya dalam mengatasi masalah-masalah kemasyarakatan. Hal ini secara tidak langsung berpengaruh relatif kondusif bagi pemeliharaan kesehatan fisik maupun psikis mereka. Sebaliknya, struktur kehidupan masyarakat modern sulit memberikan peran fungsional pada warga usia lanjut, posisi mereka bergeser kepada sekadar peran formal, mereka juga kehilangan pengakuan akan kapasitas dan kemandiriannya. Permasalahan-permasalahan demikian dapat menyebabkan warga usia lanjut di masyarakat modern memiliki potensi lebih rentan terhadap tema-tema kehilangan dalam perjalanan hidupnya.

Besarnya populasi lanjut usia serta pertumbuhan yang sangat cepat menimbulkan berbagai permasalahan, sehingga lanjut usia perlu mendapatkan perhatian yang serius dari semua sektor untuk upaya peningkatan kesejahteraan lanjut usia. Kesehatan reproduksi merupakan salah satu masalah kesehatan lansia yang telah mendapat perhatian khusus secara global sejak diangkatnya materi tersebut dalam konferensi internasional mengenai Kependudukan dan Pembangunan—International Conference on Population and Development (ICPD)—di Kairo, Mesir, tahun 1994. Indonesia merupakan salah satu negara yang telah menindaklanjuti pengadaan program kesehatan reproduksi, termasuk kesehatan reproduksi pada usia lanjut. Sampai saat ini, lansia belum memperoleh akses pelayanan konseling kesehatan reproduksi. Hanya 30% Puskesmas di seluruh Indonesia yang melakukan pelayanan konseling kesehatan reproduksi lansia. Adapun untuk mengatasi masalah kesehatan lansia tersebut, perlu upaya pembinaan kelompok lanjut usia melalui Puskesmas yang mencakup kegiatan promotif, preventif, dan rehabilitatif.

1. Pengertian Konseling

Salah satu hal yang ditemui dalam konseling pada masa lansia adalah kesehatan reproduksi atau kesehatan seksual yang menunjuk kepada suatu rentang kondisi perilaku seksual dari yang tidak sehat sampai pada yang sehat. Perilaku seksual yang sehat dapat disejajarkan dengan perilaku seksual yang normal, adekuat, dan tidak mengalami gangguan fungsi; sebaliknya perilaku seksual yang tidak sehat dapat disejajarkan dengan perilaku seksual yang tidak normal, tidak adekuat, dan mengalami gangguan fungsi (disfungsi seksual). Kondisi perilaku seksual seseorang dan pasangannya, baik yang sehat maupun tidak sehat mewarnai kualitas hidup yang bersangkutan dengan pasangannya—artinya perilaku seksual yang sehat dapat membuat hidupnya berkualitas dan sebaliknya perilaku seksual yang tidak sehat dapat membuat hidupnya tidak berkualitas (Soeharto, 2009).

Hal ini sejalan dengan pandangan Wimpie Pangkahila (2006) yang menyatakan bahwa pada akhirnya disfungsi seksual dapat mengganggu kualitas hidup yang bersangkutan dan pasangannya. Pendapat ini menggambarkan betapa *urgent*-nya kondisi perilaku seksual seseorang dalam kehidupannya. Kualitas hidup seseorang tergantung pada kesehatan perilakunya. Namun, banyak yang tidak menyadari akan hal itu.

Banyak orang tidak menyadari bahwa kehidupan seksual sangat memengaruhi kualitas hidup. Perilaku seksual tidak sehat pada seseorang, dapat disebabkan oleh banyak faktor, namun dapat dikelompokkan ke dalam dua faktor besar yakni: faktor fisik dan psikis. Faktor fisik ialah semua penyebab yang berupa gangguan fisik atau penyakit yang berpengaruh terhadap fungsi seksual. Sedang faktor psikis, ialah semua penyebab yang secara kejiwaan dapat mengganggu reaksi seksual terhadap pasangannya, sehingga fungsi seksual terganggu.

Kualitas hubungan seksual juga ada hubungannya dengan perubahan-perubahan yang terjadi selama fase menopause. Tidak bisa dipungkiri bahwa perubahan-perubahan fisik pada fase menopause yang memicu perubahan psikis membawa dampak pada menurunnya gairah seksual dalam diri perempuan, sehingga tidak sedikit perempuan yang mengeluhkan permasalahan tersebut. Dalam situasi ini lah konseling seks diperlukan sebagai salah satu bentuk penanggulangan dari kekhawatiran perempuan menopause.

Konseling merupakan salah satu pendekatan integratif yang dapat membantu perempuan menopause memahami perubahan yang terjadi pada dirinya. Dalam hal ini, seorang konselor dapat memberikan dukungan, dorongan, dan sumber informasi, serta membantu merencanakan dan melaksanakan pendekatan pribadi dalam proses paruh baya. Pendekatan ini dapat membantu memberdayakan dan mengontrol dirinya (Mcknight, 2001). Seorang bidan sebagai salah satu tenaga kesehatan profesional memiliki tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, yakni untuk membantu memberdayakan perempuan menopause sehingga dapat melalui masa transisi ini dengan bahagia dan sejahtera serta tetap dapat berkarya dan dapat mempersiapkan masa usia lanjut dengan sehat (Lubis, 2011). Konseling dilakukan oleh orang yang berkompeten di bidangnya, yaitu konselor yang profesional harus mengetahui dan memahami tentang keterampilan dasar konseling untuk melaksanakan tugasnya, dengan keterampilan yang dimiliki diharapkan konselor dapat mengefektifkan proses konseling (Purwoastuti, 2015).

Peran bidan, perawat maupun petugas kesehatan untuk mengatasi keluhan dan gangguan pada perempuan klimakterium sudah sering dilakukan melalui pendidikan

kesehatan, penyuluhan maupun melalui pemberian konseling terutama tentang seks yang merupakan salah satu masalah yang sering dialami oleh perempuan pada masa klimakterium. Dalam penelitian Sarwoko (2014), sekitar 40-85% dari semua perempuan dalam usia klimakterium mempunyai keluhan masa premenopause sering dibarengi dengan meningkatnya aktivitas yang ditandai oleh gejala meningkatnya rangsangan seksual. Selanjutnya, pada fase pascamenopause mulai sering mengalami banyak masalah seksual. Hal tersebut disebabkan karena status fisik dari mukosa vagina, yang harus memelihara kelembapan protektif yang cukup dan memberikan pelumas selama aktivitas senggama, sedangkan mengalami perubahan atrofik dapat mengakibatkan *dyspareunia*, vaginitis, dan vaginismus. Hal ini membawa dampak ketidaknyamanan fisik pada perempuan klimakterium karena hilangnya minat seksual.

Menurut hasil penelitian Andu Satriani (2010), memperlihatkan bahwa dari lima belas perempuan yang mengalami klimakterium yang diberikan perlakuan pendidikan kesehatan frekuensi hubungan seksual mengalami peningkatan satu kali perminggu sebanyak sepuluh responden dengan prosentase sebesar 66,7%. Sedangkan yang berhubungan dua kali perminggu, sebanyak lima responden dengan prosentase sebesar 33,3%. Jika dibandingkan dengan lima belas perempuan klimakterium yang tidak diberikan pendidikan kesehatan, yakni ada 9 responden dengan prosentase sebesar 60% tidak melakukan hubungan seksual dan yang berhubungan satu kali perminggu sebanyak 6 responden dengan prosentase sebesar 40,0%.

2. Pendekatan-Pendekatan dalam Konseling

Dalam melakukan konseling, lansia penting bagi tenaga kesehatan untuk mengetahui pendekatan apa saja yang perlu digunakan agar proses konseling menjadi lebih efektif. Salah satu pendekatan yang sering digunakan pada saat proses konseling yang dalam hal ini dapat dilakukan oleh bidan adalah pendekatan kultural dan pendekatan spiritual. Spiritual berhubungan dengan aspek kepercayaan manusia terhadap kekuasaan Sang Pencipta, meyakini wujud ciptaan-Nya berupa alam semesta beserta isinya. Seperti halnya dengan keyakinan dalam agama, maka spiritual dan agama tidak dapat dipisahkan karena keduanya memengaruhi kehidupan manusia.

Spiritual dalam bahasa Latin berarti kekuatan hidup yang berkontribusi positif pada kemampuan diri untuk memberikan kekuatan hidup pada manusia. Spiritual adalah kebutuhan dasar dan pencapaian tertinggi seorang manusia dalam kehidupannya tanpa memandang suku atau asal-usul. Kebutuhan dasar tersebut meliputi: kebutuhan fisiologis, keamanan, keselamatan, cinta kasih, penghargaan, dan aktualitas diri. Aktualitas diri merupakan sebuah tahapan spiritual seseorang, di mana berlimpah dengan kreativitas, intuisi, keceriaan, suka cita, kasih sayang, kedamaian, toleransi, kerendahhatian serta memiliki tujuan hidup yang jelas (Maslow 1970). Spiritual juga disebut sebagai sesuatu yang dirasakan tentang diri sendiri dan hubungan dengan orang lain, yang dapat diwujudkan dengan sikap mengasihi orang lain, baik dan ramah terhadap orang lain, menghormati setiap orang untuk membuat perasaan senang seseorang. Spiritual adalah kehidupan, tidak hanya doa, mengenal, dan mengakui Tuhan (Nelson, 2000).

Pembahasan tentang persoalan konseling dalam konteks budaya tidak dapat dilepaskan dari pembahasan tentang budaya dalam konteks psikologi, karena dasar pijakan keilmuan konseling berakar dari psikologi. Terdapat beberapa ciri khas budaya dalam konteks psikologi, yaitu: (1) budaya sebagai sebuah konsep abstrak, aspek budaya yang dapat diamati sesungguhnya bukanlah budaya itu sendiri, melainkan perbedaan perilaku manusia dalam aktivitas dan tindakan, pemikiran, ritual, tradisi, maupun material sebagai produk dari kelakuan manusia; (2) budaya sebagai konseptual kelompok, budaya ada ketika terjadi pertemuan antarmanusia, yang di dalamnya akan membuahkan pola-pola adaptasi dalam perilaku, norma, keyakinan, maupun pemikiran dan atau ide; serta (3) budaya diinternalisasikan oleh anggota kelompok, budaya adalah produk yang dipedomani oleh individu yang disatukan dalam sebuah kelompok, maka budaya merupakan semacam suatu alat pengikat dari individu-individu yang memberi ciri khas tersendiri pada keanggotaan suatu kelompok, yang menjadi pembeda antara individu-individu pada kelompok dari kebudayaan satu dan yang lainnya. Budaya diinternalisasikan oleh seluruh individu anggota kelompok sebagai tanda keanggotaan kelompok, baik secara sadar maupun naluriah tidak disadari (Matsumoto, 1996).

Berger, P.I., & Luckmann (1991) memaparkan bahwa dalam perspektif psikologi konseling, tingkah laku manusia sebagai anggota masyarakat akan terikat oleh

kebudayaan yang terlihat wujudnya dalam berbagai pranata, yang berfungsi sebagai mekanisme kontrol bagi tingkah laku manusia. Kebudayaan adalah segala sesuatu yang dipelajari dan diambil bersama secara sosial, oleh para anggota suatu masyarakat, sehingga suatu kebudayaan bukanlah hanya akumulasi dari kebiasaan (*folkways*) dan tata kelakuan (*mores*), tetapi merupakan suatu sistem perilaku yang terorganisasi. Nilai ini lah yang kemudian terkandung dalam kebudayaan menjadi acuan sikap dan perilaku manusia sebagai makhluk individual yang tidak terlepas kaitannya pada kehidupan masyarakat dengan orientasi kebudayaannya yang khas. Psikologi konseling dalam perspektif budaya merupakan upaya untuk memahami manusia secara menyeluruh dalam konteks budayanya, hal tersebut ditempuh melalui pendekatan yang bersifat interpretatif. Budaya dalam hal konseling merupakan salah satu faktor penting yang patut diperhitungkan, karena budaya dapat memunculkan sikap kehati-hatian terhadap penerapan psikologi konseling yang berparadigma Barat pada masyarakat melalui budaya yang tidak sama dengan budaya asal teori tersebut muncul. Psikologi budaya menawarkan konsep yang jauh lebih komprehensif dengan usaha membedah permasalahan psikologis sehari-hari melalui konteks budaya. Fungsi psikologis yang dimiliki oleh budaya memungkinkan dilakukannya kajian untuk memahami perilaku seseorang melalui peran sosial yang diharapkan, norma, dan peraturan yang berlaku di lingkungannya.

Dalam konteks pembahasan ini, epistemologi pemikiran mendasarkan pada pendekatan psikologi konseling berbasis psikologi lintas budaya, yaitu mempelajari perbedaan perilaku konselor dan klien (atau dapat juga berupa pemikiran) yang dibawa sejak lahir berdasarkan perspektif budayanya masing-masing. Berdasarkan kerangka pemikiran tersebut, maka ada empat hal yang dapat digarisbawahi di sini, yaitu (1) pengetahuan psikologi tidak dipaksakan dari luar, melainkan muncul dari tradisi budaya setempat; (2) psikologi yang sesungguhnya bukan berupa tingkah laku artifisial yang diciptakan (hasil studi-eksperimental), melainkan berupa tingkah laku keseharian; (3) tingkah laku dipahami dan diinterpretasi tidak dalam kerangka teori yang diimpor, melainkan dalam kerangka pemahaman budaya setempat; dan (4) mempertimbangkan cakupan pengetahuan psikologi yang relevan dan didesain untuk orang-orang setempat atau mencerminkan realitas sosial masyarakat setempat. Pengembangan konsep

bimbingan dan konseling di Indonesia, perlu memerhatikan komponen-komponen kekhasan budaya. Mengingat Indonesia memiliki keragaman, baik segi demografis, sosial-ekonomi, bahasa, adat-istiadat, maupun latar belakang budaya dan setiap wilayah memiliki kekhasan tersendiri. Semboyan Bhinneka Tunggal Ika merupakan aspek konseling berperspektif budaya bagi bangsa Indonesia, yang mengembangkan dimensi wawasan kebangsaan guna menegaskan karakteristik ikatan yang kuat sebagai kekhasan budaya bangsa. Komponen-komponen yang perlu diperhatikan dalam pengembangan konsep bimbingan dan konseling di Indonesia terfokus pada orientasi nilai budaya yang menghendaki kehidupan masyarakat yang harmonis dan selaras.

3. Proses Konseling

Menurut Egan (2010), proses konseling dengan pendekatan “Manajemen Problem” yang disusun dalam tiga tahap utama, akan membantu klien mengenali dan menjernihkan situasi masalah, mengembangkan program untuk perubahan yang konstruktif, dan mengimplementasikan target. Winkel dan Hastuti (1997) menambahkan bahwa pada umumnya terdapat lima fase proses konseling dalam kelompok. **Pertama**, pembukaan yang mana pada fase ini diletakkan dasar bagi pengembangan hubungan antarpribadi (*working relationship*) yang baik, sehingga dapat memungkinkan terciptanya pembicaraan yang jauh lebih terbuka dan terarah pada penyelesaian masalah. **Kedua**, penjelasan masalah di mana masing-masing konseli mengutarakan masalah yang dihadapi berkaitan dengan masalah yang sedang didiskusikan sembari mengungkapkan bagaimana pikiran dan perasaannya secara bebas. **Ketiga**, penggalian latar belakang masalah, di mana para konseli pada fase ke dua biasanya belum menyajikan gambaran lengkap mengenai kedudukan masalah dalam keseluruhan situasi hidup masing-masing, diperlukan penjelasan lebih mendetail dan mendalam. **Keempat**, penyelesaian masalah yang dilakukan atas dasar apa yang telah digali dalam fase analisis kasus dan konselor, lalu para konseli membahas bagaimana persoalan dapat diatasi. Kelima, penutupan dan bilamana kelompok sudah dalam keadaan siap untuk melaksanakan apa yang telah diputuskan bersama. Proses konseling dapat diakhiri dan kelompok dapat dibubarkan pada pertemuan terakhir.

Seorang bidan yang dalam hal ini bertugas sebagai konselor sudah semestinya dibekali dengan keterampilan khusus, agar dalam proses konseling apa yang ingin disampaikan menjadi lebih mudah dicerna oleh klien. Beberapa keterampilan tersebut yaitu keterampilan *attending* merupakan usaha konselor untuk membangun kondisi awal, mulai dari upaya menunjukkan sikap empati, menghargai, dan mengetahui apa yang dibutuhkan klien; keterampilan mengundang pembicaraan yang lebih terbuka, seperti membantu memulai wawancara serta menguraikan masalah; keterampilan parafrasa yakni mengungkapkan kembali esensi atau inti dari ungkapan konseling; keterampilan refleksi perasaan dengan cara merespons keadaan perasaan klien terhadap situasi yang sedang dihadapi, dan terakhir adalah keterampilan konfrontasi sebagai bentuk pemberian tanggapan terhadap pengungkapan kontradiksi dari klien.

DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Artikel

- Abdullah, Irwan. 2001. *Seks, Gender & Reproduksi Kekuasaan*. Yogyakarta: Tarawang Press.
- Adji, S.J. M. 2007. "Dua Sisi Menopause". *Majalah Dokter Kita, Edisi Kedua*, hlm. 22.
- Andriani, Yulli. 2013. *Asuhan Kebidanan Kesehatan*. Kebidanan DIII UMP.
- Almatsier, S. 2005. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia.
- Avis, Nancy E. 2003. *Depression During the Menopausal Transition. Psychology of Women Quarterly 27 (2003) 91-100*. USA : Blackwell Publishing.
- Bachmann, G.A., Leiblum S.R., Sandler B., Ainsley W., Narcessian R., Shelden R., & Hymans, H.N. 1985. "Correlates of Sexual Desire in Post Menopausal Women". *Maturitas 7(3)*, hlm. 211.
- Bandiyah. 2009. *Lanjut Usia dan Keperawatan Genoritik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Baziad, A. 2003. *Menopause dan Andropause*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Berger P.L. & Thomas Luckmann, L. 1991. *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*.
- Bobak, L.J. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Budi, Niken. 2017. "Hubungan Beberapa Faktor Ibu Lansia Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Lansia Di Puskesmas Lebdosari Semarang Triwulan I Tahun 2016". *Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol. 5, No. 1*, hlm. 158.
- Bustan, M, N. 2007. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Cambell and Reece. 2008. *Biologi, Edisi Kedelapan Jilid 3*. Terjemahan: Darmaning Tyas Wulandari. Jakarta: Erlangga.
- Candradewi, Nyoman Dianita. 2015. *Prevalensi penyakit hipertensi pada usia dewasa muda di wilayah kerja puskesmas abang i periode januari 2014*. Bali: Universitas Udayana.
- Chandra,L. 2005. *Gangguan Fungsi atau Perilaku Seksual danPenanggulangannya*. Jakarta: Cermin Dunia Kedokteran.
- Cristiani, dkk. 2000. "Hubungan Tentang Persepsi Ganiswarna SG, Setiabudy R, Suyatna FD, Purwastyastuti, Nafriadi. Estrogen, Antiestrogen, Progestin, dan Kontrasepsi Hormonal, Farmakologi dan Terapi, Ed ke-4". Jakarta: Bagian Farmakologi FKUI.

- Davison, Gerald C, Neale, John M, Kring, Ann M. 2010. *Psikologi Abnormal*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin, A. 2006. "Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: A Survey Western European Women". *The J of Sexual Medicine*, 3 (2), hlm. 212.
- Destia, Hesty. 2015. "Hubungan Antara Perubahan Fisik Dengan Perubahan Psikologis Wanita Pada Masa Menopause Di Kelurahan Pucang Sawit Kecamatan Jebres". *Naskah Publikasi*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Dwi, Agustin. 2017. "Body Mass Index (Bmi) Dan Lama Menopause Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Menopause (Studi Di Desa Karang Jeruk Kecamatan Jatirejo Kabupaten Mojokerto)". *Hospital Majapahit*, Vol. 9, No. 1, hlm. 28.
- Dwi, Septina. 2012. "Hubungan Aktivitas Fisik Dan Upaya Pengobatan Dengan Tingkat Keluhan Klimakterium Pada Wanita Usia 40-65 Tahun Di Kelurahan Tlogosari Kulon Kecamatan Pedurungan Kota Semarang". *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol. 1, No. 2, hlm. 196.
- Effendy, N, 2010. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Rineka Cipta.
- Egan, Gerard. 2010. *The Skilled Helper a Problem-Management and Opportunitu- Development Approach to Helping*. Ninth Edition. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Elliana, Dewi. 2017. "Hubungan Tingkat Gizi Wanita Menopause dengan Perubahan Fisik pada masa Menopause Kota Semarang". *Jurnal Kebidanan*, Vol. 6. No. 2, hlm. 96.
- Elvira. D. 2006. *Disfungsi Seksual pada Perempuan*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Emi Priyati, 2011. Analisa Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kejadian Klimakterium Pada Wanita Klimakterium Di Desa Sudung Dewo Kecamatan Kertek Kabupaten Wonosobo. *Skripsi*. Purwokerto: Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Fachrudin, H. 1991. *Perubahan Fisiologi pada Wanita Usia 40-an*, Bina Kesehatan Mandiri, Kumpulan Makalah Medis Populer. Jakarta: Penerbit Universitas Tri Sakti.
- Farmas, Cep. 2014. "Karakteristik Penderita Osteoporosis Primer di Rumah Sakit Al-Islam Bandung Tahun 2014". *Prosiding Penelitian Sivitas Akademika Unisba (Kesehatan)*, ISSN: 2460-657X, hlm. 379.

- Fitriana, Yuni. 2014. "Fenomena Kecemasan Wanita dalam Menghadapi Masa Klimakterium Anxiety Phenomena to The Female in Dealing Climacterium Periode". *Jurnal Ilmu Kebidanan, Vol. 2. No. 2*, hlm. 63.
- Francin, Erna. 2004. *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Fritz MA, Speroff L. 2010. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Lippincot William and Wilkins.
- Ghani, Lannywati. 2009. "Seluk Beluk Menopause". *Media Peneliti dan Pengembangan Kesehatan. Vol. XIX. No. 4*, hlm. 193.
- Glibal Study of Sexual Attitudes and Behaviors [GSSAB], 2002; Laumann et al. 1999; Nussbaum, Singh, & Plyes, 2004). Laumann, Paik dan Rosen (1999).
- Green, L. W. dan Kreuter, M. W. 2005. *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. Fourth Edition. New York: McGraw-Hill.
- Gunawan, Heri. 2012. *Pendidikan Karakter Konsep dan Implementasi*. Bandung: Alfabeta.
- Guyton, A.C., Hall, J.E. 2011. *Buku Ajar Kedokteran. Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Hamdanah, HM. 2011. Kecemasan Menghadapi Perubahan Saat Menopause". *Jurnal Tarbiyatuna Pendidikan Agama Islam, Vol. 1, No. 1*, hlm. 95.
- Hanata, Rizki. 2010. *Pola Hidup Sehat untuk Lansia*. Jakarta: CV. Toga Putra.
- Hankinson, dkk. 2012. "Diet Composition and Activity Level of at Risk and Metabolically Healthy Obese American Adult. *Obesity. Epub Ahead of Print*.
- Hardani, R. 2002. *Makalah Pola Makanan Sehat*. Seminar Online Kharismake- 2.
- Hurlock, Elizabeth B. 1980. Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan. Jakarta: Gramedia.
- Institute of Medicine. 2002. *Dietary Reference Intake for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Amino Acids (Macronutrients)*. Washington DC: National Academies Press.
- Ismiyati, Atik. 2011. *Pengaruh Penyuluhan Tentang Menopause Terhadap Kesiapan Menghadapi Menopause Pada Ibu Premenopause di Dusun Pendes, Bantul Yogyakarta 2011*. Yogyakarta: Akademi Kebidanan Yogyakarta.
- Jalaludin Rakhmat. 1994. *Psikologi Komunikasi*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

- Johnson, M.H., dan Everitt, B. J. 1988. *Essential Reproduction*. Third Edition. London: Blackwell Science Publisher.
- Junaidi, Said. 2011. “Pembinaan Fisik Lansia melalui Aktivitas Olahraga Jalan Kaki”. *Jurnal Media Ilmu Keolahragaan Indonesia*. Vol. 1, Edisi. 1 Juli 2011, hlm. 17.
- Kaniasih, Arimbi. 2012. “Hubungan Antara Penerimaan Diri dengan Depresi pada Wanita Perimenopause”. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*. Vol. 1, No. 2, hlm. 1.
- Karangora, M.L.B. 2012. “Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Lesbian di Surabaya”. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya*. Vol. 8 No. 1.
- Kargeti, Anggia. 2012. “Kualitas Hidup Perempuan Menopause”. *Marwah Jurnal Perempuan Agama dan Jender*, Vol. 11, No. 2.
- Kasdu. 2002. *Kiat Sehat dan Bahagia di Usia Menopause*. Jakarta: Puspa Swara.
- Kemkes. 2011. *Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan Panduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Situasi dan Analisis Penyakit Tiroid*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Khairani. 2012. “Konsep Diri dan Penerimaan Proses Penuaan Pada Wanita Pre Menopause di RSUDZA Banda Aceh. *Ide Nursing Journal*. Vol. 3, No. 2, hlm. 63.
- Khasanah & Hidayat 2012. “Kualitas Tidur Lansia Balai Rehabilitasi Sosial “MANDIRI” Semarang” . *Jurnal Nursing Studies*. Vol. 1, No. 1, Tahun 2012.
- Koblinsky, Marge., dkk. 1993. *Kesehatan Wanita; Sebuah Perspektif Global*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Kushariyadi. 2017. “Terapi Modalitas Keperawatan Pijat Punggung sebagai Perawatan Daya Ingat (Bahasa) Lansia di Unit Pelaksanaan Teknis Panti Sosial Lanjut Usia Kabupaten Jember”. *Nurseline Journal*, Vol. 2, No. 1, hlm. 37.
- Kusmiran, Eny. 2011. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Lubis, Namora Lumangga. 2011. *Memahami Dasar-Dasar Konseling dalam Teori dan Praktek*. Jakarta: Kencana.
- Lubis N, Hasnida. 2009. *Dukungan Sosial pada Pasien Kanker Perluakah?*. Medan: USU Press.
- Luciana Lanson. 1987. *Dari Wanita untuk Wanita*. Surabaya: Usaha Niagah.

- Lusiana, Novita. 2014. "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kecemasan Wanita dalam Menghadapi Menopause di Puskesmas Melur Pekanbaru Tahun 2014". *Jurnal Kesehatan Komunitas*. Vol. 2. No. 5, hlm 215.
- Manuaba, IB. 2005. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Archan.
- McKnight, D. H., & N. L. Chervany. 2001. "What Trust Means in E-Commerce Customer Relationship: An Interdisciplinary Conceptual Typology". *Journal of Electronic E-Commerce*. Vol.6, No.2, hlm. 35.
- Maslow, Abraham H. 1970. *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row Publisher.
- Masruroh. 2012. *Hubungan Antara Kontrasepsi Hormonal dengan Usia Menopause*. Jombang: Universitas Darul Ulum.
- Matsumoto, D. 1996. *Culture and Psychology*. Washington: Book/Cole Publishing Company.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Pedoman Pengendalian Osteoporosis*. Jakarta: Menti Kesehatan Republik Indonesia.
- Munawar, Hafifah. 2013. "Hubungan Pengetahuan dengan Penerimaan Diri Wanita Klimakterium dalam Menghadapi Menopause di Desa Lam Alu Cut Kecamatan Kuta Baro Kabupaten Aceh Besar Tahun 2013". *Jurnal Karya Tulis Ilmiah*.
- Musradinur. 2016. "Stres dan Cara Mengatasinya dalam Perspektif Psikologi". *Jurnal Edukasi*. Vol.2, No. 2, hlm. 183.
- Nappi RE & Lachowsky M. 2009. "Menopause and Sexuality: Prevalence of Symptom and Impact on Quality of Life". *Maturitas*, 63. hlm. 138
- Nelson. WE, ed. 2000. *Ilmu Kesehatan Anak*. 15th ed. Alih Bahasa. Samik Wahab. Jakarta: EGC.
- Nirmala. 2003. *Hidup Sehat dengan Menopause*. Jakarta: Buku Populer Nirmala.
- Nofalia, M. 2011. "BAB II Pengertian Tujuan Penyuluhan". Universitas Sumatera Utara.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Theory and Application of Health Promotion*. Jakarta: Rineka Copyright.
- _____, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____, 2009. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho. 2002. *Analisis dan Perencanaan Sistem Informasi*. Bandung: Pandawa.
- Pangkahila, Wimpie. 2001. *Seks yang Indah*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

- Paramartha, Made. 2017. "Prevelensi Gejala Depresi pada Ibu-Ibu PKK Yang Sudah Menopause di Desa Peguyangan Kaja Denpasar Tahun 2016". *Jurnal Medika*. Vol. 6. No. 3, hlm. 1.
- Pastore LM, Carter RA, Hulka BS, Wells E. 2004. "Self-Reported Urogenital Symtoms in Postmenopausal Women: Women's Health Intiative". *Maturitas*, 49, hlm. 292.
- Philipp EE, Barnes J, Newton M, Franchi LLH, editors. 1980. *The ovary and ovum*. London: *Scientific foundation of obstetrics and gynecology*. hlm. 107.
- Picot J, Jones J, Colquitt JL, et al. The clinical effectiveness and cost effectiveness of bariatric surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2009;13:1–190, 215–357, iii–iv.
- Potter & Perry. 2005. *Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Proverawati, Atikah dan Cahyo Ismawati. 2010. *Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Puji Astuti, Lestari. 2017. "Peran Dan Fungsi Bidan Dalam Pelaksanaan Informed Consent Pada Kegawat Daruratan Obstetri Di Puskesmas". *Jurnal Kebidanan*. Vol. 9, No. 2, hlm. 101.
- Puji, Heni Wahyuningsih. 2017. *Anatomi Fisiologi*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Purwoastuti, E & Walyani, E.S. 2015. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Rachman, Maman. 1999. *Strategi dan Langkah-Langkah Penelitian*. Semarang: IKIP Semarang Press.
- Radloff, Lenore Sawyer. 1977. The CES-D Scale : A Self Report Depression Scale for Research in the General Population. *Jornal of Applied Psychological Measurement*. Vol.1 No.3 Summer 1977, hlm. 385.
- Rahajeng dan Sulistyowati. 2009. *Prevelensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia*. Jakarta: Pusat Penelitian Biomedis dan Farmasi Badan Penelitian Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Renidayati, dkk. 2011. "Faktor Resiko Terjadinya Osteoporosis pada Masa Menopause". *Ners Jurnal Keperawatan*. Vol. 7. No. 2, hlm. 130.

- Retnowati, S. 2001. "Tetap Bergairah Memasuki Usia Menopause: Sebuah Tinjauan Psikologis". Disampaikan pada Seminar Ilmiah Populer dalam Rangka Milad ke 78 RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta, 24 Februari 2001.
- Reynold C, Mabie W, Sibai B. Hypertensive States of Pregnancy. In: DeCherney, Nathan L, editors. *Current Obstretic And Gunecologic Diagnosis And Treatment*. 9th Ed. Boston: McGraw-Hill; 2003. p. 338-53.
- Rini, Susilo. 2016. "Penurunan Keluhan Atrofi Urogenital Pasca Senam Ergonomis pada Perempuan Perimenopause". *RAKERNAS AIPKEMA*, hlm. 355.
- Rosmawar. 2012. "Pengaruh Usia Menarche Dan Pekerjaan Terhadap Terjadinya Menopause Di Desa Buloh Peudaya Kecamatan Padang Tiji Kabupaten Pidie Tahun 2011". *Jurnal Ilmiah STIKES U'Budiyah Vol.1, No.2*, hlm. 19.
- Rosyada, Mujahida Amrina. 2016. "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Usia Menopause Studi di Puskesmas Bangetayu Tahun 2015". *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, Vol. 4. No. 1, hlm. 241.
- Saifuddin, AB. 2006. *Buku Nasional Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Samuel MD, dkk. 2009. "Factors That Influence Entry Into Stages of The Menopausal Transition". *Menopause*. 16:1218-8.
- Saraswati, Sylvia. 2010. *52 Penyakit Perempuan*. Yogyakarta: Kata Hati.
- Sari, Rizki Umi. 2009. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Tentang Masa Menopause dengan Persepsi Keluhan Masa Menopause di Kelurahan Tlogosari Kulon Semarang. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Sarwoko. 2014. Efektifitas Konseling Seks Usia Senja Terhadap Frekuensi Hubungan Seksual Pada Wanita Masa Klimakterium". *Jurnal Kebidanan*. Vol.6, No. 2, hlm. 16.
- Satriani, Andu, Samsuddin. 2010. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Frekuensi Hubungan Seksual pada Wanita Usia Senja. *Jurnal Estu Utomo Health Science*. Vol.2 No. 2.
- Sawitri, Elis Indra. 1990. "Kulit dan Menopause Manifestasi dan Penatalaksanaan". *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*. Vol. 21, No, 1, hlm. 48.

- Simbolon, Purnama. 2018. Hubungan Indeks Massa Tubuh dengan Lama Siklus Menstruasi pada Mahasiswa Angkatan 2016 Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. *Skripsi*. Bandar Lampung: Universitas Lampung.
- Sinnathamby. 2009. Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Sikap Terhadap Osteoporosis dan Asupan Kalsium pada Wanita Premenopause di Kecamatan Medan Selayang II. *Skripsi*. Medan: USU.
- Shifren, J.L., Schiff, I. 2007. Menopause. In: Berek, J.S., ed. *Beerek & Novak's Gynecology*. 14th ed. Stanford, California: Lippincott Williams & Wilkins, 1324-1340.
- Snoek, F.J., & Lopez, S.J. 2007. Positive Psychology, The Scientific and Practical Explorations of Human Strength. London: Sage Publications.
- Soeharto. 2009. "Konseling Perkawinan, Hubungan Suami Istri dan Kesehatan Seksual serta Implikasinya". *Pidato Pengukuhan Guru Besar Bidang Bimbingan dan Konseling pada Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Universitas Sebelas Maret Surakarta pada tanggal 26 Februari 2009*.
- Solso, R.L., Maclin, O.H., & Maclin, M.K. 2008. *Psikologi Kognitif Ed. 8*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Spreoff. 2011. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins pp. 579-83.
- Stuart, Gail Wiscarz. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Stuart & Sundeen. 1998. *Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Sturdee. 2010. *Rekomendasi Penanganan Atrofi Vagina Perempuan Postmenopause*. London: International Menopause Society.
- Subejo. 2010. *Home Garden and The Harmonization Rural Life*. Jakarta: Kompas.
- Sugihartono, dkk. 2007. *Psikologi Pendidikan*. Yogyakarta: UNY Press.
- Sulisetyawati, Dwi. 2011. "Dampak Menopause Terhadap Konsep Diri Wanita yang Mengalami Menopause di Kelurahan Trengguli Kecamatan Jenawi Kabupaten Karanganyar". *Jurnal Kesmadaska, Vol.2, No.1*, hlm. 9.
- Sulistiyawati dan Proverawati. 2010. *Menopause dan Sindrom Premenopause*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Sulistiyowati, Y. 2006. "Pengaruh Pemberian Likopen Terhadap Status Antioksidan (Vitamin C, Vitamin E dan Gluthathion Peroksidase) Tikus (*Rattus Norvegicus Galur Sprague Dawley*) Hiperkolesterolemik". *Tesis*. Program Studi Magister Ilmu Biomedik. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Sukmadinata. 2009. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Sunaryo. 2004. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Supriasa, I, Dewa Nyoman. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Susilowati, Dwi. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Promosi Kesehatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Sustrani, Lanny. 2004. *Hipertensi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Tina, N.K., & Dwia, A. 1999. *Menopause dan Seksualitas* (Seri Laporan no. 87). Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada.
- Toha, Miftah. 2003. *Perilaku Organisasi Konsep Dasar dan Aplikasinya*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Toyibah, Afnani. 2014. "Konsep Diri Wanita Premenopause Dalam Menghadapi Masa Menopause". *Jurnal Kesehatan*. Vol.12, No. 1, hlm. 1.
- Trisetyaningsih, Yanita. 2016. "Hubungan antara Gejala Menopause dengan Kualitas Hidup Perempuan Klimakterik". *Jurnal Kesehatan "Samodra Ilmu"*. Vol. 07, No. 1, hlm. 3.
- Trisyani, Mira. 2018. "Adaptasi Gejala Perimenopause dan Pemenuhan Kebutuhan Seksual Wanita Usia 50-60 Tahun". *Medisains: Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*. Vol. 16, No. 1, hlm. 21.
- Walgito, Bimo. 2004. *Pengantar Psikologis Umum*. Jakarta: Penerbit Andi.
- Whitehead M, Godfree V, Purdie DW, editors. 1992. *Hormone Replacement Therapy Your Question Answered*. London: Churchill Livingstone.
- Winkel, W.S & Sri Hastuti. 2006. *Bimbingan dan Konseling di Institusi Pendidikan*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Wirakusumah, Emma S. 2007. *Mencegah Osteoporosis Lengkap dengan 39 Jus dan 38 Resep Masakan*. Jakarta: Penebar Plus.
- Wratsangka, Raditya. 1999. "Pemberian Terapi Sulih Hormon Sebagai Upaya Meningkatkan Kesehatan Wanita Menopause". *Jurnal Kedokteran Trisakti*, Vol. 18, No. 3, hlm. 155.

Yayasan Gerontologi Abiyoso. 2009. *Dwi Windu Yayasan Gerontologi Abiyoso Provinsi Jawa Timur*. Jakarta : Yayasan Gerontologi Abiyoso.

Internet

Fajri, Fajar. (2005). Ketika Bunga Tak Lagi Merekah Kumbang Tak Lagi Gagah. Available. <http://www.pjnhk.go.id/berita-artikel/2005/11/01/ketika-bunga-tak-lagi-merehakhumbang-tak-lagi-gagah/>. Diakses 1 Agustus 2018.

<http://dannysatriyo.blogspot.com/2014/10/menopause.html>. Diakses 1 Agustus 2018.

<http://repository.ump.ac.id/2156/3/Yully%20Andriani%20BAB%20II.pdf>. Diakses 3 Agustus 2018.

etheses.uin-malang.ac.id. Diakses 4 Agustus 2018.

repository.uinjkt.ac.id. Diakses 4 Agustus 2018.

<http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/57637/Chapter%20II.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Diakses 13 Agustus 2018.

<http://reproduksi3a2010.blogspot.com/2013/06/fisiologi-dan-perubahan-wanita-menopause.html>. Diakses 13 Agustus 2018.

<http://sofia-psy.staff.ugm.ac.id/files/menopause.doc> diakses 14 Agustus 2018.

Masruroh. Hubungan Antara Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Dengan Usia Menopause. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Darul Ulum Jombang. <http://ejournal.com>. Diakses 14 Agustus 2018.

Kuncoro. 2002. Dukungan Sosial Pada Lansia. <http://www.epsikologi.com/usia> diakses 15 Agustus 2018.

Heming Wijayakusuma. 2011. Mencegah Osteoporosis dengan Pola Hidup Sehat. www.itokindo.org diakses 18 Agustus 2018.

<http://www.imsociety.org/manage/images/pdf/3152e464c69f3924f98c59694ffece52.pdf> diakses 18 Agustus 2018.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline CG43. Obesity: The prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. London, 2006. <http://guidance.nice.org.uk/CG43/NICEGuidance/pdf/English> diakses 19 Agustus 2018.

- Ike Nunik. 2017. Effect of Menopause Duration and Biopsychosocial Factors on Quality of life of Women in Kediri District, East Java. *Journal of Maternal and Child Health* (2017), 2(2): 125-136 <https://doi.org/10.26911/thejmch.2017.02.02.04> diakses 21 Agustus 2018.
- Belardin, LB., Simao, VA., Leite, Gabriel AA., Chuffa, LG., Camargo, IC. 2014. Dosedepaendent effect and reversibility of the injuries caused bay nadrolone decanoate in uterine tissue and fertility of rats. *Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol*. 2014 Apr; 101(2): 168-77. Sao Paulo. Diakses 21 Agustus 2018.
- Rothenberg, Alexander & Warnock, Francis E. 2006. Sudden Flight and True Sudden Stops. NBER WORKING PAPER SERIES. http://www.nber.org/paper/w_12726. Diakses 21 Agustus 2018.
- <http://www.pdpersi.co.id/peraturan/kepmenkes/kmk3692007.pdf>. diakses 27 Agustus 2018.
- Kotler, M. 2002. Pola Hidup Sehat untuk Sehat di Usia Senja. http://www.polahidupsehat.com/referensi_543htm. Diakses 28 Agustus 2018.
- Yanita, Trisetyaningsih. 2016. “Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Menopause terhadap Perubahan Kualitas Hidup Perempuan Klimakterik”. <https://media.neliti.com>. Diakses 8 September 2018.
- Nelson, 2002. Spiritual dan Kepercayaan Manusia. Diakses 12 September 2018 dari: <http://www.e-psikologi.com>.
- Indrawati, E. 2011. Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Depresi Pada Lanjut Usia Yang Tinggal Di Panti Wredha Wening Wardoyo Jawa Tengah. *Jurnal Psikologi Undip* Vol. 9, No. 1, April 2011. www.ejournal.undip.ac.id/index.php/psikologi/.../2592. Diakses 12 September 2018.
- www.eprints.undip.ac.id. Diakses 13 September 2018.
- <https://media.neliti.com/media/publications/80425-ID-menggagas-konseling-berwawasan-budaya-da.pdf>. Diakses 13 September 2018.
- <https://media.neliti.com/media/publications/80894-ID-pola-perilaku-hidup-sehat-pra-lansia-dal.pdf>. Diakses 13 September 2018.
- http://repository.uksw.edu/bitstream/123456789/11804/2/T1_462011073_BAB%20II.pdf. Diakses 15 September 2018.

KLIMAKTERIUM

Masalah dan Penanganannya dalam Perspektif Kebidanan



Sundari Mulyaningsih, S.SiT., M.Kes. penulis lahir di Magelang, 4 Oktober 1987. Penulis menyelesaikan program sarjana di Universitas Ngudi Waluyo jurusan Bidan Pendidik, tahun 2009. Setelah lulus, penulis melanjutkan pendidikan S2 Promosi Kesehatan (Kespro) HIV/AIDS di Universitas Diponegoro, dan lulus tahun 2016. Penulis saat ini merupakan dosen tetap di Universitas Alma Ata. Mata kuliah yang diampu adalah KDK I, KDK II, Sistem Surveilans, Gizi KIA, Kespro KB, dan lain sebagainya. Sebagai seorang akademisi, penulis aktif mengikuti berbagai pelatihan, penelitian, serta melakukan pengabdian kepada masyarakat.



Dyah Pradnya Paramita, S.ST., M.Kes. penulis lahir pada tanggal 7 Oktober 1986. Penulis menyelesaikan program D4 Bidan Pendidik di Universitas Sebelas Maret pada tahun 2010. Selanjutnya, penulis menyelesaikan program S2 Kesehatan Reproduksi HIV/AIDS di Universitas Diponegoro, dan lulus tahun 2017. Penulis saat ini merupakan dosen tetap di Universitas Alma Ata. Mata kuliah yang diampu adalah Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, praktik Profesi Kebidanan IV, dan Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan. Sebagai seorang akademisi, penulis aktif mengikuti berbagai pelatihan, penelitian, serta melakukan pengabdian kepada masyarakat.



Pustaka Baru Press

Jl. Wonosari Km 6, Demblaksari RT 4,
Baturetno, Banguntapan, Bantul, Yogyakarta
Telp. (0274) 4353591, Fax (0274) 4438911
Email : pustakabarupress@yahoo.com

MEDICAL

ISBN 978-602-376-250-7



9 786023 762507

Harga P. Jawa : Rp 40.000,-