

SKRIPSI

HUBUNGAN DUKUNGAN SUAMI DENGAN TINGKAT DEPRESI WANITA MENOPAUSE DI RT 02/RW 05 KELURAHAN PAKIS KECAMATAN SAWAHAN SURABAYA

PENELITIAN CROSS SECTIONAL

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh:

FITRIA ANGGRAINI

NIM. 010710211 B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2011

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah
hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain
untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan
di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 15 Juli 2011

Yang Menyatakan,



Fitria Anggraini
NIM. 010710211B

LEMBAR PERSETUJUAN

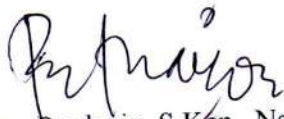
**SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 15 JULI 2011**

Oleh:
Pembimbing I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP.197904242006042002

Pembimbing II



Retnayu Pradanie, S.Kep., Ns
NIK. 1309080824

Mengetahui:
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Plt. Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP.197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Telah diuji

Pada tanggal, 27 Juli 2011

PANITIA PENGUJI

Ketua : Retno Indarwati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

(.....)

Anggota : 1. Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep

(.....)

2. Retnayu Pradanie, S.Kep., Ns

(.....)

Mengetahui:

a.n Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep

NIP.197904242006042002

MOTTO

Berbuat Baiklah

Berusahalah

Bersyukurlah

Allah Maha Melihat

Maha Mendengar

Maha Mengabulkan Do'a

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan izin-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“HUBUNGAN DUKUNGAN SUAMI DENGAN TINGKAT DEPRESI WANITA MENOPAUSE”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Dalam penyusunan proposal penelitian ini penulis telah mendapatkan bantuan dari pihak secara langsung maupun tidak langsung. Bersama ini pekenankanlah penulis untuk mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih, SKp., MARS selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah banyak memberikan ilmu, dorong dan bimbingan sehingga penulis dapat menyempurnakan dan menyelesaikan skripsi ini.
2. Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep selaku pembimbing I yang telah membantu penulis, meluangkan waktu, pemikiran dan perhatian dalam membimbing serta mengarahkan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Retnayu Pradanie, S.Kep., Ns selaku pembimbing II yang telah memberikan waktu, bimbingan, arahan, masukan-masukan positif serta semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu.
4. Kepala Puskesmas, Bapak Camat, Bu Lurah beserta staf yang telah memberikan kesempatan, kepercayaan, fasilitas dan tempat untuk menyelesaikan penelitian ini.

5. Para responden penelitian yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
6. Bu Sri dan Bu Yono yang dengan senang hati direpotkan demi membantu mendapatkan data-data penelitian.
7. Segenap dosen beserta staf Fakultas Keperawatan Universitas airangga yang telah memberikan ilmu, pengalaman, pengarahan, mengajarkan penulis menjadi perawat profesional dan membantu jalannya proses penelitian.
8. Keluarga saya tercinta: Ayah, Ibu, Mas Huda dan saudara saudariku terima kasih yang tak terhingga atas cinta, kesabaran, motivasi dan do'a yang selalu dipanjatkan untuk saya. Semoga Allah senantiasa melindungi, memberikan rahmat dan kebahagiaan.
9. Sahabat-sahabat saya Suci, Yurike, Olief, Fatiya, Masayu, Deasy, Fifa, Halimah, Kak Wiwik, Kak Ita, Kak Yanti, Kak Eta dan teman seperjuangan di fakultas Keperawatan Angkatan 2007 yang telah membantu memberikan pencerahan, semangat, inspirasi dan kenangan indah selama ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang memberi dukungan serta memberi bantuan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari dalam pembuatan skripsi ini masih ada kekurangan dan jauh dari sempurna, maka dari itu masukan dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan. Walaupun demikian penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 15 Juli 2011

Penulis

ABSTRACT

THE CORRELATION BETWEEN HUSBAND SUPPORT AND DEPRESSION LEVEL OF MENOPAUSE WOMAN

Cross Sectional Research at Pakis Sawahan Surabaya country side

By:

Fitria Anggraini

Menopause woman often have depression. They have higher depression level than pre and postmenopausal women. Hopefully, husband support is able to reduce depression level of the menopause women. This study aimed to analyze the correlation between husband support and depression level of menopause woman.

This study used Cross Sectional design. The populations of this research were all menopausal women age 45-55 years old at Pakis Sawahan Surabaya country side. Total sample are 21 menopausal women age 45-55 years old who have husband. The independent variable was husband support and the dependent variable was the depression level. Data were analyzed by Spearman's Rho with significant level of $\alpha \leq 0.05$.

Result of statistical calculation showed that there was a positive correlation between husband support and depression level of menopause woman with $\rho = 0,000$ and $r = 0,835$. It's means that husband support has a strong correlation with depression level of the menopause women.

It can be concluded that support given by people who have an emotional bond, is more affect the psychological respondents. When respondents have a high stimulus support /positive, the respondents will also respond with a positive response by showing a minimal level of depression, and vice versa. So, the higher husband support can reduce depression level and the lower one can increase it. Therefore husband support has the very important role to help resolve the problems that occur in menopause women.

Keyword: husband support, menopause women, depression level

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji Skripsi.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan umum.....	5
1.3.2 Tujuan khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Menopause.....	7
2.1.2 Manifestasi dan gejala klinis menopause.....	9
2.1.3 Pentalaksanaan menopause.....	11
2.2 Konsep Dasar Depresi.....	13
2.2.1 Definisi depresi.....	13
2.2.2 Penyebab depresi.....	13
2.2.3 Manifestasi klinis depresi.....	17
2.2.4 Penatalaksanaan depresi.....	18
2.2.5 Respon psikologis.....	19
2.3 Konsep Dasar Dukungan Sosial.....	20
2.3.1 Definisi dukungan sosial.....	20
2.3.2 Bentuk dan fungsi dukungan sosial.....	21
2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan dukungan sosial.....	23
2.4 Konsep Dasar Keluarga.....	23
2.4.1 Definisi keluarga.....	23
2.4.2 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan.....	25
2.4.3 Peranan keluarga.....	26
2.4.4 Dukungan sosial keluarga.....	27
2.5 Depresi Wanita Menopause dan Dukungan Suami.....	28
2.6 <i>Beck Depression Inventory II</i>	31

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	32
3.1 Kerangka Konseptual	32
3.2 Hipotesis	34
BAB 4 METODE PENELITIAN	35
4.1 Desain Penelitian.....	35
4.2 Kerangka Kerja	36
4.3 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling.....	36
4.3.1 Populasi	36
4.3.2 Sampel dan besar sampel	37
4.3.3 Teknik pengambilan sampel.....	37
4.4 Identifikasi Variabel	37
4.4.1 Variabel independen	37
4.4.2 Variabel dependen	38
4.5 Definisi Operasional variabel	39
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data	41
4.6.1 Instrumen penelitian	41
4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian.....	42
4.6.3 Prosedur	42
4.6.4 Cara analisis data.....	43
4.7 Masalah Etika.....	44
4.8.1 Surat persetujuan	44
4.8.2 <i>Anonymity</i> (tanpa nama)	44
4.8.3 <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan)	44
4.8.3 Keterbatasan	44
BAB 5 PEMBAHASAN.....	45
5.1 Desain Penelitian.....	45
5.1.1 Gambaran umum dan lokasi penelitian.....	45
5.1.2 Data umum	46
5.1.3 Data khusus	50
4.3 Pembahasan	52
4.3.1 Dukungan Suami	52
4.3.2 Tingkat Depresi	53
4.3.1 Hubungan dukungan suami dengan tingkat depresi	56
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	61
6.1 Kesimpulan	61
6.2 Saran.....	61
Daftar pustaka	62
Lampiran	67

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Prosentase keluhan klimaterik yang muncul pada wanita yang berusia 45-54 tahun dalam Baziad (2003)	10
Tabel 4.1 Desain Penelitian Hubungan Dukungan Suami dengan Tingkat Depresi Wanita Menopause	35
Tabel 4.2 Definisi Operasional Hubungan Dukungan Suami dengan Tingkat Depresi Wanita Menopause.....	39
Tabel 4.3 Interpretasi Nilai r dalam Sutrisno Hadi dalam Suharsini A (2002).....	43
Tabel 5.1 Hubungan dukungan suami dengan tingkat depresi pada wanita menopause di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Dukungan Suami dengan Tingkat Depresi pada Wanita Menopause menurut Hogstel (1995).....	32
Gambar 4.1 Kerangka Kerja (<i>Frame Work</i>) Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Depresi Wanita menopause usia 45-55 tahun.....	36
Gambar 5.1 Diagram pie distribusi responden berdasarkan usia di RT 02 RW 05 Dengan Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya	46
Gambar 5.2 Diagram pie distribusi responden berdasarkan pendidikan di RT 02 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya	46
Gambar 5.3 Diagram pie distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan di RT 02 RW05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.....	47
Gambar 5.4 Diagram pie distribusi responden berdasarkan jenis kegiatan di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.....	47
Gambar 5.5 Diagram pie distribusi responden berdasarkan waktu terakhir haid di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.....	48
Gambar 5.6 Diagram pie distribusi responden berdasarkan keterbukaan dengan Seseorang di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.....	48
Gambar 5.7 Diagram pie distribusi responden berdasarkan orang yang terdekat di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.....	48
Gambar 5.8 Diagram pie distribusi responden berdasarkan penyakit dan keluhan yang terjadi di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.....	49
Gambar 5.8 Diagram pie distribusi responden berdasarkan tingkat dukungan suami pada wanita menopause di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.....	50
Gambar 5.8 Diagram pie distribusi responden berdasarkan tingkat depresi wanita menopause di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.....	50

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Data Awal	67
Lampiran 2	Surat Permohonan Fasilitas Penelitian.....	68
Lampiran 3	Surat Izin Survey Dinas Kesehatan Surabaya	69
Lampiran 4	Surat Keterangan Survey Baskesbang Linmas Surabaya	70
Lampiran 5	Surat Pengantar Penelitian Pukesmas	71
Lampiran 6	Surat Tugas Kelurahan Pakis.....	72
Lampiran 7	Lembar Permintaan Menjadi Responden	73
Lampiran 8	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	74
Lampiran 9	Format Pengumpulan Data.....	75
Lampiran 10	Tabulasi Data.....	79
Lampiran 11	Analisis Statistik	81
Lampiran 11	Dokumentasi Penelitian	83

DAFTAR SINGKATAN

ACTH	Adreno corticotropic hormone
Baskesbang	Badan Kesatuan Bangsa
BDI-II	Beck Depression Inventory-II
CRF	Corticotrophin releasing factor
Dinkes	Dinas Kesehatan
FSH	Follicle stimulating hormone
HRT	Hormone replacement Therapy
Polinmas	Politik dan Perlindungan Masyarakat
RT	Rukun tetangga
RW	Rukun warga
TSH	Terapi sulih hormon

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menopause merupakan salah satu peristiwa alami yang ditandai dengan berhentinya siklus menstruasi karena ovarium berhenti melepaskan sel telur akibat penurunan estrogen. Penurunan estrogen ini menyebabkan terjadinya gejala-gejala yang tidak menyenangkan, seperti gangguan fisik, gangguan seksual, sakit kepala, sukar konsentrasi, mudah marah, dan gejala *hot flashes* (badan terasa panas). Gangguan-gangguan ini dapat mengakibatkan depresi jika tidak segera diatasi (Sarkar 2006). Depresi merupakan masalah kesehatan jiwa yang utama dan merupakan penyebab utama tindakan bunuh diri (Hawari 2008). Depresi umumnya dialami oleh wanita satu setengah sampai dua kali dibandingkan pria (Hapsari 2007). Banyak wanita menopause merasa depresi, sangat kesepian, dan tidak mempunyai teman untuk diajak bicara maupun dimintai nasehat, sehingga wanita menopause memerlukan dukungan keluarga untuk mengatasi keadaan psikisnya yang tengah tergoncang (Purwoastuti 2008). Seseorang bisa mendapatkan dukungan dari siapa saja termasuk keluarga. Keluarga memiliki kontribusi besar untuk menghilangkan perasaan-perasaan negatif yang ditimbulkan (Fauziahningtyas 2009). Suami adalah komponen dari keluarga, dukungan dari seorang suami merupakan strategi koping yang penting. Pada penelitian yang dilakukan Amelia (2007) tentang dukungan suami terhadap penurunan depresi postpartum, ditemukan bahwa dukungan suami memiliki peran positif dan negatif terhadap kondisi psikis seorang wanita. Data di RT 02/RW05

Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya menyebutkan bahwa terdapat wanita menopause berjumlah 33 orang, di RT ini wanita menopause banyak ditemukan dibandingkan dengan RT lain. Dari 33 wanita menopause yang ada, terdapat 9 wanita menopause berstatus janda dan sisanya yaitu 24 lainnya berstatus memiliki suami. Survey yang dilakukan tempat tersebut dengan menggunakan kuisioner dan wawancara kepada beberapa wanita menopause yang masih bersuami menyebutkan bahwa mereka mempunyai tingkat depresi yang berbeda-beda, 5 dari 11 wanita (45%) menunjukkan gejala depresi sedang, 4 wanita (36%) menunjukkan gejala depresi ringan, dan 2 wanita lainnya (18%) menunjukkan gejala depresi minimal. Gejala-gejala depresi yang sering muncul antara lain insomnia, sedih, menangis, kurang percaya diri, penurunan nafsu seks, mudah marah atau tersinggung dan merasa bersalah. Sebanyak 7 wanita (64%) mengungkapkan dukungan/hubungan dengan suami baik, dan sisanya 4 wanita (36%) kurang baik. Namun, hubungan dukungan suami terhadap tingkat depresi wanita menopause belum dapat dijelaskan.

Menurut Depkes (2007), pada tahun 2000 usia harapan hidup wanita Indonesia diperkirakan mencapai usia 70 tahun atau lebih. Pada tahun tersebut jumlah wanita berumur 45 tahun ke atas kurang lebih 20 juta dari 104 juta penduduk wanita atau 207 juta seluruh penduduk Indonesia. Keadaan yang umumnya timbul pada umur 45 tahun ke atas adalah penyakit pada klimakterium, menopause, dan postmenopause. Kecenderungan populasi perempuan menopause di Indonesia semakin tinggi. Perempuan Indonesia yang memasuki menopause sebesar 7,4% dari populasi pada tahun 2000. Jumlah tersebut diperkirakan meningkat menjadi 11% pada tahun 2005 dan akan naik lagi sebesar 14% atau

sekitar 30 juta orang pada tahun 2015. Peningkatan populasi perempuan menopause pada umumnya akan disertai berbagai tingkat dan jenis permasalahan yang kompleks yang berdampak pada peningkatan masalah kesehatan perempuan menopause tersebut (Swasono 2005 dalam Simanjuntak 2007). Menopause merupakan perubahan fisiologis yang paling signifikan pada wanita usia dewasa madya yaitu usia antara 40 dan 65 tahun. Namun, menopause dapat menyebabkan terjadinya penyakit jantung dan osteoporosis. Penelitian menunjukkan bahwa 10 hingga 15 persen dari wanita menopause mengalami peningkatan kegelisahan, insomnia (sulit tidur), dan depresi (merasa sangat tertekan dan sedih) (Potter 2005).

Depresi pada wanita menopause dikaitkan oleh faktor biokimia dan psikososial (Hogstel 1995). Faktor biokimia yakni berupa penurunan estrogen yang berkaitan dengan perubahan *mood* dan depresi. Kadar estrogen yang rendah memiliki resiko untuk menjadi depresi 3,7 kali lebih besar daripada kadar estrogen yang normal (Kusumawadhani 2006). Penurunan hormon estrogen pada wanita menopause mengakibatkan enzim monoamin oksidase yang merupakan penonaktif serotonin dan nonadrenalin meningkat (Baziad 2003). Peningkatan hormon adrenalin dalam darah menyebabkan kadar asam lemak bebas juga meningkat. Dalam perjalanannya lemak yang tak terbakar ini akan diubah di dalam hati menjadi lemak kolesterol dan triglisride yang kemudian beredar dalam darah, termasuk dinding pembuluh darah jantung koroner yang menyebabkan penyakit tekanan darah tinggi, sehingga penderita mudah marah, emosi, dan stres (Rasmun 2004). Seseorang yang mengalami stres, dalam perkembangan selanjutnya akan berdampak pada bidang kejiwaan (psikologik/psikiatrik),

misalnya kecemasan atau depresi. Faktor psikososial pencetus depresi pada wanita menopause erat sekali hubungannya dengan keadekuatan sistem pendukung serta stressor/tekanan yang muncul disaat itu. Stressor/tekanan yang dihadapi wanita menopause yakni adanya konflik/penyakit dan penyerangan terhadap harga diri meliputi gangguan neurovegetatif/vasomotorik, gangguan psikis dan gangguan somatik. Ketiga gangguan ini saling mempengaruhi satu sama lain (Jacoeb 2005). Bagi banyak wanita, menopause merupakan pengalaman yang menyakitkan perasaan dan fisiknya, perubahan-perubahan pada dirinya bisa membuat diri minder dan frustrasi. Mengatasi menopause bukanlah hal mudah, tindakan ini termasuk salah satu ketegangan yang dihadapi suami-istri paruh baya dan seringkali menimbulkan masalah. Keluhan-keluhan yang terjadi pada wanita menopause dapat mengganggu kesehatan dan kualitas hidup (Kasdu 2004).

Secara umum, pengertian dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan atau bantuan yang diterima individu dari orang lain, yakni individu perorangan atau kelompok (Sarafino 1996 dalam Oktavia 2002). Sumber-sumber dukungan sosial yang potensial bagi bidang kesehatan adalah dokter atau paramedis, keluarga atau pasangan, dan sesama pasien. Dalam hal ini, dukungan keluarga terutama pasangan merupakan hal yang penting dalam manajemen gangguan psikis seseorang (Rasmun 2004). Hasil penelitian yang dilakukan Wills, seperti dikutip dalam Cohen (1996), menunjukkan bahwa pasangan hidup merupakan orang terdekat yang akan dimintai tolong oleh individu-individu yang sedang mengalami tekanan psikologis. Dukungan suami memang sangat diperlukan. Cinta, bantuan, pertolongan dan kesetiaan seorang suami yang berada di sisi istri akan membuat istri yang sedang mengalami masalah dengan

kejiwaannya merasa aman. Ketika seorang suami memahami perasaan dan permasalahan istri serta bersikap sabar, maka muncul rasa percaya, dihargai, dan diterima sehingga istri merasa tenang, gelisah berkurang, bisa menyesuaikan diri dengan permasalahan yang ada dan bisa kembali normal (An-Nu'aimi 2009). Bentuk dan peran dukungan suami terhadap kondisi depresi bisa berupa dukungan emosional, Dukungan penilaian, dukungan informasional, dan dukungan instrumental, (Friedman 1998 dalam Setiadi 2002).

1.2 Rumusan masalah

Apakah ada hubungan antara dukungan suami dengan tingkat depresi wanita menopause?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah diketahui hubungan antara dukungan suami dengan tingkat depresi wanita menopause di RT 02/RW05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi dukungan suami yang diterima oleh wanita menopause di RT 02/RW05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.
2. Mengidentifikasi tingkat depresi yang dialami wanita menopause di RT 02/RW05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.
3. Menganalisis hubungan dukungan suami terhadap tingkat depresi wanita menopause di RT 02/RW05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan hubungan dukungan suami dengan tingkat depresi wanita menopause, sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan maternitas dan jiwa yang berhubungan dengan depresi pada wanita menopause.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Institusi kesehatan

Intervensi yang diperuntukkan bagi aspek psikologis yaitu pemberian dukungan suami, dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi yang dapat diterapkan pada kasus depresi wanita menopause.

2. Keperawatan

Sebagai masukan bagi tenaga kesehatan khususnya perawat mengenai perlunya melibatkan suami untuk mengatasi depresi wanita menopause

3. Wanita menopause dan keluarga

Dengan diketahuinya hubungan dukungan suami dengan tingkat depresi wanita menopause maka dukungan suami dapat menurunkan depresi dan meningkatkan kualitas hidup wanita menopause.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab tinjauan pustaka ini akan menjelaskan mengenai konsep-konsep yang berhubungan dengan masalah penelitian. Konsep yang akan diuraikan adalah menopause, depresi, dukungan sosial, keluarga, depresi wanita menopause dan dukungan suami.

2.1 Konsep Dasar Menopause

2.1.1 Definisi menopause

Dalam kehidupan wanita normal, setiap wanita akan mengalami fase-fase yang berkaitan dengan organ reproduksinya. Fase-fase tersebut dibagi menjadi tiga tahap yaitu masa sebelum menstruasi, sedang berlangsung menstruasi serta setelah menstruasi. Fase terakhir dalam kehidupan wanita yaitu masa dimana reproduksi wanita berakhir disebut dengan masa klimakterium (Kasdu 2004).

Fase klimakterium ini menurut Baziad (2003), dibagi menjadi 4 bagian dimana tiap-tiap bagian memiliki sebutan tersendiri, yaitu:

1. Pramenopause

Merupakan fase antara usia 40 tahun dan dimulainya fase klimakterik. Fase ini ditandai dengan ketidakteraturan siklus menstruasi (pendarahan panjang dan darah banyak) serta ketidakteraturan kadar hormon pada beberapa wanita (perubahan endokrinologik) disertai dengan keluhan vasomotorik dan keluhan sindrom prahaid atau PMS.

2. Perimenopause

Fase ini ditandai dengan siklus menstruasi tidak teratur dimana kebanyakan wanita siklus menstruasinya lebih dari 38 hari dan sisanya kurang dari 18 hari. Pada umumnya pada fase ini wanita mulai mengalami keluhan klimaterik.

3. Menopause

Fase menopause adalah fase dimana jumlah folikel mengalami atresia semakin meningkat serta estrogen semakin menurun. Diagnosis menopause merupakan diagnosis restrospektif yakni bila seorang wanita tidak mengalami menstruasi selama 12 bulan serta dijumpai kadar FSH dalam darah lebih dari 40mIU/ml dan kadar estradiol kurang dari 30 pg/ml. Menurut Morgan (2009), enam persen wanita mengalami menopause pada usia 35 tahun, 25% pada usia 44 tahun, 75% pada usia 50 tahun, serta 94% pada usia 55 tahun.

Kasdu (2004), mendefinisikan bahwa menopause merupakan sebuah kata yang mempunyai banyak arti, *men* dan *pauseis* adalah kata Yunani yang pertama kali digunakan untuk menggambarkan berhentinya menstruasi. Menurut Wikojosastro (2005), menopause adalah menstruasi terakhir, atau saat terjadinya menstruasi terakhir. Diagnosis menopause dibuat setelah sekurang-kurangnya satu tahun. Berhentinya menstruasi dapat didahului oleh siklus haid yang lebih panjang dengan pendarahan yang kurang. Waktu terjadinya menopause dipengaruhi oleh genetik, kesehatan umum, dan pola atau gaya hidup.

Menopause merupakan perubahan ke masa tua yang sering disertai dengan konotasi negatif. Masalah pendarahan ketika menstruasi mencapai puncaknya sebelum menopause, sedangkan gejala vasomotor dan psikologik pada umumnya

mencapai puncak pada perimenopause, kemudian perubahan metabolik dan atrofi urogenital terjadi pada pascamenopause (Darmojo 2006).

Purwoastuti (2008) mendefinisikan menopause sebagai penghentian permanen menstruasi (haid), yang berarti akhir dari masa produktif. Dimana terjadi perubahan endokrin serta hilangnya fungsi ovarium. Dapat dikatakan bahwa menopause merupakan suatu proses peralihan dari masa produktif menuju perubahan secara berlahan-lahan ke masa non produktif yang disebabkan oleh berkurangnya hormon estrogen dan progesteron seiring dengan bertambahnya usia.

2.1.2 Manifestasi dan gejala klinis menopause

Seorang wanita pada akhirnya akan menjumpai masa reproduksinya berakhir, dimulai dengan tanda awal menopause. Perimenopause merupakan awalnya, biasanya dialami sekitar umur 45 tahun. Selama masa ini, tubuh akan mengalami perubahan hormon sehingga membuat siklus menstruasi terganggu (memendek, memanjang ataupun tidak menstruasi ama sekali) dan gelora panas. Walaupun estrogen dan progesteron tetap diekresikan oleh ovari namun levelnya semakin menurun. Diakibatkan oleh penurunan estrogen dan progesteron dan meningkatnya *follicle stimulating hormone* (FSH) dan *Leutenizing hormone* (LH), gejala menopause dapat muncul seperti gelora panas atau keringat di malam hari, penurunan lubrikasi vagina, penipisan lapisan mukosa vagina, perubahan mood, insomnia, depresi, gangguan berkemih, iritasi vagina dan hubungan seks yang menyakitkan. Penurunan sirkulasi androgen khususnya testosteron berpengaruh juga terhadap menurunnya atau bahkan hilangnya gairah seksual (Mayo, 2009).

Secara klinis wanita menopause mengalami keluhan klimakterik. Menurut Baziad (2003), 70% wanita pada masa perimenopause hingga pascamenopause mengalami keluhan neurovegetatif/vasomotorik, depresif, keluhan psikis, dan keluhan somatik lainnya. Berat ringannya keluhan tersebut berbeda-beda pada setiap wanita. Keluhan tersebut mencapai puncaknya sebelum dan sesudah menopause, serta semakin jarang ditemukan seiring meningkatnya usia wanita.

Gangguan neurovegetatif/vasomotorik muncul dalam bentuk gelora panas, keringat banyak, rasa kedinginan, sakit kepala, desing dalam telinga, tekanan darah yang berubah-ubah, berdeba-debar, susah bernafas, dan gangguan usus. Gangguan psikis dapat berupa mudah tersinggung, depresi, cemas, kelelahan, semangat berkurang, dan susah tidur. Gangguan somatik meliputi gangguan menstruasi atau menorea, kolpitis atrofikans (atrofi vagina), inkontinensia urine, disuria (sulit berkemih), desensus/prolaps, penyakit kulit klimakterik, osteoporosis, artritis, aterosklerosis, sklerosis koroner, dan adipositas (penimbunan lemak). Ketiga gangguan ini saling mempengaruhi satu sama lain (Jacoeb 2005).

Menurut Baziad (2003), prosentase keluhan klimakterik yang muncul pada wanita yang berusia 45-54 tahun adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Prosentase keluhan klimakterik yang muncul pada wanita yang berusia 45-54 tahun dalam Baziad (2003)

1.	Mudah tersinggung, merasa takut, gelisah, dan lekas marah	90%
2.	Gelora panas (<i>hot flushes</i>)	70%
3.	Sakit kepala	70%
4.	Depresi	70%
5.	Cepat lelah, sulit konsentrasi, mudah lupa, kurang bertenaga	65%
6.	Berat badan bertambah	60%
7.	Gangguan tidur	50%

8.	Nyeri tulang dan otot	50%
9.	Jantung berdebar-debar	40%
10.	Obstipasi	40%
11.	Gangguan libido	30%
12.	Kesemutan	25%
13.	Berkunang-kunang	20%

2.1.3 Penatalaksanaan menopause

Penatalaksanaan menopause ada bermacam-macam cara. Cara-cara tersebut menurut Kasdu (2004), antara lain:

1. Terapi sulih hormon (TSH)

TSH atau HRT (*Hormone replacement Therapy*) merupakan pilihan untuk mengurangi keluhan yang muncul akibat menopause juga dapat mencegah perkembangan penyakit akibat dari kehilangan hormon estrogen, seperti osteoporosis dan jantung koroner. Tujuan pemberian TSH adalah sebagai usaha untuk mengganti hormon yang berkurang akibat menopause guna mempertahankan kesehatan wanita yang bertambah tua, namun dosis yang digunakan harus sesuai dengan gejala dan keadaan, karena pemberian yang salah dapat menyebabkan dampak yang merugikan.

2. Olahraga

Pada masa menopause, olahraga ditujukan untuk meningkatkan kebugaran serta meningkatkan kesehatan. Selain itu, manfaat olahraga diantaranya yaitu untuk menguatkan tulang, mencegah terjadinya penyakit, menstabilkan berat badan, meringankan dan menghilangkan keluhan klimaterik dan mengurangi stres. Menurut Nelson (2007) dan Agil (2010), dalam penelitiannya membuktikan bahwa wanita menopause yang aktif memiliki penurunan

cemas, stres, dan depresi. Namun tidak menemukan bahwa olahraga dapat menurunkan gelora panas. Blackburn (2002) juga mengungkapkan hal yang sama yakni yoga dapat menjadi manajemen terapi untuk keluhan klimakterik.

3. Nutrisi

Bertambahnya usia umumnya mengakibatkan banyak keluhan-keluhan kesehatan. Oleh karena itu dibutuhkan asupan makan yang harus disesuaikan dengan gangguan yang dideritanya.

4. Gaya hidup

Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah pola makan yang sehat serta menyesuaikan aktivitas sehari-hari dengan keadaan saat menopause. Sikap pengertian serta pandangan yang cerah dalam melihat perubahan-perubahan fisik yang terjadi juga harus diperhatikan oleh wanita dalam masa ini.

5. Pemeriksaan kesehatan

Deteksi dini dengan melakukan pemeriksaan kesehatan bagi wanita menopause sangat dianjurkan. Sakit atau tidak, sedang menjalani terapi atau tidak, pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan. Dalam setahun sekali, anjuran untuk dilakukan pemeriksaan lengkap laboratorium adalah pemeriksaan jantung, *pap smear*, dan pemeriksaan kanker payudara.

6. Meningkatkan kehidupan religi

Ketenangan jiwa akan menyeimbangkan seluruh kehidupan wanita yang sedang dan sudah dialami. Bertambahnya usia membuat wanita mengalami hampir semua pengalaman, baik berbentuk kepuasan maupun ketidakpuasan. Untuk meningkatkan atau mendapatkan ketenangan batin, wanita harus mengembalikan segala hal yang terjadi kepada Sang Pencipta. Wanita harus

berbesar hati dan menerima apapun yang terjadi karena semua adalah bagian kehidupan yang harus dijalani.

2.2 Konsep Dasar Depresi

2.2.1 Definisi depresi

Depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, namun tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*reality testing ability*, masih baik), kepribadian masih utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian, perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal (Hawari 2008).

Menurut Yosep (2007), depresi adalah satu bentuk gangguan jiwa pada alam perasaan (afektif dan *mood*) yang ditandai kemurungan, kesedihan, kelesuan, kehilangan gairah hidup, tak ada semangat, merasa tidak berdaya, perasaan bersalah atau berdosa, tidak berguna, dan putus asa.

Depresi bukanlah gangguan homogen, tetapi merupakan fenomena yang kompleks. Bentuknya sangat bervariasi sehingga depresi dikenal dengan gejala yang ringan, sedang, berat dengan atau tanpa ciri psikotik, bersamaan dengan gangguan psikiatrik atau gangguan fisik lain (Amir 2005).

2.2.2 Penyebab depresi

Stres merupakan respon tubuh yang sifatnya non spesifik terhadap setiap tuntutan beban dan atau dengan stresor psikososial atasnya. Yakni bagaimana respon tubuh seseorang manakala mengalami beban yang berlebihan. Bila seseorang sanggup untuk mengatasinya artinya tidak ada gangguan fungsi organ tubuh dan tidak mengalami stres. Tetapi bila sebaliknya bila orang tersebut tidak

mampu mengatasinya maka akan mengalami gangguan pada salah satu organ tubuh atau lebih sehingga tidak lagi dapat menjalankan fungsinya dengan baik maka orang tersebut mengalami distress. Dalam perkembangannya, dampak stres ini tidak hanya mengenai gangguan fungsional hingga kelainan organ tubuh, tetapi juga berdampak pada bidang kejiwaan (psikologik dan psikiatrik) yakni kecemasan dan depresi. Respon atau reaksi seseorang terhadap stresor psikososial yang dialami berbeda pada tiap-tiap individu. Ada yang hanya stres, cemas atau depresi. Ada juga yang stres kemudian berlanjut ke cemas atau depresi. Stresor psikososial meliputi perkawinan, orang tua, hubungan antar pribadi, pekerjaan, lingkungan, keuangan, hukum, perkembangan, penyakit fisik, faktor keluarga dan trauma (Hawari 2008).

Menurut Hogstel (1995), depresi dapat disebabkan oleh 2 teori yaitu teori psikososial dan biokimia, selanjutnya akan dijelaskan pengertiannya:

1. Teori psikososial

Teori psikososial berfokus pada kehidupan mental seseorang, hubungan dengan orang lain dan kejadian dalam hidup dapat memicu terjadinya depresi. Teori ini mencakup psikoanalisis, (environmental) hubungan dengan lingkungan, psikodinamik, dan penjelasan kognitif untuk tingkat depresi.

1) Psikoanalisis

Respons seseorang dalam kehilangan, kemarahan, perlawanan dalam diri, serta penurunan kejiwaan seseorang.

2) Environmental

Hubungan dengan stresor (konflik, kehilangan yang mendalam, penyerangan terhadap harga diri), keadegan sistem pendukung, dan karakteristik ekspresi depresif.

3) Psikodinamik

Perkembangan diri/ personal selama hidup dan trauma masa lalu.

4) Kognitif

Berupa penguatan/kebiasaan negatif terhadap diri sendiri, orang lain, dan masa depan.

2. Teori biokimia

Teori ini dibagi 2 yaitu teori genetik dan teori neuroendrokin.

1) Teori genetik mendukung faktor bawaan/keturunan sebagai penyebab depresi.

2) Neuroendokrin, ketidakseimbangan neuro di otak dikaitkan sebagai penyebab depresi. Aktivitas dari dopamin, norepinefrin, serotonin, dan epinefrin telah diteliti dengan cermat. Penurunan hormon-hormon juga penyebab utama depresi yang terjadi terutama pada orang dewasa. Perhatian juga ditujukan pada pola kortisol dan hormon tiroid karena banyak orang depresi memiliki respon abnormal pada *thyrotropin-releasing hormone* atau keberadaan *dexamethasone*.

Menurut Surbakti (2010), penyebab depresi bermacam-macam namun dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

1. Fisiologis/biologis

1) Karena penyakit yang menahun

- 2) Karena kurang nutrisi, tidur dan olah raga
- 3) Gangguan kelenjar endokrin yang menyebabkan ketidak seimbangan hormonal.
- 4) Ketidak seimbangan hormon steroid.
- 5) Kekacauan hipotalamus.
- 6) Infeksi otak dan gangguan susunan saraf.
- 7) Ketidak seimbangan mineral dalam tubuh.
- 8) Ketidak teraturan siklus menstruasi pada wanita menopause.

2. Psikologis

- 1) Duka cita
- 2) Kesedihan yang mendalam
- 3) Pekerjaan
- 4) Kehilangan sesuatu yang disayangi
- 5) Kesepian
- 6) Masalah studi

Menurut Soejono (2000), menyatakan bahwa depresi dapat disebabkan oleh tiga faktor, antara lain:

1. Faktor biologis

Dipengaruhi oleh karena kehilangan dan kerusakan sel-sel saraf maupun neurotransmitter, adanya penyakit yang selanjutnya menimbulkan fungsi tubuh dan ketergantungan pada orang lain akhirnya memudahkan terjadinya depresi.

2. Faktor psikologik

Faktor yang mempengaruhi meliputi kehilangan orang yang dicintai, kehilangan harga diri atau kurang rasa percaya diri dan ketidakberdayaan karena menderita penyakit kronis.

3. Faktor sosial

Kesepian, berkabung, merasa sendiri, konflik individu dan interpersonal serta berkurangnya interaksi sosial dapat mencetuskan terjadinya depresi.

2.2.3 Manifestasi klinis depresi

Menurut Beck (1988), manifestasi klinis depresi meliputi perubahan suasana hati, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan diri, rasa bersalah, perasaan dihukum, tidak menyukai diri, tuduhan terhadap diri sendiri, ide bunuh diri, menangis, mudah tersinggung, penarikan sosial, citra tubuh, kesulitan pekerjaan, insomnia, kelelahan, perubahan nafsu makan, berat badan, kepuasan gambaran diri, dan hilangnya libido.

Hawari (2008), menyebutkan bahwa banyak sekali manifestasi klinis yang muncul pada depresi yaitu:

1. Afek disforik, yaitu perasaan murung, sedih, gairah hidup menurun, tidak semangat, merasa tidak berdaya.
2. Perasaan berdosa, bersalah dan penyesalan.
3. Nafsu makan menurun.
4. Berat badan menurun.
5. Konsentrasi dan daya ingat menurun.
6. Gangguan tidur seperti insomnia yakni sulit tidur ataupun sebaliknya hipersomnia yakni terlalu banyak tidur. Gangguan ini seringkali disertai

dengan mimpi-mimpi yang tidak menyenangkan, misalnya mimpi orang yang telah meninggal.

7. Agitasi atau reardasi psikomotor (gaduh gelisah atau lemah tak berdaya).
8. Hilangnya rasa senang, semangat dan minat, tidak suka lagi melakukan hobi, kreativitas menurun, produktivitas juga menurun.
9. Gangguan seksual (libido menurun).
10. Pikiran-pikiran tentang kematian dan bunuh diri.

2.2.4 Penatalaksanaan depresi

Penatalaksanaan pada seseorang yang mengalami depresi menurut Dharmono dalam Soejono (2000), dibagi menjadi 2:

1. Terapi psikososial

Terapi psikososial adalah terapi yang bertujuan untuk mendukung atau bersifat suportif, membimbing seseorang untuk mengenali aspek-aspek positif dalam kehidupannya, menimalisir kekecewaan hidupnya serta meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah.

2. Terapi biologik

Terapi yang berupa obat-obatan anti depresan, dalam hal ini dianjurkan yang mempunyai efek kardiovaskular minimal, misalnya golongan *selective serotonin reuptake inhibitor*, dengan dosis anjuaran setengah dari dosis dewasa. Dimulai dengan dosis kecil, dinaikkan secara bertahap, selanjutnya dosis pemeliharaan dipertahankan selama 2 sampai 6 bulan. Depresi berat yang tidak bereaksi terhadap obat-obatan dianjurkan pemakaian *electro convulsive therapy*.

2.2.5 Respon psikologis

Adaptasi psikologis merupakan proses penyesuaian secara psikologis akibat beban yang ada, dengan cara memberikan mekanisme pertahanan diri dengan harapan dapat melindungi atau bertahan dari hal-hal yang tidak menyenangkan (Hidayat 2007). Respon psikologis yang dapat muncul pada seseorang yang mengalami gangguan psikis adalah respon adaptif dan maladaptif. Respon psikologis maladaptif merupakan respons kronis dan berulang atau pola respon sesuai berjalannya waktu tidak ditujukan untuk mencapai sasaran adaptasi. Respon psikologis adaptif merupakan kebalikan dari respon psikologis maladaptif yang ditujukan untuk mencapai sasaran adaptasi (Smeltzer 2001).

Menurut Putra (2005), *amygdala* dan *hippocampus* sangat berperan terhadap proses adaptasi seseorang. *Amygdala* dan *hippocampus* merupakan bagian dari sistem limbik. Sistem limbik berfungsi sebagai penghubung fungsi kognitif dan respon emosi. *Amygdala* berhubungan dengan respon emosi sedangkan *hippocampus* berhubungan dengan proses belajar dan memori. Ketika stimulus diterima dan masuk kedalam otak kemudian pesan tersebut dihantarkan ke *amygdala* dan *hippocampus* melalui korteks cerebri terjadi proses berfikir dan emosi. Selanjutnya otak akan mengintegrasikan informasi dan mengatur tingkah laku dan menetapkan respon adaptif atau maladaptif. Sistem limbik dalam suatu momen bisa merangsang hipotalamus untuk menurunkan atau meningkatkan sekresi CRF (*corticotropin releasing factor*) pada anterior pituitary. Ketika CRF turun maka akan terjadi penurunan sekresi ACTH (*adreno corticotropic hormone*), kemudian ACTH mengontak adrenal kortek untuk mengendalikan

sekresi kortisol. Penurunan kadar ACTH dan kortisol menyebabkan respon imun meningkat dan mempengaruhi modulasi emosi dan perilaku positif.

2.3 Konsep Dasar Dukungan Sosial

2.3.1 Definisi dukungan sosial

Secara umum, pengertian dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan atau bantuan yang diterima individu dari orang lain, dimana orang lain disini dapat diartikan sebagai individu perorangan atau kelompok (Sarafino 1996 dalam Oktavia 2002). Dukungan sosial merupakan dukungan emosional yang berasal dari teman, anggota keluarga, serta pemberian perawatan kesehatan yang membantu individu ketika suatu masalah muncul. Dukungan sosial berbeda dengan kontak sosial yang tidak selalu memberikan dukungan emosional namun hanya berupa perbincangan antarteman (Videbeck 2008).

Dukungan sosial digolongkan atas tiga hasil, yaitu merasa diperhatikan, keyakinan bahwa seorang dicintai, dihargai, dan terlihat dalam jaringan yang timbal balik. Jaringan di sini berkaitan dengan individu dan orang-orang yang dengan melalui suatu ikatan yang penting dan berarti memberikan support kepada individu (Worthman et al. 1992 dalam Yuliana 2002).

2.3.2 Bentuk dan fungsi dukungan sosial

Bagaimana individu mengatasi gangguan psikologik tidak hanya tergantung pada sumber internal dalam diri individu tetapi juga tergantung pada sumber eksternal, yaitu sistem dukungan sosial yang dimiliki individu tersebut. Dukungan sosial terbukti dapat mengurangi gangguan yang disebabkan masalah emosional secara efektif (Worthman et al. 1992 dalam Yuliana 2002).

Menurut Sarafino (1996) seperti dikutip dalam Oktavia (2002), bentuk dukungan sosial dapat dibedakan menjadi beberapa bentuk, yaitu:

1. Dukungan emosional

Dukungan ini melibatkan ekspresi rasa empati dan perhatian terhadap individu, sehingga individu tersebut merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan. Dukungan ini meliputi perilaku seperti memberikan dan afeksi serta bersedia mendengarkan keluh kesah orang lain.

2. Dukungan penghargaan

Dukungan ini melibatkan ekspresi yang berupa pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan, dan performa orang lain.

3. Dukungan instrumental

Bentuk dukungan ini melibatkan bantuan langsung, misalnya yang berupa bantuan finansial atau bantuan dalam mengerjakan tugas-tugas tertentu.

4. Dukungan informasi

Dukungan yang bersifat informasi ini dapat berupa saran, pengarahan dan umpan balik tentang bagaimana cara memecahkan persoalan.

Dukungan sosial dapat berfungsi melindungi individu menghadapi stres fisik dan psikologis. Kurangnya dukungan eksternal, baik personal maupun material dapat menciptakan stres yang lebih berat dan melemahkan kemampuan. Selain itu dukungan sosial mempertinggi interpersonal skill, perasaan *efficacy* (kemampuan untuk mencapai apa yang diinginkan), membimbing individu untuk beradaptasi dengan kondisi stres, membentuk *self image* yang positif, harapan yang positif terhadap interaksi orang lain, serta pandangan yang positif terhadap penyesuaian diri dengan orang lain (Sarason 1990 dalam Herdianty 2000).

Cohen dan Wills dalam Rahmah (2005), menjelaskan tentang fungsi dukungan sosial yang berpengaruh terhadap seseorang yang dibagi menjadi dua hal:

1. Pengaruh langsung (*direct effect*),

Dukungan sosial tertinggi yang berpengaruh pada kesehatan fisik dan mental yang diberikan ketika seseorang sedang mengalami masalah atau tidak. Hal ini dikarenakan luasnya hubungan sosial dimana kelompok menyediakan dukungan positif yang stabil sehingga berpengaruh secara fisik dan situasi tersebut akan meningkatkan harga dirinya.

2. Pengaruh yang mendukung (*buffering effect*),

Yaitu dukungan sosial berpengaruh untuk meringankan dampak terjadinya ketegangan pada seseorang dengan adanya kemungkinan pemecahan seperti dukungan emosi, memberikan bimbingan atau nasehat atau beberapa bentuk dukungan yang diberikan untuk meringankan masalah yang sedang dihadapi.

Banyak ahli meneliti tentang berbagai macam dukungan yang bisa diberikan kepada seseorang, lebih khususnya berapa banyak dukungan itu diberikan tetapi dilihat juga jenis stressor sebagai penyebab masalahnya. Cutrina dan Russel (1990) seperti yang dikutip dalam Rahmah (2005), telah merumuskan teori *support matching* yang mengemukakan bahwa dukungan sosial harus disesuaikan dengan permasalahan yang dialami. Mereka mengelompokkan stresor berdasarkan sifat yang dimiliki oleh individu, hubungan yang dijalani, prestasi yang diraih dan peran sosial dalam kehidupan. Selanjutnya stresor dapat dikelompokkan berdasarkan besarnya, sifat yang dimiliki, kemampuan untuk dikontrol dan lama terjadinya.

2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan dukungan sosial

Menurut Thoris (1986) seperti dikutip dalam Yuliana (2002), faktor-faktor yang mempengaruhi efektifitas dukungan sosial adalah:

1. Kesamaan sosial budaya, karena dapat mengurangi kemungkinan bahwa seseorang akan memberikan pertolongan koping yang tidak tepat atau tidak dapat diterima individu.
2. Kesamaan situasional, yakni orang yang mempunyai pengalaman situasi yang sama dapat memahami individu yang sedang mengalami masalah tersebut,
3. Empati dan simpati. Penolong yang empati dapat memberikan kesempatan kepada individu untuk membicarakan perasaannya secara bebas sehingga dapat mengurangi ketegangan yang tertahan.

2.4 Konsep Dasar Keluarga

2.4.1 Definisi keluarga

Definisi keluarga akan berbeda satu dengan yang lainnya, hal ini tergantung cara pandang dan orientasi yang digunakan seseorang dalam mendefinisikan. Setiadi (2008) mengungkapkan dalam bukunya beberapa macam pengertian keluarga dari beberapa sumber yaitu:

1. Bussard dan Ball (1966)

Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Di keluarga itu seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lain, dibentuknya nilai-nilai, pola pemikiran, dan kebiasaannya dan berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar, dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya.

2. WHO (1969)

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan.

3. Duval (1972)

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari setiap anggota keluarga.

4. Helvie (1981)

Keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat.

5. Depkes RI (1988)

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

6. Bailon dan Maglaya (1989)

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi, dalam satu rumah tangga berinteraksi satu dengan yang lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

7. UU No. 10 tahun 1992

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami istri atau suami istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya.

8. Sayekti (1994)

Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang-orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

Dari beberapa pengertian diatas, Setiadi (2008) menyimpulkan bahwa keluarga itu terjadi jikalau ada:

1. Ikatan atau persekutuan (perkawinan/kesepakatan).
2. Hubungan (darah/adopsi/kesepakatan).
3. Tinggal bersama dalam satu atap (serumah).
4. Ada peran masing-masing anggota keluarga.
5. Ikatan emosional.

2.4.2 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Menurut Freeman (1981) seperti dikutip dalam Setiadi (2008) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

1. Menenal masalah kesehatan setiap anggota keluarganya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarganya.
3. Memberikan perawatan terhadap anggota keluarganya yang sakit atau tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda.

4. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

2.4.3 Peranan keluarga

Menurut Setiadi (2008), peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seorang dalam dalam situasi sosial tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan. Peran keluarga dapat diartikan sebagai tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang ddalam konteks keluarga. Jadi peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Dalam UU Kesehatan nomor 23 tahun 1992 pasal 5 menyebutkan “Setiap keluarga berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, dan lingkungan”. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing, antara lain adalah:

1. Ayah

Sebagai pemimpin keluarga, ayah mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik pelindung/pengayom, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga.

2. Ibu

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anak, pelindung keluarga dan juga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga dan juga sebagai anggota kelompok sosial tertentu.

3. Anak

Berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual.

2.4.4 Dukungan sosial keluarga

Menurut Setiadi (2008), dalam semua tahap, dukungan sosial keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan. Studi-studi tentang dukungan keluarga telah mengkonseptualisasi dukungan sosial sebagai koping keluarga, baik dukungan-dukkungan yang bersifat eksternal maupun internal terbukti sangat bermanfaat. Dukungan sosial keluarga eksternal meliputi sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, keluarga besar, kelompok sosial, kelompok rekreasi, tempat ibadah, praktisi kesehatan. Dukungan sosial keluarga internal antara lain dukungan dari suami atau dari istri, dari saudara kandung, atau dukungan dari anak.

Individu yang mendapat dukungan terbukti lebih sehat daripada individu yang tidak mendapatkan dukungan (Buchanan 1995 dalam Videbeck 2008). Selain itu, Bisconti (1999) seperti dikutip dalam Videbeck (2008) mengungkapkan bahwa hubungan sosial yang bermakna dengan keluarga terbukti memperbaiki hasil akhir kesehatan dan kesejahteraan individu.

Jenis dukungan keluarga ada empat menurut Friedman (1998) seperti dikutip dalam Setiadi (2008):

1. Dukungan Instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.
2. Dukungan informasional, yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan informasi).
3. Dukungan penilaian (*Appraisal*), yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga.
4. Dukungan emosional, yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman serta damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

Efek dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi secara bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi. Disamping itu, pengaruh positif dari dukungan sosial keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stres (Setiadi, 2008).

2.6 Depresi Wanita Menopause dan Dukungan Suami

Depresi menopause merupakan penyakit komplikasi yang disebabkan karena banyaknya hal yang terjadi pada kehidupan setengah baya (Dowling 2006 dalam Hardiyanto 2008). Depresi menopause terjadi pada saat menopause atau masa sekitar perimenopause yakni 1-2 tahun sebelum dan sesudah menopause. Hall (1994) membedakan depresi yang terjadi pada menopause menjadi 2, yaitu

depresi reaktif dan depresi endogen. Depresi reaktif biasanya terjadi karena adanya situasi yang menyebabkan stres berhubungan dengan keluarga atau kehidupan lainnya. Tipe yang kedua adalah depresi endogen yang disebabkan karena faktor biokimia.

Menurut Hawari (2008), pemberian motivasi, semangat, dorongan dan dukungan pada seseorang yang mengalami depresi dengan maksud agar orang yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri bahwa ia mampu mengatasi stresor psikososial yang sedang dihadapinya sangatlah penting. Dukungan diartikan sebagai keberadaan atau tersedianya orang-orang pada siapa individu dapat menyalurkan diri, orang-orang yang menunjukkan pada individu bahwa mereka memperhatikan, menghargai, dan mencintai individu. Dukungan dapat diperoleh dari mana saja. Bisa dari pihak keluarga, suami dan tenaga kesehatan. Namun pengaruh dukungan yang paling besar adalah dukungan dari suami. Karena suami merupakan keluarga inti dan orang yang paling dekat dengan seorang wanita (Malau 2010).

Perkawinan merupakan ikatan lahir dan batin antara seorang pria dengan seorang wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk suatu keluarga atau rumah tangga yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa (UU No. 1 Bab I Pasal 1 tahun 1974). Menurut Mayasari (2009), ikatan lahir merupakan ikatan yang nampak dan dapat dilihat, sedangkan ikatan batin tidak tampak secara langsung dan lebih merupakan suatu ikatan yang bersifat psikologis. Lebih lanjut dikemukakan bahwa antara suami dan istri harus ada perasaan saling cinta, terbuka, dan tidak terdapat unsur paksaan.

Dukungan suami merupakan salah satu bentuk interaksi sosial yang didalamnya terdapat hubungan saling memberi dan menerima bantuan yang bersifat nyata. Bantuan tersebut akan menempatkan individu-individu yang terlibat dalam sistem sosial yang pada akhirnya akan mendapatkan cinta, perhatian maupun *sense of attachment* (kasih sayang) baik pada keluarga sosial maupun pasangan (Fatimah 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Larasati (2006), menemukan bahwa, wanita menopause dengan kualitas hidup yang baik memiliki hubungan sosial yang baik juga. Mereka memiliki lingkungan yang mendukung dan semua orang terdekat memberikan kasih sayang serta support sehingga merasa aman, tenang, optimis dan percaya diri.

Cinta, bantuan, pertolongan dan setia seorang suami dan berada di sisi istri akan membuat istri merasa aman ketika seorang dia sedang mengalami masalah dengan kejiwaannya. Ketika seorang suami memahami perasaan dan permasalahan istri serta bersikap sabar, maka istri akan tenang, gelisah berkurang, bisa beradaptasi dengan masalah yang ada dan bisa kembali normal (An-Nu'aimi 2009).

Menurut Friedman (1998) seperti dikutip dalam Setiadi (2008), menerangkan bahwa di dalam suatu keluarga memiliki empat jenis dukungan, yaitu:

1. Dukungan Instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.
2. Dukungan informasional, yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan informasi).

3. Dukungan penilaian (*Appraisal*), yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga.
4. Dukungan emosional, yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman serta damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

2.6 Beck Depression Inventory II (BDI-II)

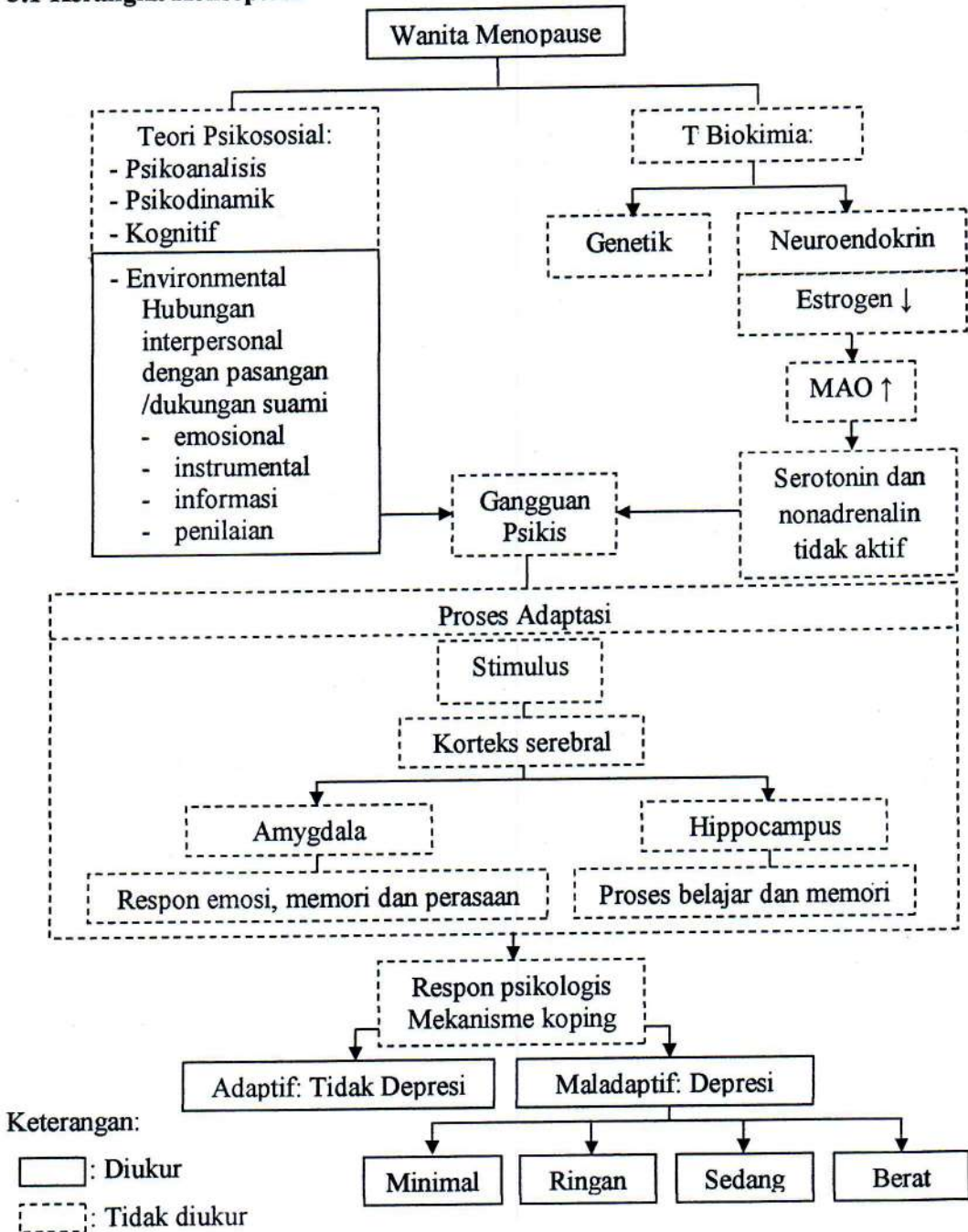
Beck Depression Inventory adalah serangkaian pertanyaan yang dikembangkan untuk mengukur intensitas, keparahan, dan kedalaman depresi seseorang. Instrumen ini ditujukan khusus mengetahui tingkat depresi pada pasien klinik maupun pada pasien yang normal. Alat ini bisa dipergunakan oleh individu dari umur 13-80 tahun. BDI-II ini merupakan edisi terbaru yang berdasar pada kriteria dari diagnosa dan statistik manual gangguan mental edisi keempat (DSM-IV). Setiap item pertanyaan berisikan empat pilihan jawaban mengenai tingkat gejala yang dirasakan. Item pertama untuk mengeksplorasi kegelisahan, perasaan tidak berharga dan gangguan konsentrasi yang terdiri dari atas gejala penurunan berat badan, perubahan *body image*, dan gangguan somatik. Item lain yaitu tentang kesulitan dalam melakukan pekerjaan yang menyebabkan kehilangan banyak energi, kurang atau tidur berlebihan dan nafsu makan turun atau naik (Beck et al).

Alat ukur depresi BDI-II didesain khusus untuk mengetahui gejala depresi seseorang. Pengukuran ini dapat dilakukan oleh profesional maupun diri sendiri. Terdiri dari 21 item pertanyaan yang setiap itemnya diberi nilai 0-3, dan dikelompokkan menjadi depresi minimal, ringan, sedang dan berat (CNSf 2004).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Dukungan Suami dengan Tingkat Depresi pada Wanita Menopause menurut hogstel (1995)

Dalam teori depresi Hogstel (1995), depresi dibagi menjadi 2 teori yaitu yang pertama teori psikososial yang meliputi psikoanalisis, psikodinamik, kognitif dan environmental. Yang kedua adalah teori biokimia yang meliputi genetik dan endokrinologi (hormon). Dalam kerangka konseptual dapat dijelaskan bahwa wanita menopause mengalami perubahan biokimia yakni terjadi penurunan estrogen (Jacob 2005). Ketika wanita mengalami penurunan estrogen, maka terjadi peningkatan produksi enzim monoamin oksidase yang merupakan penonaktif hormon serotonin dan non adrenalin. Hal ini mengakibatkan munculnya gangguan psikis mudah tersinggung, kelelahan, gangguan tidur, cemas, stres dan depresi (Baziad 2003). Selain faktor biokimia, faktor psikososial juga ikut mempengaruhi gangguan psikis wanita menopause. Faktor psikososial berupa hubungan interpersonal dengan suami atau dukungan suami.

Seseorang bisa mendapatkan dukungan dari siapa saja termasuk teman dan keluarga. Keluarga memiliki kontribusi besar untuk menghilangkan perasaan-perasaan negatif yang ditimbulkan (Fauziahningtyas 2009). Bentuk dukungan suami terhadap kondisi depresi bisa berupa dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan penilaian dan dukungan instrumental (Friedman 1998 dalam Setiadi 2008), Suami merupakan komponen dari keluarga, dukungan dari seorang suami merupakan strategi koping yang penting. Menurut Putra (2005), Respon istri terhadap stimulus dukungan suami ditangkap oleh alat indra, stimulus diterima oleh korteks serebral dan dihantarkan ke *amygdala* serta *hippocampus* untuk menjalani proses berfikir dan respon emosi. Setelah melaluinya maka secara bersamaan *hippocampus* dan *amygdala* sepakat untuk menghasilkan suatu respon. Respon yang dihasilkan bisa berupa respon adaptif atau maladaptif.

3.2 Hipotesis

H₁: Ada hubungan dukungan suami dengan tingkat depresi wanita menopause

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara menyelesaikan masalah dengan metode keilmuan. Pada bab ini akan disajikan desain penelitian, kerangka kerja, populasi, sampel, besar sampel dan tehnik pengambilan sampel, identifikasi variabel rencana pengolahan data, masalah penelitian dan keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian jenis survey dimana peneliti langsung berada di lapangan, dengan pendekatan *Cross Sectional* yakni menekankan pada waktu penelitian atau observasi data variabel (dependen dan independen) hanya satu kali pada suatu saat tanpa ada tindak lanjut.

Tabel 4.1 Desain Penelitian Hubungan Dukungan Suami dengan Tingkat Depresi Wanita Menopause

SUBYEK	PENGUMPULAN DATA	
R	S	D

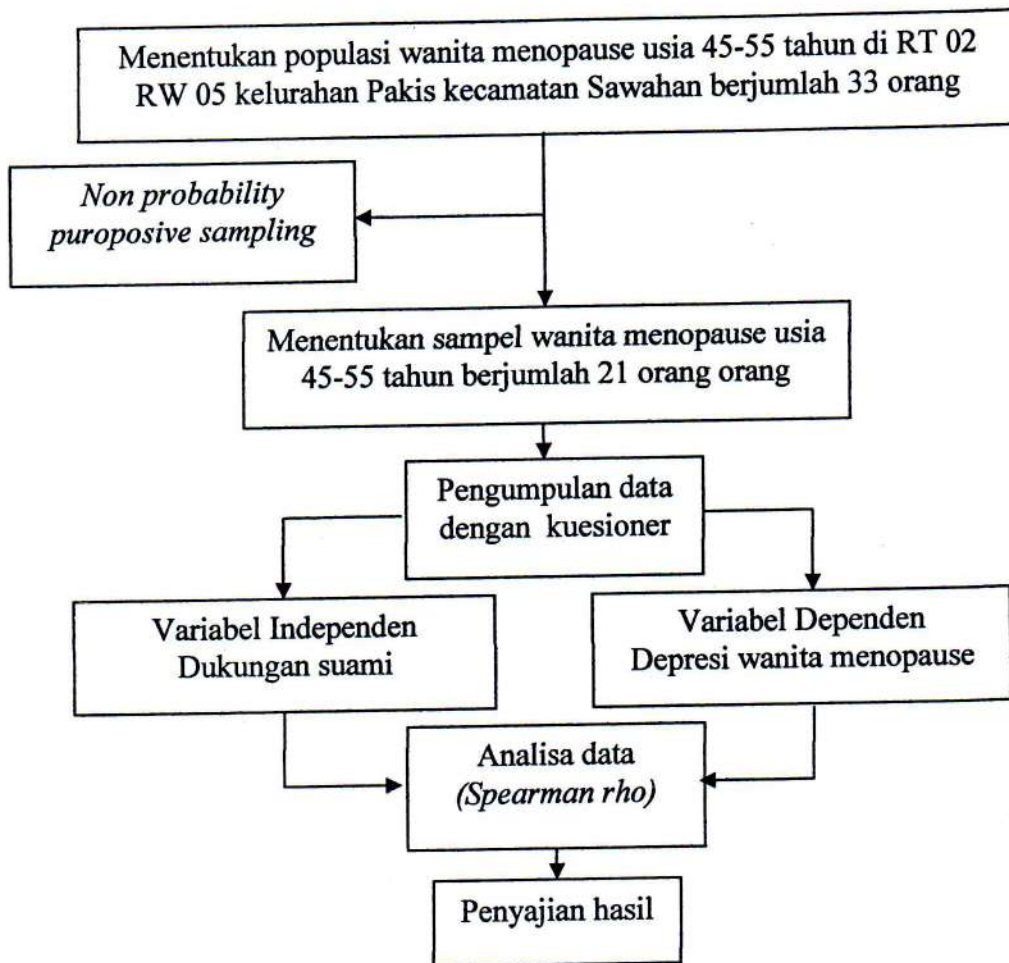
Keterangan:

R : Responden

S : Pengukuran tingkat depresi wanita menopause menggunakan Beck Depression Inventory (BDI-21)

D : Pengukuran dukungan suami pada wanita menopause

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja (*Frame Work*) Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Depresi Wanita menopause usia 45-55 tahun

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua wanita menopause umur 45-55 tahun yang berdomisili di RT 02 / RW 05 kelurahan Pakis kecamatan Sawahan, Surabaya, tahun 2011 berjumlah 33 orang.

4.4.2 Variabel dependen

Variabel dependen/terikat (nilainya ditentukan oleh variabel lain) dalam penelitian ini adalah depresi wanita menopause.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Hubungan Dukungan Suami dengan Tingkat Depresi Wanita Menopause

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen: Dukungan Suami	Keberadaan atau tersedianya suami sebagai sandaran istri dengan menunjukkan pada istri bahwa suami mencintai, menghargai dan memperhatikan istri.	1. Dukungan Emosional (Item 1-5) 2. Dukungan instrumental (Item 6-10) 3. Dukungan informasi (Item 11-15) 4. Dukungan penghargaan/penerimaan (Item 16-20)	Kuesioner (Friedman, 1998)	Ordinal	Kuesioner dengan skala likert yang berisi pernyataan negatif dan positif. Pernyataan bernomor ganjil bersifat positif dengan skor: Selalu : 3, Sering: 2, Jarang: 1, Tidak pernah: 0 Pernyataan bernomor genap bersifat negatif dengan skor: Selalu : 0, Sering: 1, Jarang: 3, Tidak pernah: 3 Skor di total dan diklasifikasi: 0-15: dukungan suami sangat rendah 16-30: dukungan suami rendah 31-45: dukungan suami sedang 46-60: dukungan suami tinggi
Variabel Dependen: Tingkat depresi wanita menopause	Keadaan jiwa/psikologis yang sedang tertekan yang dimanifestasikan dengan kesedihan, hilang gairah hidup tanpa mengalami	1. Kesedihan 2. Pesimisme 3. Kegagalan dimasa lalu 4. Kehilangan kebahagiaan 5. Perasaan bersalah 6. Perasaan dihukum 7. Kecewa dengan diri sendiri	Kuesioner (BDI-II)	Ordinal	Setiap item memiliki nilai antara 0-3. Nilai ditotal menjadi nilai skoring sebagai berikut: Selalu : 3 Sering: 2 Jarang: 1 Tidak pernah: 0 Skor di total dan diklasifikasi: 0-13 :depresi minimal 14-19:depresi ringan

gangguan menilai realitas, kepribadian tetap utuh namun perilaku dapat terganggu ntetapi dalam batas-batas normal	20-28: depresi sedang 29-63: Depresi berat
8. Mengkritik diri sendiri	
9. Pikiran bunuh diri	
10. Menangis	
11. Agitasi	
12. Kehilangan minat	
13. Tidak dapat mengambil keputusan	
14. Perasaan tidak berharga	
15. Kehilangan energi	
16. Perubahan pola tidur	
17. Perasaan mudah tersinggung	
18. Perubahan nafsu makan	
19. Kesulitan dalam konsentrasi	
20. Kelelahan/kelemahan	
21. Kehilangan gairah seksual	

4.6 Pengumpulan dan Pengelolaan Data

4.6.1 Instrumen

Instrumen atau alat penelitian ini menggunakan lembar kuisisioner yang akan digunakan untuk mengukur variabel-variabel penelitian berdasarkan jawaban yang diberikan responden pada saat pengambilan data. Pengukuran dukungan suami menggunakan kuisisioner yang disusun oleh penulis sendiri dengan mengacu pada teori Friedman (1998) menggunakan skala linkert berisi 20 item pertanyaan mengandung 4 macam jenis dukungan yakni dukungan emosional, penghargaan/penerimaan, instrumental, dan informasi. Masing-masing jenis dukungan tersebut dijabarkan dengan 5 buah pernyataan.

Pengukuran variabel dependen yaitu depresi wanita menopause menggunakan *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II). BDI-II adalah serangkaian pertanyaan dikembangkan untuk mengukur intensitas, keparahan, dan kedalaman depresi. Form terdiri dari 21 pertanyaan, masing-masing dirancang untuk menilai gejala yang spesifik umum di antara orang-orang dengan depresi. Instrumen ini dirancang oleh Aaron T. Beck, pelopor dalam terapi kognitif. Pertanyaan individu dari BDI-II menilai suasana hati, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan diri, rasa bersalah, hukuman, tidak menyukai diri, self-tuduhan, ide bunuh diri, menangis, mudah tersinggung, penarikan sosial, citra tubuh, kesulitan pekerjaan, insomnia, kelelahan, nafsu makan, berat badan, kepuasan gambaran diri, dan hilangnya libido. Pertanyaan 1 sampai 13 menilai gejala yang psikologis. sedangkan item 14 sampai dengan 21 menilai gejala yang lebih fisik (*Eyclopedia of mental disorder*).

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi pada penelitian ini adalah di RT 02 / RW 05 kelurahan Pakis kecamatan Sawahan, Surabaya. Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei-Juni 2011.

4.6.3 Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data diawali dengan meminta surat pengantar dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk diberikan kepada Kepala Puskesmas Pakis dan Ketua RT 02 / RW 05 kelurahan Pakis kecamatan Sawahan, Surabaya. Selanjutnya mengurus surat kelengkapan ijin penelitian ke Dinas Kesehatan (Dinkes) dan Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat (Baskesbang Polinmas). Kemudian surat dari dinas terkait diberikan kepada Puskesmas serta kelurahan untuk dibuatkan surat pegantar penelitian kepada ketua RT setempat. Setelah mendapat surat serta izin dari puskesmas serta kelurahan, maka peneliti segera menemui Ketua RT untuk mengambil data jumlah serta alamat wanita menopause umur 45-55 tahun di wilayah tersebut. Peneliti dibantu oleh ibu ketua PKK dalam menyeleksi data calon responden, dengan berpedoman pada kriteria inklusi yang sudah ditentukan di temukan 33 wanita menopause 21 calon responden yang sesuai dengan kriteria inklusi. Setelah proses penyeleksian selesai maka peneliti segera mengkonfirmasi data ke tiap-tiap calon responden dengan cara *door to door* yakni mendatangi rumah masing-masing responden. Ketika sampai pada rumah calon responden, peneliti menjelaskan maksud kedatangan dan penelitian yang dilakukan. Setelah itu peneliti memberikan surat persetujuan menjadi responden kepada calon responden untuk ditandatangani. Kemudian peneliti memberikan lembar kuesioner tingkat depresi dan dukungan suami untuk diisi responden sendiri .

Selama pengisian, responden didampingi oleh peneliti untuk mengantisipasi kesulitan responden dalam mengisi kuesioner. Setelah lembar kuesioner terisi lengkap, maka lembar kuesioner diserahkan kepada peneliti saat itu juga. Masing-masing kegiatan dilakukan satu kali tanpa ada *follow up* dan dilakukan peneliti sendiri. Semua data yang terkumpul dicatat dalam lembar pengumpulan data.

4.6.4 Cara analisa data

Data yang telah lengkap dan terkumpul dilakukan *editing* (penyuntingan), hal ini untuk menghindari terjadinya kesalahan. Setelah itu dilakukan *coding* (penandaan) serta *entry* data sesuai dengan keperluan dan tujuan penelitian sehingga mempermudah untuk analisis.

Analisis data dalam penelitian hubungan dukungan suami dengan tingkat depresi wanita menopause usia 45-55 tahun ini menggunakan uji statistik *korelasi spearman rho* dengan derajat kemaknaan atau tingkat *signifikansi* ($\alpha \leq 0,05$). Sedangkan untuk menentukan kekuatan hubungan kedua variabel dapat dilihat dari koefisien korelasinya (r) (Tabel 4.3)

Dari hasil perbandingan tersebut akan ditentukan apakah hipotesa di terima atau ditolak. Apabila hasil uji statistik dengan *spearman rho* menunjukkan $\alpha \leq 0,05$, maka hipotesa nol ditolak dan hipotesa alternatif diterima, artinya ada hubungan antara kedua variabel yang diuji. Analisis data ini menggunakan bantuan komputer.

Tabel 4.3 : Interpretasi Nilai r dalam Sutrisno Hadi dalam Arikunto (2002)

Besarnya Nilai r	Interpretasi
0.800 – 1.000	Tinggi
0.600 – 0.800	Cukup

0.400 – 0.600	Agak Rendah
0.200 – 0.400	Rendah
0.000 – 0.200	Sangat Rendah (Tidak Berkorelasi)

Sumber : Sutrisno Hadi dalam Arikunto (2002), hal : 245

4.7 Masalah Etika

4.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan diedarkan sebelum penelitian dilaksanakan agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian, dan responden bersedia maka responden menandatangani persetujuan tersebut.

4.7.2 *Anonymity* (Tanpa Nama)

Responden tidak perlu mencantumkan nama pada lembaran persetujuan untuk mengetahui keikutsertaan responden peneliti cukup dengan memberi tanda atau kode pada lembar persetujuan.

4.7.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin peneliti. Hanya data tertentu saja yang akan dicantumkan sebagai hasil penelitian.

4.7.3 Keterbatasan

Peneliti menyadari bahwa terdapat hambatan atau kelemahan dalam penyusunan skripsi ini antara lain:

1. Instrumen dukungan suami dirancang oleh peneliti sendiri, oleh karena itu validitas dan reliabilitasnya masih perlu diuji coba.
2. Responden berasal dari 1 RT saja sehingga kurang mewakili gambaran kasus di kelurahan pakis.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data kuisioner hubungan dukungan suami dan data tingkat depresi wanita menopause di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya. Penyajian Hasil akan dilengkapi dengan uji statistik korelasi *Spearman's Rho*, Untuk mengetahui hubungan antara variabel dengan fasilitas program aplikasi PASW *Statistics 18* dengan tingkat kemaknaan atau tingkat *signifikasi* $\alpha \leq 0,05$.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum dan lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di lingkup kerja Puskesmas Kelurahan Pakis. Kelurahan Pakis terdiri dari 10 RW dan 93 RT berupa pemukiman padat penduduk dengan penduduk tetap 40,163 jiwa pada tahun 2010 dengan rincian sebanyak 20,063 penduduk berjenis kelamin laki-laki dan 20,100 penduduk berjenis kelamin perempuan. Menurut usia sebanyak 25% berusia 26-40th, sebanyak 21% berusia 41-59th, 17% berusia 10-16th, 10% berusia 18-25th, 10% berusia 6-9th, 7% berusia diatas 60th, 7% berusia dibawah 5th, dan 3% berusia 17th.

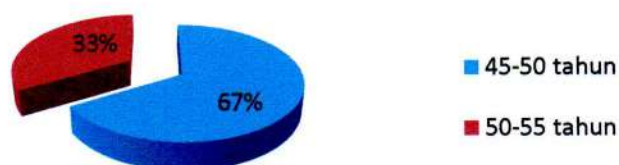
Tingkat pendidikan rata-rata penduduk pakis yaitu SLTP sebanyak 8,784 jiwa, sebanyak 6,174 jiwa tamat SD, 7,633 jiwa tamat SLTA, 122 jiwa tamat akademi, 187 tamat diploma, 544 jiwa tamat S1 dan 97 tamat S2. Mata pencaharian penduduk pakis bermacam-macam, banyak diantaranya menjadi pegawai PNS/BUMN/BUMD yakni seekitar 55% dari 8,967 jiwa, 25%

merupakan seorang wiraswasta dan 20% sisanya bekerja sebagai TNI, POLRI, buruh, pensiunan, dan lain sebagainya.

Spesifikasi lokasi dilakukannya penelitian ini adalah kelurahan pakis RW 05 yang memiliki 10 RT. RT yang terpilih menjadi lokasi penelitian adalah RT 02. Lokasi daerah RT 02 merupakan pemukiman yang sangat padat penduduk yang terdiri dari ratusan keluarga. Menurut data RT, wanita usia 45-55th berjumlah sekitar 33 jiwa dan 9 diantaranya adalah janda. Objek penelitian ini adalah wanita menopause umur 45-55th yang masih memiliki suami.

5.1.2 Data umum

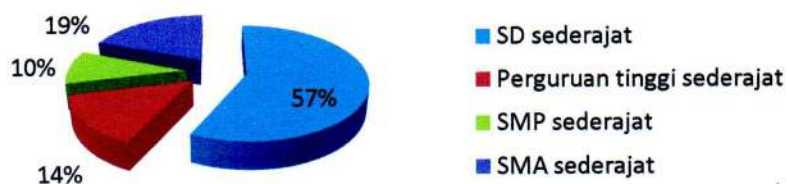
1. Distribusi responden berdasarkan usia



Gambar 5.1 : Diagram pie distribusi responden berdasarkan usia di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya

Berdasarkan gambar 5.1 di jelaskan bahwa mayoritas responden berusia 45-50 tahun yakni berjumlah 14 orang dari 21 responden yang ada. Sedangkan usia 50-55 tahun sebanyak 7 orang.

2. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan

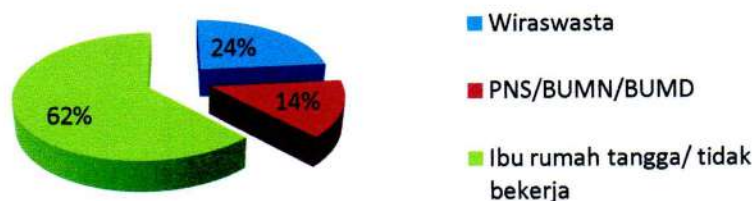


Gambar 5.2 : Diagram pie distribusi responden berdasarkan pendidikan di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya

Berdasarkan gambar 5.2 responden dengan tingkat pendidikan SD sederajat mendominasi dibandingkan tingkat pendidikan yang lainnya yakni 12

dari 21 responden yang ada. Sedangkan tingkat pendidikan yang paling sedikit adalah SMP sederajat yakni 2 responden. Tingkat pendidikan yang lainnya yaitu SMA berjumlah 4 responden dan 3 responden sisanya mengenyam perguruan tinggi.

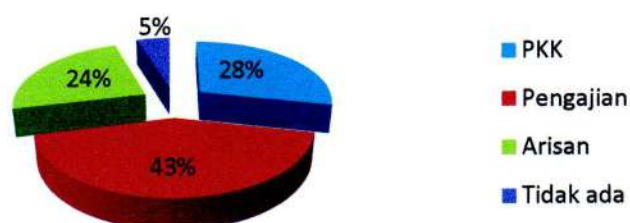
3. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan



Gambar 5.3 : Diagram pie distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya

Dari data diatas, diagram pie 5.3 menyebutkan bahwa rata-rata reponden adalah ibu rumah tangga yang tidak bekerja. Jumlah mayoritas ibu rumah tangga tidak bekerja ini sebanyak 13 orang sedangkan pekerjaan minoritas adalah pegawai PNS/BUMD/BUMN yakni sebanyak 3 orang. Semakin banyak beban kerja mengakibatkan peningkatan beban pikiran seseorang. Meskipun begitu, bukan berarti orang yang tidak bekerja selalu memiliki beban pikiran yang kecil.

4. Distribusi responden berdasarkan kegiatan yang diikuti

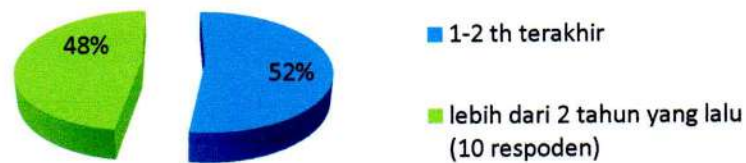


Gambar 5.4 : Diagram pie distribusi responden berdasarkan jenis kegiatan di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya

Jenis kegiatan disini adalah berupa kumpulan atau organisasi di luar rumah yang dilakukan rutin dan memiliki jadwal pertemuan. Berdasarkan gambar diagram pie 5.4 sebanyak 9 responden memilih pengajian untuk mengisi kegiatan

diluar rumah. Jenis kegiatan pengajian ini merupakan jenis kegiatan mayoritas yang banyak dilakukan oleh responden. Disusul dengan PKK sebanyak 6 responden, pengajian sebanyak 5 responden dan yang terakhir 1 responden tidak memiliki kegiatan diluar rumah.

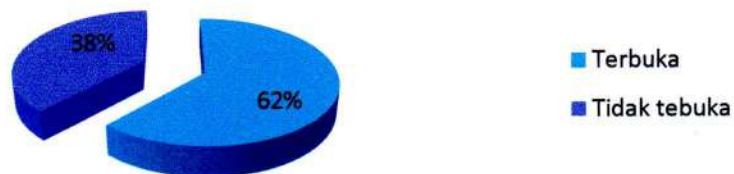
5. Distribusi responden berdasarkan waktu terakhir haid



Gambar 5.5 : Diagram pie distribusi responden berdasarkan waktu terakhir haid di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya

Gambar diagram 5.5 diatas menunjukkan sebanyak 11 responden mengalami masa menopause 1-2 tahun terakhir .

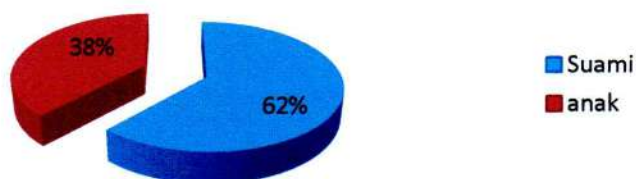
6. Distribusi responden berdasarkan keterbukaan dengan seseorang



Gambar 5.6 : Diagram pie distribusi responden berdasarkan keterbukaan dengan seseorang di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya

Dari gambar diagram pie 5.6 diatas sebanyak 13 responden menyatakan bahwa ketika mereka mengalami suatu permasalahan, mereka menceritakan permasalahan tersebut kepada orang lain. Sedangkan 8 orang dar 21 responden menyatakan bahwa ketika memiliki sebuah permasalahan, mereka memendam masalah tersebut dan tidak menceritakannya dengan orang lain.

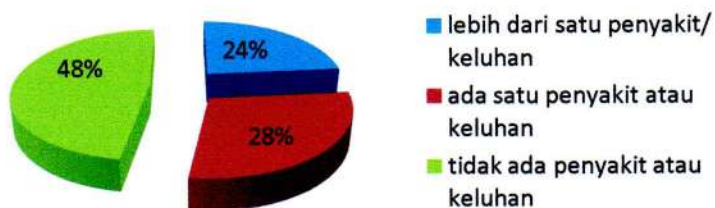
7. Distribusi responden berdasarkan orang yang terdekat



Gambar 5.7 : Diagram pie distribusi responden berdasarkan orang yang terdekat di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya

Berdasarkan gambar diagram pie 5.7 disebutkan bahwa mayoritas responden yakni 13 dari 21 responden lebih dekat dengan suami dan sisanya yakni 8 responden lebih dekat dengan anaknya. Orang terdekat disini yaitu orang yang seringkali menjadi sandaran dan kepercayaan responden.

8. Distribusi responden berdasarkan penyakit dan keluhan yang terjadi

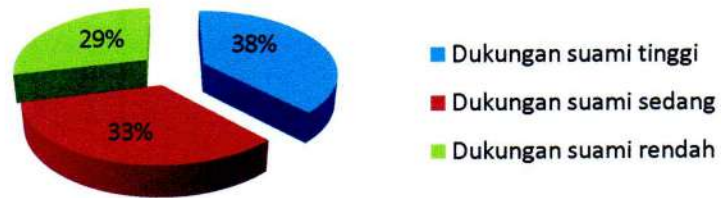


Gambar 5.8 : Diagram pie distribusi responden berdasarkan penyakit dan keluhan yang terjadi di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya

Dari data diatas, mayoritas responden tidak memiliki penyakit atau keluhan saat ini. Sebanyak 10 responden tidak memiliki penyakit atau keluhan sama sekali. Sedangkan minoritas responden yakni sebanyak 5 orang memiliki lebih dari satu penyakit dan keluhan sedangkan yang lainnya yakni 6 responden hanya memiliki 1 keluhan atau penyakit yang diderita.

5.1.3 Data Khusus

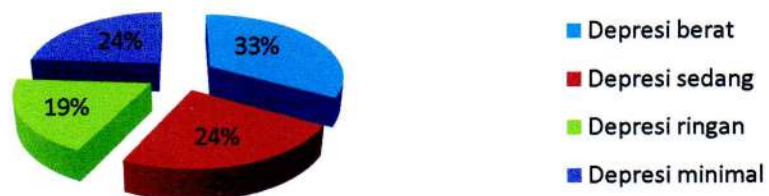
1. Distribusi responden berdasarkan tingkat dukungan suami



Gambar 5.8 : Diagram pie distribusi responden berdasarkan tingkat dukungan suami pada wanita menopause di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya

Berdasarkan gambar diagram pie 5.8 dapat dilihat bahwa mayoritas responden yakni 8 responden mendapat dukungan suami tinggi, sedangkan minoritas yakni sebanyak 6 responden mendapatkan dukungan suami rendah dan sisanya yakni 7 orang responden mendapatkan dukungan suami sedang. Komponen-komponen dukungan suami yang diterima responden yakni berupa dukungan emosional, instrumental, informasi, dan penghargaan.

2. Distribusi responden berdasarkan tingkat depresi



Gambar 5.8 : Diagram pie distribusi responden berdasarkan tingkat depresi wanita menopause di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya

Dari diagram pie diatas dapat di lihat bahwa mayoritas responden yakni 7 orang mengalami depresi berat. Kelompok depresi ringan merupakan tingkatan depresi yang paling sedikit dialami responden. Responden yang mengalami

tingkat depresi ringan sebanyak 4 orang. Sedangkan responden yang mengalami depresi sedang dan minimal masing-masing sebanyak 5 orang.

3. Hubungan dukungan suami dengan tingkat depresi

Tabel 5.1 Hubungan dukungan suami dengan tingkat depresi pada wanita menopause di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya

Hubungan Tingkat Depresi	Dukungan Suami			Total
	Tinggi	Sedang	Rendah	
Minimal	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)
Ringan	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)	4 (100%)
Sedang	2 (40%)	3 (60%)	0 (0%)	5 (100%)
Berat	0 (0%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	7 (100%)
Total	8 (38,1%)	7 (33%)	6 (28,6%)	21 (100%)

Significant (p): 0,000
Koefisien Korelasi Spearman's Rho (r):0,835

Menurut data tabulasi dan diagram yang ditunjukkan serta tabel 5.1 yang menggambarkan hubungan tingkat dukungan suami dengan tingkat depresi pada wanita menopause di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya, bahwa semakin rendah dukungan suami akan mempengaruhi tingkat depresi seseorang sehingga dapat mengganggu proses adaptasi seseorang dalam mengembangkan mekanisme coping yang baik. Hasil perhitungan uji korelasi *Spearman's Rho (r)* memperlihatkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan tingkat depresi wanita menopause RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis Kecamatan Sawahan Surabaya dengan nilai $(p) = 0,000$ sehingga $(p) < \alpha = 0,05$ yang berarti hipotesa nol ditolak dan dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara 2 variabel. Selain itu di dapatkan koefisien korelasi $(r) = 0,835$ yang mendekati 1 (korelasi sempurna) serta nilai r adalah positif, berarti

semakin rendah dukungan suami maka semakin tinggi tingkat depresi wanita menopause. Demikian sebaliknya.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Dukungan suami

Dukungan suami yang diterima oleh responden dibagi menjadi katagori rendah, sedang dan tinggi. Dikatakan dukungan suami rendah apabila suami tidak/jarang mendukung istri. Sedangkan dukungan suami tinggi yakni apabila suami mendukung istri hampir setiap saat, dan untuk dukungan suami sedang berada di tengah-tengahnya. Dari data yang diperoleh, di temukan bahwa mayoritas responden mendapatkan dukungan suami yang tinggi yakni sebanyak 8 responden.

Menurut Friedman (1998) seperti yang dikutip dalam Setiadi (2008), dukungan dibagi menjadi empat jenis yakni dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan penerimaan/penghargaan dan dukungan informasi. Dukungan suami merupakan interaksi seseorang suami kepada pasangan untuk saling memberikan cinta, perhatian maupun *sense of attachment* (kasih sayang) (Fatimah 2009). Penelitian yang dilakukan Larasati (2006), menemukan bahwa tingkat kesehatan psikologis wanita menopause dipengaruhi oleh tingkat dukungan yang didapatkan. Jika seseorang mendapatkan dukungan dan kasih sayang maka akan muncul rasa aman, tenang, optimis dan percaya diri.

Dukungan suami bermanfaat sangat besar bagi seseorang responden yang mengalami masalah, karena suami memiliki ikatan emosi dan batin yang lebih besar dengan responden dibandingkan dengan orang lain. Dukungan yang diberikan merupakan suatu dukungan untuk memberikan semangat hidup,

menyadarkan bahwa masih ada orang lain yang peduli, membuat wanita merasa berharga dan berarti bagi keluarga. Dukungan suami secara universal seperti yang telah disebutkan diatas memiliki 4 komponen dukungan. Dukungan emosional berupa perhatian yang dapat menimbulkan perasaan dicintai pada diri wanita sehingga membuat responden merasa aman dan damai. Dukungan informasi berupa saran untuk membantu responden dalam mengatasi permasalahan yang dialami. Dukungan instrumental yakni berupa bantuan fisik sesuai dengan kebutuhan responden dan yang terakhir adalah dukungan penerimaan dan penghargaan yaitu memberikan umpan balik terhadap apa yang telah dikerjakan wanita serta sebuah ekspresi pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa responden. Keseimbangan dari keempat komponen dukungan ini sangat mempengaruhi respon yang akan muncul. Oleh karena itu keempat komponen ini harus diberikan dengan porsi yang seimbang.

5.2.2 Tingkat depresi

Depresi wanita menopause merupakan gangguan psikologis yang terjadi sekitar 1-2 tahun sebelum dan sesudah menopause. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai tingkat depresi yang berat. Responden yang mengalami tingkat depresi yang berat seluruhnya mendapatkan dukungan suami yang rendah. Mayoritas responden juga memiliki tingkat pendidikan SD sederajat, berusia 45-50 tahun serta rata-rata adalah ibu rumah tangga. Selain itu disebutkan juga bahwa mayoritas responden yang tidak terbuka cenderung mengalami tingkat depresi yang lebih berat.

Depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya

kegairahan hidup, namun tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*reality testing ability*, masih baik), kepribadian masih utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian, perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal (Hawari 2008). Hogstel (1995) mengungkapkan bahwa tingkat depresi wanita menopause dipengaruhi keadekuatan sistem pendukung. Akibat tidak ada atau kurangnya dukungan dari suami dapat memperberat depresi pada wanita menopause itu sendiri. An-Nu'aimi (2009) juga mengungkapkan bahwas ketika seorang suami memahami perasaan dan permasalahan istri serta bersikap sabar, maka istri akan tenang, gelisah berkurang, bisa beradaptasi dengan masalah yang ada dan bisa kembali normal.

Tingkat pendidikan juga mempengaruhi depresi karena terkait dengan pemahaman suatu informasi. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang (Notoatmojo 2007). Selain itu menurut Baziad (2003), keluhan-keluhan pada wanita menopause seiring peningkatan usia wanita akan semakin jarang ditemukan, umumnya hal tersebut mencapai puncak di awal menopause.

Bagi banyak wanita yang baru memasuki menopause merasakan bahwa menopause merupakan pengalaman yang menyakitkan perasaan dan fisik. Perubahan yang terjadi membuat minder dan frustrasi (Kasdu 2004). Keluhan-keluhan yang muncul pada saat menopause dapat mengakibatkan atau memperparah depresi (Sarkar 2006). Wanita menopause seringkali merasa kesepian dan membutuhkan teman bicara maupun dimintai nasehat, untuk itu keterbukaan dan sosialisasi yang positif sangat dibutuhkan untuk mengatasi keadaan psikis yang sedang tergoncang (Purwoastuti 2008).

Tingkat depresi responden sangat dipengaruhi oleh seberapa besar dukungan suami yang didapatkan, hal ini dapat dilihat dari jumlah responden yang mengalami depresi berat seluruhnya memiliki dukungan suami yang rendah. Tingkat depresi responden juga bisa dikaitkan dengan tingkat pendidikan. Hal ini terlihat bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan SD/ sederajat. Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka pengetahuan yang didapatkan juga semakin sedikit. Tingkat pendidikan seseorang akan membantu orang tersebut untuk lebih mudah menangkap dan memahami suatu informasi. Semakin rendah pendidikan seseorang maka tingkat pemahaman juga rendah dan mempengaruhi dalam pengambilan sikap.

Jenis pekerjaan seseorang turut mempengaruhi tingkat depresi yang dialami responden. Hal ini sesuai dengan teori Hawari (2008) yang menyebutkan bahwa semakin banyak beban kerja diidentifikasi sebagai penyebab mayoritas wanita menopause yang bekerja mengalami depresi. Rata-rata responden memiliki status ibu rumah tangga tidak bekerja mengalami depresi berat.

Tingkat depresi responden yang memiliki kegiatan di luar rumah bervariasi, tingkat depresi responden ini tidak dipengaruhi dari jenis kegiatan yang diikuti. Tinggi rendahnya tingkat depresi bisa disebabkan oleh interaksi responden dengan orang-orang yang ditemui pada saat kegiatan di luar rumah. Ketika interaksi bersifat positif maka responden akan terbawa untuk bersifat positif, namun ketika interaksi bersifat negatif maka responden akan terbawa negatif.

Selain beberapa faktor diatas, faktor usia juga merupakan faktor yang mempengaruhi keadaan psikologis responden. Semakin dewasa seseorang maka tingkat kematangan berfikir juga berubah. Faktor usia ini berbanding lurus dengan

waktu terakhir haid yang dialami responden. Semakin lama masa menopause yang telah dialami, maka responden akan lebih menerima keadaan dan lebih pasrah dibandingkan responden yang baru mengalami menopause. Hal ini dikarenakan responden yang baru mengalami menopause seringkali merasa belum/tidak siap menerima dan merasa khawatir dengan perubahan pada dirinya. Beberapa keluhan terkait penyakit yang muncul dan dialami responden, juga dapat mengakibatkan perasaan tidak nyaman. Perasaan tidak nyaman tersebut semakin lama akan mengganggu responden dan lambat laun dapat mengakibatkan depresi.

Keterbukaan seseorang juga sangat mempengaruhi keadaan psikis responden. Seseorang yang memendam permasalahan sendiri, tidak menceritakan pada orang lain dan mencoba ataupun merasa bisa menyelesaikan masalahnya sendiri memiliki tekanan psikologis yang lebih besar dan mempengaruhi kesehatan psikologis. Hal ini terlihat pada keadaan responden yang tidak terbuka dengan orang lain memiliki kecenderungan mengalami depresi yang lebih berat. Selain itu, orang terdekat responden juga memiliki pengaruh pada kesehatan mental responden tersebut. Mayoritas responden dekat dengan suami. Responden yang dekat dan terbuka dengan suami memiliki tingkat depresi yang lebih rendah. Hal ini dikarenakan terdapat kecocokan dan komunikasi yang baik sehingga ketika suami memberikan dukungan yang positif maka istri merasa dihargai.

5.2.3 Hubungan dukungan suami dengan tingkat depresi

Dari hasil tabulasi silang, dapat dilihat bahwa mayoritas responden memiliki tingkat depresi yang berat yakni enam orang. Enam orang ini seluruhnya mendapatkan dukungan suami yang rendah. Sedangkan dukungan suami yang didapatkan oleh mayoritas responden adalah dukungan suami tinggi yakni delapan

orang. Lima dari delapan responden tersebut memiliki tingkat depresi minimal. Namun terdapat dua responden lain yang memiliki dukungan suami yang tinggi namun memiliki tingkat depresi sedang. Masing-masing adalah responden 4 dan 11 serta terdapat satu responden yang mendapatkan dukungan suami tinggi tetapi masih mengalami depresi yang ringan yakni responden 7. Sedangkan untuk tingkat dukungan suami sedang ada satu responden yang mempunyai tingkat depresi yang berat yakni responden 18.

Menurut uji *Spearman's rho* terdapat hubungan antara dukungan suami dengan tingkat depresi wanita menopause yang sangat kuat. Hal ini sejalan dengan teori Putra (2005) yang menyatakan bahwa seseorang merespon sesuai dengan stimulus yang ditangkap oleh alat indra, stimulus tersebut akan masuk ke dalam otak dan menjalani proses berfikir dan respon emosi. Respon yang dihasilkan ini bisa berupa respon adaptif atau maladaptif. Jika seseorang tersebut menganggap bahwa dia dalam situasi yang mengancam, bahaya, tidak mengenakan atau situasi buruk lainnya maka otak akan menghasilkan respon yang negatif. Stimulus disini berupa bentuk dukungan suami yang diberikan sedangkan respon yang dimaksud adalah hasil dari stimulus yang didapatkan yakni berupa keadaan psikis/tingkat depresi wanita menopause. Jadi wanita menopause yang memiliki dukungan suami yang tinggi bisa menekan dan menurunkan tingkat depresi. Selain itu hasil penelitian ini juga sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa dukungan sosial keluarga yakni suami yang adekuat memberikan pengaruh positif terhadap kesehatan dan kesejahteraan keluarga (Setiadi, 2008). Hal tersebut diperkuat oleh Friedman yang mengatakan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh terhadap perilaku positif seseorang.

Hasil data menunjukkan bahwa mayoritas dukungan suami yang didapatkan adalah dukungan suami tinggi namun masih ada yang masih mengalami depresi sedang dan ringan. Pada responden 4 hal itu diakibatkan responden memiliki permasalahan tersendiri dalam keluarganya. Pada saat interaksi, responden menyatakan bahwa suami senantiasa mendukung, namun responden memiliki masalah keluarga yang cukup berat. Responden tersebut menceritakan permasalahan pada peneliti tentang permasalahan yang sedang dialami dengan wajah sedih, berkaca-kaca dan hampir menangis. Meskipun begitu, dukungan suami tetap berarti bagi responden dan responden lebih sabar sehingga tingkat depresinya tidak sampai menjadi depresi berat namun berada pada tingkat depresi sedang. Sedangkan pada responden 11 hal ini bisa dikarenakan karena pada data dukungan suami yakni pada poin dukungan emosional, instrumental dan penghargaan/penerimaan memiliki poin yang tidak tinggi. Pada komponen dukungan emosional, responden mengungkapkan bahwa ketika responden membutuhkan teman bicara suami tidak begitu memperhatikan atau mendengar responden dan pada dukungan instrumental ketika responden mengalami masalah maka suami kurang tanggap dalam mengatasi masalah tersebut. Selain itu pada komponen dukungan penerimaan/penghargaan, responden merasa bahwa ketika responden berhasil melakukan suatu hal yang baik, suami jarang sekali merespon atau memberikan pujian. Hal ini sedikit banyak juga akan mempengaruhi keadaan psikis responden tersebut.

Responden no 7 yang mendapatkan dukungan suami tinggi tetapi masih mengalami depresi ringan bisa dikarenakan responden memiliki tingkat pendidikan SD sederajat. Tingkat pendidikan seseorang sedikit banyak

mempengaruhi tingkat pemahaman dalam penerimaan informasi dan dalam pengambilan sikap. Selain itu responden juga tidak begitu dekat dengan suami, tetapi lebih dekat dengan anak. Karena ikatan emosi yang kuat bisa membantu dalam penerimaan dukungan dan kelancaran komunikasi dengan suami, maka kedekatan dengan suami lebih dibutuhkan.

Pada tingkat dukungan suami sedang juga didapatkan satu responden yang mengalami tingkat depresi yang berat yakni reponden 18. Hal ini bisa disebabkan responden baru memasuki masa menopause. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan responden yang menyatakan bahwa waktu terakhir haid adalah 1-2 tahun terakhir. Dimana di saat itulah seringkali keluhan-keluhan menopause muncul. Selain itu pada komponen dukungan suami, responden menyatakan bahwa suami kurang dalam memberikan dukungan emosional. Disebutkan bahwa suami jarang sekali menenangkan responden ketika responden merasa khawatir selain itu responden juga tidak terlalu terbuka dengan suami karena takut dicap pengeluh. Pada komponen dukungan instrumental suami juga jarang sekali membantu pekerjaan rumah tangga serta seringkali kurang tanggap ketika menyelesaikan masalah. Sedangkan pada komponen dukungan informasi suami juga seringkali tidak memberikan pemecahan masalah yang baik dan seringkali tidak suka ketika responden ingin melakukan suatu kegiatan seperti PKK, arisan dan lain sebagainya. Komponen dukungan penghargaan/penerimaan suami juga disebutkan bahwa suami jarang mendukung dan menghargai keputusan responden serta responden juga merasa kurang pede dengan keadaannya sekarang.

Ketidak- seimbangan dan ketidakmerataan komponen dukungan suami sangat bisa mempengaruhi tingkat depresi responden. Hal ini dikarenakan bahwa

semua komponen dukungan harus diberikan sesuai porsi yang ideal tanpa ada satu komponenpun yang tertinggal.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan dukungan suami dengan tingkat depresi wanita menopause di RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis, Kecamatan Sawahan Surabaya.

6.1 Kesimpulan

1. Mayoritas dukungan suami yang diterima wanita menopause RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis, Kecamatan Sawahan Surabaya adalah dukungan suami tinggi.
2. Mayoritas wanita menopause RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis, Kecamatan Sawahan Surabaya mengalami depresi berat.
3. Terdapat hubungan kuat antara dukungan suami dengan tingkat depresi wanita menopause RT 02 RW 05 Kelurahan Pakis, Kecamatan Sawahan Surabaya karena dukungan suami yang berupa stimulus positif akan direspon positif sehingga responden menunjukkan tingkat depresi yang minimal. Responden yang mendapatkan dukungan suami tinggi tidak ada seorangpun yang mengalami depresi berat. Sedangkan pada tingkat depresi berat, keseluruhan responden mendapatkan dukungan suami rendah.

6.2 Saran

1. Institusi kesehatan dapat memilih salah satu intervensi alternatif yang diperuntukkan bagi aspek psikologis khususnya kasus depresi, dengan melibatkan dukungan dari suami

2. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada kasus depresi wanita menopause, perlu melibatkan suami untuk mengatasi depresi yang dialami wanita tersebut.
3. Bagi wanita menopause dan keluarga, dapat menggunakan dukungan suami untuk menurunkan tingkat depresi dan meningkatkan kualitas hidup wanita menopause. Sehingga diharapkan suami senantiasa memberikan dukungan positif kepada istri dan saling membina hubungan dan komunikasi yang baik.
4. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi untuk penelitian berikutnya. Selain itu, faktor-faktor lain yang berhubungan dengan tingkat depresi seperti faktor usia, pendidikan, jenis pekerjaan, kedekatan dengan anak, dan keluhan serta penyakit yang diderita wanita menopause diharapkan bisa lebih dikembangkan dengan melakukan studi baru.

DAFTAR PUSTAKA

- Agil, A et al. 2010, 'Short-term exercise approaches on menopausal symptoms, psychological health, quality of life in postmenopausal women'. *Jurnal Obstetric and gynecology International Hidawi Publishing Corp.* Vol 2010, doi: 10.1155/2010/274261.
- Amelia, RR 2007, *Peran dukungan suami terhadap kondisi depresi post partum*, Skripsi Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga, Surabaya, hal. 142.
- Amir, Nurmiati, 2005, *Depresi: aspek neurobiologi, diagnosis, dan tatalaksana*, Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, hal. 1-2, 74.
- An-nu'aimi, TK 2009, *Psikologi suami istri*, Mitra Pustaka, Yogyakarta, hal.303-304.
- Arikunto, S 2002, *Prosedur penelitian, suatu pendekatan praktek*, PT. Rineka Cipta, Jakarta, hal. 245.
- Baziad, A 2003, *Endrokinologi ginekologi*, Media Aesculapcius, Jakarta, hal. 82-83.
- Baziad, A 2003, *Menopause dan andropause*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo, Jakarta, hal. 1-3, 7-8, 12, 46.
- Beck, AT Steer, RA & Garbin, GM 1988, *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of Evaluation*. *Clinical Psychology Review* hal. 77-100.
- Beck, AT et al. 1996, *Mood states, depression, pathology beck depression inventory-II*, diakses 20 april 2011, <http://www.psychologyafrica.com/pdf/Products/Beck%20Depression%20Inventory%AE-II%20_BDI%AE-II_.pdf>.
- Blackburn, T 2002, *Yoga therapy for management of hot flushes, depression and anxiety during the perimenopause*, Disertasi, Antioch University Santa Barbara, USA.
- Cohen & Syme, 1996, *Statistical power analysis for the behavioral science*, Lawrence Erlbaum associated, Hillsdale, New Jersey, hal. 58
- CSNforum, 2004, *Depression scales*, diakses 19 april 2011, <www.CNSForum%20_%20Depression%20scales.htm>
- Darmojo, RB dan Martono H 2006, *Buku ajar geriatri ilmu kesehatan usia lanjut*, edisi 3, Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, hal. 158-161.

- Depkes, 2007, *Anemia, menopause, dan osteoporosis*. www.depkes.go.id. Tanggal 29 Maret 2011. Jam 16.55 WIB.
- Fatimah, S 2009, *Hubungan dukungan suami dengan kejadian post partum blues pada ibu primipara*. Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang tidak dipublikasikan, hal. 14.
- Fauziahningtyas, R 2009, *Hubungan dukungan sosial keluarga dengan tingkat stres pasca vonis penjara pada remaja*, Skripsi Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, Surabaya .
- Hall, J & Jacobs R 1994, *Menopause matters: a practical approach to midlife change*, Element Inc, USA, hal. 26.
- Hapsari, H 2007, *Wanita lebih rentan depresi*, diakses 15 Maret 2011, <www.litbang.depkes.go.id>.
- Hardiyanto, D 2008, *Pengaruh per group support terhadap tingkat depresi wanita menopause*. Skripsi Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, Surabaya, hal. 50, 55.
- Hawari, D 2008, *Manajemen stres, cemas dan depresi*, Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, hal. 85, 3, 18-19, 130-163.
- Herdianty, W 2000, *Hubungan antara dukungan suami dengan kecenderungan depresi pada ibu dari anak penyandang autisme*. Skripsi Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga, Surabaya, hal. 25-26.
- Hidayat, AAA 2007, *Pengantar konsep dasar keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta, hal. 67.
- Hogstel, MO 2008, *Geropsychiatric nursing second edition*, Mosby-Year Book Inc, St Louis, hal. 125-126.
- Jacob, TZ 2005, 'Endrokinologi reproduksi pada wanita', dalam H Wikojosastro (ed), *Ilmu kandungan*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo, Jakarta, hal. 74-77, 96-98.
- Kasdu, D 2004, *Kiat sehat dan bahagia di usia menopause*, Puspa Swara, Jakarta, hal. 25-35.
- Kusumawardhani, A 2006, *Depresi perimenopause*, Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, hal. 1-12, 16-20.
- Larasati, T 2006, 'Kualitas hidup pada wanita yang sudah memasuki masa menopause', *Jurnal Fakultas Psikologi*, Universitas Gunadharma.
- Malau, AET 2010, *Hubungan dukungan suami dan kemauan ibu memberikan asi eksklusif di puskesmas teladan medan*, Skripsi Fakultas Keperawatan, Universitas Sumatra Utara, hal. 26.

- Mayasari, DL 2009, *Analisis faktor yang berhubungan dengan kecemasan ibu hamil menghadapi persalinan*, Skripsi Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, Surabaya, hal. 25.
- Mayo, JL 2009, A natural approach to menopause. *Journal Applied Nutritional Science Reports*, CNI 507 8/99 vol. 5, No.7.
- Morgan, H & Hamilton, C 2009, *Obstetri dan ginekologi: panduan praktik*, Edisi 2, EGC, Jakarta, hal. 96.
- Nelson, DB et al. 2007, 'Effect of physical activity on menopause symptoms among urban women', *Medicine dan Science in Sport and Exercise journal of American College of Sport Medicine*, DOI:10.1249/mms0b013e318159d1e4.
- Nursalam & Kurniawati ND 2007, *Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi hiv/aids*, edisi 1, Salemba Medika, Jakarta, hal. 15-17.
- Oktavia, L & Basri, AS 2002, 'Hubungan dukungan sosial yang diterima secara nyata dengan ada tidaknya gangguan depresi pasca persalinan pada ibu dewasa muda', *Jurnal Psikologi Sosial* Vol 8 No. 01, Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, Depok, hal. 17-18.
- Purwoastuti, E 2008, *Menopause, siapa takut?*, Kanisius, Yogyakarta, Hal 27-28.
- Putra, ST 2005, *Psikoneuroimunologi kedokteran*, Gramik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya, hal. 149,161,211.
- Potter & Perry, 2005, *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*, EGC, Jakarta.
- Rahmah, W 2005, *Hubungan antara self efficacy dan dukungan suami dengan tingkat kecemasan terhadap konflik peran ganda pada ibu yang bekerja full time di bri cabang surabaya*, Skripsi Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga, Surabaya, hal. 40.
- Rasmun, 2004, *Stres, coping dan adaptasi teori dan pohn masalah keperawatan*, Sagung Seto, Jakarta, hal. 2-5, 59.
- Sarkar, PD et al. 2006, 'Sociosexual behavioral disturbances in menopause and their prevention by passiflora incarnata', *Jurnal Biomedical research* 2006; 17 3):197-200.
- Simanjuntak, R & Erniyati 2007, Adaptasi psikososial wanita menopause pekerja dan bukan pekerja di perumahan mandala kecamatan percut sei tuan, deli serdang. *Jurnal Keperawatan Rufaidah Sumatra Utara*. Vol 2 Nomor 2, November 2007, Sumatra Utara.
- Setiadi, 2008, *Konsep dan proses keperawatan keluarga*, Graha Ilmu, Yogyakarta, hal. 2,4,7-23,21.

- Soejono, et al. 2000, *Pedoman pengelolaan pasien geriatri*, Pusat Informasi dan Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, hal. 60-64.
- Smeltzer, SC & Brenda GB 2001, *Buku ajar keperawatan medikal bedah brunner dan suddarth*, volume 1, edisi 8, EGC, Jakarta, hal. 132-133.
- Surbakti, EB 2010, *Gangguan kebahagiaan anda dan solusinya*, PT Elek Media Komputido, Jakarta, hal. 185-191.
- Purwoastuti, E 2008, *Menopause, siapa takut?*, Kanisius, Yogyakarta, hal. 11
- Videbeck, SL 2008, *Buku ajar keperawatan jiwa*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, hal. 178.
- Wikojosastro, H 2005, *Ilmu kandungan*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo, Jakarta, hal. 128-131.
- Yuliana, P 2002, *Pengaruh dukungan sosial dan tingkat religiulitas terhadap kecenderungan depresi pada penderita diabetes melitus*, Skripsi Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga, Surabaya, hal. 18, 20-21, 23-25.
- Yosep, I 2007, *Keperawatan jiwa*. Bandung: PT Refika aditama, hal. 101.
- _____, *Eksiklopedi Mental Disorder*, diakses tanggal 2 Mei 2011, <<http://www.minddisorders.com/A-Br/Beck-Depression-Inventory.html>>.
- _____, 1974, UU Perkawinan No. 1 Bab I Pasal 1, diakses tanggal 15 Mei 2011, <http://www.kksp.or.id/id/files/UU_No_1_Tahun_1974_Tentang_Perkawinan.pdf>.

Lampiran 1



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257
 Website : <http://www.ners.unair.ac.id> ; E-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 2 Mei 2011

Nomor : 697 /H3.1.12/PPd/2011
 Lampiran : -
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
 Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
 Ketua RT 2/ RW 5 Kel. Pakis Kec. Sawahan Surabaya
 di -
 Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Fitria Anggraini
 NIM : 010710211 B
 Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Suami Dengan Tingkat Depresi
 Wanita Menopause

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.



Dekan,

Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
 NIP. 196611212000032001 *mc*

Lampiran 2



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257
Website : <http://www.ners.unair.ac.id> ; E-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 26 Mei 2011

Nomor : 032 /H3.1.12/PPd/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa PSIK – FKP Unair

Kepada Yth.
Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perlindungan Masyarakat Surabaya
di –
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Fitria Anggraini
NIM : 010710211 B
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Suami Dengan Tingkat Depresi Wanita Menopause
Tempat : RT02/ RW05 Kelurahan Pakis Kec. Sawahan Surabaya
Waktu : 2 bulan (Mei – Juni 2011)

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan,

Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 196611212000032001

Tembusan:
1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
2. Kepala Puskesmas Pakis
3. Camat Pakis

Lampiran 3



PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jl. Jemursari No. 197. Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8473728
S U R A B A Y A (60243)

SURAT IJIN SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072 / 2011 / 436.6.3 / 2011

Memperhatikan Surat
 Dari : Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan UNAIR
 Tanggal : 25 April 2011
 Hal : Pengambilan Data
 Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :

Nama : **Fitria Anggraini**
 NIM : 010710211 B
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Tujuan Penelitian : Menyusun Karya Tulis Ilmiah
 Tema Penelitian : Hubungan Dukungan Suami dengan Tingkat Depresi Pada Wanita Menopause
 Lamanya Penelitian : Bulan Mei s/d Bulan Juni Tahun 2011
 Daerah / tempat Penelitian : **Puskesmas Pakis**

Dengan Syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan – ketentuan / peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey / penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey / penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya
4. Surat ijin ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat – syarat serta ketentuan seperti diatas

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan Kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan , pengarahan dan bimbingan sepenuhnya. Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 25 April 2011
 KEPALA DINAS
 DINAS KESEHATAN
 dr. Esty Martiana Rachmie
 Perawat Tk. I
 NIP. 19570328 198512.2.001

Lampiran 4



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
 Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2 & 4 Telp. 031- 5473284 Fax. 5343000
SURABAYA 60272

SURAT KETERANGAN

Untuk melakukan Survey / Research
 Nomor : 072 / 8746 / 436.7.3 / 2011

- MENUNJUK** : SURAT : UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
 NOMOR : 966 / H3.1.12 / PPd / 2011
 TANGGAL : 26 Mei 2011
 PERIHAL : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa PSIK – FKP Unair
- MENGINGAT** : 1. Undang – Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah
 2. Perda Kota Surabaya Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Kota Surabaya.
 3. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 90 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya.
 4. Surat Kadit Sospol Prop. Jatim No. 300/1885/303/1999 tentang Proses Perijinan, Survey KKN, PKL dan sejenisnya di Jatim.

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan Riset / Pengabdian Masyarakat oleh :

Nama : FITRIA ANGGRAINI
 Alamat : Lasem RT 001 RW 001 Sedayu Gresik
 Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Keperawatan UNAIR SURABAYA
 Tema / Acara Survey / Riset : HUBUNGAN DUKUNGAN SUAMI DENGAN TINGKAT DEPRESI WANITA MENOPAUSE
 Daerah / Tempat dilakukan survey : KOTA SURABAYA (Dinas Kesehatan, UPTD Puskesmas Pakis, Kecamatan Sawahan)
 Lamanya Survey : 2 (Dua) Bulan, TMT Surat dikeluarkan
 Pengikut : -

Syarat – syarat ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan / peraturan yang berlaku dimana dilakukan kegiatan Survey / Research / Penelitian.
2. Dilarang menggunakan Quistionare diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan Survey / Research / Kegiatan harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya pada Dinas / Instansi yang bersangkutan.
4. Surat Keterangan ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat – syarat serta ketentuan – ketentuan seperti tersebut diatas.

Surabaya, 30 Mei 2011

KEPALA BADAN,



SOEMARNO, SH., M.Hum.
 Pembina Tk. I
 NIP. 19580807 198303 1 025

Tembusan : Kepada

1. Sdr. Gubernur Jawa Timur
 Up. Ka Bakesbangpol Provinsi Jawa Timur
2. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
3. Sdr. Kepala UPTD Puskesmas Pakis Kota Surabaya
4. Sdr. Camat Sawahan Kota Surabaya
5. Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

Lampiran 5



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PAKIS KECAMATAN SAWAHAN
JL. KEMBANG KUNING MAKAM NO. 6 TELPON (031) 5632985
SURABAYA

SURAT PENGANTAR

Nomor : 072 / 161 / 436.6.3.43 / 2011

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Rachmad Tjanderahasan

NIP : 19551119 198710 1 002

Pangkat / Golongan : Pembina / IV a

Jabatan : Kepala Puskesmas Pakis

Dengan ini memberikan rekomendasi kepada :

Nama : Fitria Anggraini

Alamat : Lasem RT 01 RW 01 Sedayu Gresik

Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya

Untuk : Survey di Wilayah Kelurahan Pakis RT 2 RW 5

Tema Survey : Hubungan Dukungan Suami Dengan Tingkat Depresi Wanita
 Menopause

Demikian Surat Pengantar ini dibuat dan digunakan untuk Kepentingan Dinas sebagaimana mestinya.



Surabaya, 8 Juni 2011

Mengetahui

Kepala Puskesmas Pakis



dr. Rachmad Tjanderahasan

NIP. 19551119 198710 1 002

Lampiran 6



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA
KECAMATAN SAWAHAN
KELURAHAN PAKIS**

JL. DUKUH KUPANG TIMUR XX/791 Telp. (031) 5679713 Fax. (031) 5679713
SURABAYA (60256)

SURAT - TUGAS

Nomor : 421/gy /436.11.11.6/2011

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Nuriati, S.Sos.MM
NIP : 19640921 198602 2 003
Pangkat / Golongan : Penata (III/c)
J a b a t a n : Lurah
A l a m a t : Jl. Dukuh Kupang Timur XX/791 Surabaya

Menugaskan kepada :

Nama : Fitria Anggraini
Alamat : Lasem RT.01 RW 01 Sedayu Gresik
Pekerjaan : Mahasiswa Keperawatan UNAIR Surabaya

Untuk melaksanakan Survey diwilayah Kelurahan Pakis RT. 02 RW.05 dengan Tema Survey : Hubungan Dukungan Suami Dengan Tingkat Depresi Wanita Menopause .mulai tgl. 8 Juni 2011 s/d selesai .

Demikian surat tugas ini dibuat agar dilaksanakan dengan baik dan penuh tanggung jawab.



Ditetapkan di : Surabaya
Pada Tanggal : 08 Juni 2011

Nuriati, S.Sos.MM

Penata

NIP. 19640921 198602 2 003

Tembusan :

1. Yth. Sdr. Ketua RW. V
2. Yth. Sdr. Ketua RT. 02 RW. V

Lampiran 7

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Ibu-ibu di RT 02/RW10 Kelurahan Pakis

Kecamatan Sawahan, Surabaya

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir di Program Studi sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, maka saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Peneliti : Fitria Anggraini
NIM : 010710211B
Alamat : JL. Kedung pengkol VI no. 10
No. Telp : 085655263740

Akan melakukan penelitian yang berjudul "Hubungan Dukungan Suami Dengan Tingkat Depresi Wanita Menopause". Tujuan dilaksanakannya penelitian ini yaitu untuk mengetahui adanya hubungan dukungan suami dengan depresi wanita menopause. Untuk kepentingan tersebut, saya memohon kesediaan Ibu/Sdri untuk berkenan menjadi responden penelitian ini. Identitas dan Informasi yang berkaitan dengan Ibu/Sdri akan dirahasiakan oleh peneliti.

Atas partisipasi dan dukungannya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 2011

Hormat saya,

Fitria Anggraini
NIM:010710211B

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
HUBUNGAN DUKUNGAN SUAMI
DENGAN TINGKAT DEPRESI WANITA MENOPAUSE

Oleh:

Fitria Anggraini
010710211B

Setelah mendapat pengertian secukupnya mengenai tujuan diadakannya penelitian ini maka saya menyatakan bersedia untuk menjadi peserta/responden yang dilakukan:

Nama : Fitria Anggraini

Judul : Hubungan Dukungan Suami Dengan Tingkat Depresi Wanita
Menopause

Persetujuan ini saya buat dengan sadar tanpa ada paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 2011

Responden,

(No. Responden :)

FORMAT PENGUMPULAN DATA

No Responden :
 Tanggal penelitian :
 Peneliti : Fitria Anggraini

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama. Kerahasiaan anda terjaga.
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran sangat penting dalam penelitian ini
3. Berilah tanda silang (X) pada pernyataan yang anda pilih
4. Dalam penelitian ini tidak ada yang benar atau salah
5. Usahakan tidak ada pertanyaan yang terlewatkan
6. Setelah semua diisi dimohon untuk diserahkan kembali
7. Kode diisi peneliti, silahkan dikosongi

Data demografi:

Kode

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. Usia | | <input type="checkbox"/> |
| a) 45-50 tahun | b) 50-55 tahun | |
| 2. Pendidikan terakhir | | <input type="checkbox"/> |
| a) SD/MI | c) SLTA/SMA/SMK/MA | |
| b) Perguruan tinggi | d) SLTP/SMP/MTs | |
| 3. Pekerjaan saat ini | | <input type="checkbox"/> |
| a) Wiraswasta | c) Ibu rumah tangga/tidak bekerja | |
| b) PNS/BUMN/BUMD | d) lainnya | |
| 4. Kegiatan yang diikuti | | <input type="checkbox"/> |
| a) PKK | d) Lainnya | |
| b) Pengajian | e) Tidak ada | |
| c) Arisan | | |
| 5. Waktu terakhir haid | | <input type="checkbox"/> |
| a) 1-2 tahun terakhir | b) Lebih dari 2 tahun yang lalu | |
| 6. Bila ada masalah, anda bercerita dengan orang lain? | | <input type="checkbox"/> |
| a) Ya | b) Tidak | |
| 7. Siapakah orang yang paling dekat dengan anda? | | <input type="checkbox"/> |
| a) Suami | d) Lainnya | |
| b) Anak | e) Tidak ada | |
| c) Teman | | |
| 8. Penyakit yang diderita dan keluhan yang dirasakan akhir-akhir ini | | |
| 1) | | |
| 2) | | |
| 3) | | |
| 4) | | |

-Terima Kasih-

SUPPORT QUESTIONNAIRE

Petunjuk : Pilihlah satu pernyataan dalam masing-masing kelompok yang paling melukiskan keadaan suami anda. Berilah tanda silang pada kotak yang terdapat disamping kanan pernyataan yang ada. Kolom kode diisi peneliti.

No.	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu	Kode
I						
1.	Suami menenangkan saya ketika saya cemas atau khawatir					
2.	Saya tidak begitu terbuka dengan suami terhadap apa yang saya rasakan karena takut dicap pengeluh					
3.	Suami saya menunjukkan bahwa dia mencintai saya (dengan caranya sendiri)					
4.	Ketika saya membutuhkan teman bicara suami saya tidak begitu memperhatikan atau mendengar saya					
5.	Suami mau mengerti ketika saya sedang sedih dan suami saya berusaha menghibur saya					
II						
6.	Suami saya membantu saya mengerjakan pekerjaan rumah walaupun sedikit.					
7.	Ketika saya sakit suami tidak begitu memperhatikan kebutuhan saya. Kebutuhan saya telah diatur oleh keluarga lainnya.					
8.	Suami saya mengantarkan saya ketika saya butuh memeriksakan kesehatan atau pergi ke suatu tempat					
9.	Saya merasa suami kurang tanggap dalam menyelesaikan masalah					
10.	Suami saya ada ketika saya membutuhkan pertolongan					
III						
11.	Suami saya memberikan nasehat yang positif ketika saya sedang membutuhkan masukan					
12.	Pada saat saya mengalami masalah, suami saya hanya mengatakan hal-hal yang tidak begitu penting dan tak ada hubungannya dengan masalah yang ada.					
13.	Ketika suatu hal yang buruk terjadi, suami saya berusaha menenangkan saya, tidak menyalahkan saya dan mengatakan semua akan baik-baik saja					

14.	Suami saya tidak suka ketika saya mengikuti kegiatan (PKK, Pengajian, Arisan, dan lain-lain)					
15.	Suami bertukar pikiran dan melibatkan saya dalam mengambil keputusan					
IV						
16.	Suami menerima keadaan saya apa adanya sekarang					
17.	Ketika saya berhasil melakukan suatu hal, suami saya berespon biasa-biasa saja atau tanpa memuji saya					
18.	Suami mendukung dan menghargai setiap keputusan yang saya buat					
19.	Suami saya tidak mengerti apa yang saya rasakan dan seolah-olah mengatakan bahwa itu salah saya					
20.	Suami saya tidak berkeluh kesah dan tetap sabar memberi semangat ketika saya sedih					

Terima kasih

BECK DEPRESSION INVENTORY-II (BDI-II)
(Beck, 1996)

Petunjuk : Pilihlah satu pernyataan dalam masing-masing kelompok yang paling melukiskan perasaan anda selama 2 minggu terakhir sampai hari ini. Berilah tanda silang pada kotak yang terdapat disamping kanan pernyataan yang anda pilih. Kolom kode diisi oleh peneliti.

No.	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu	Kode
1.	Saya merasa sedih sepanjang waktu					
2.	Saya merasa masa depan saya suram dan akan bertambah suram					
3.	Ketika saya melihat ke belakang, saya merasa banyak kesalahan dan kegagalan					
4.	Saya tidak menikmati hal-hal yang sebenarnya menyenangkan					
5.	Saya merasa bersalah sepanjang waktu					
6.	Saya merasa permasalahan/musibah yang terjadi pada saya merupakan hukuman atas kesalahan-kesalahan saya					
7.	Saya kecewa dengan diri saya					
8.	Saya menyalahkan diri saya ketika suatu yang buruk terjadi					
9.	Saya berpikiran untuk mengakhiri hidup saya					
10.	Saya menangis					
11.	Saya merasa gelisah dan sulit untuk tenang					
12.	Saya malas melakukan sesuatu					
13.	Saya sulit dalam mengambil keputusan					
14.	Saya merasa tidak berharga dan bertambah jelek					
15.	Saya mudah lelah walau mengerjakan hal kecil					
16.	Saya tidur sepanjang waktu atau bahkan tidak bisa tidur nyenyak					
17.	Saya mudah emosi					
18.	Saya semakin banyak makan atau bahkan semakin tidak nafsu makan					
19.	Saya mengalami kesulitan konsentrasi					
20.	Saya merasa tidak sanggup melewati hari-hari yang melelahkan					
21.	Saya kehilangan minat seks					

Tanda tangan,

Terima Kasih

TABULASI DATA KARAKTERISTIK UMUM RESPONDEN, DUKUNGAN SUAMI DAN TINGKAT DEPRESI

No Resp.	Usia	Karakteristik Umum										Dukungan Suami					Tingkat Depresi	
		Pendi- dikan	Peker- jaan	Kegia- tan	Waktu Terakhir Haid	Keter- bukaan	Orang Terdekat	Kelu- han	Emo- sional	Instru- mental	Infor- masi	Peng- hargaan	Total Skor	Katagori	Skor	Katagori		
1.	1	1	3	3	2	2	2	2	4	8	10	8	30	3	30	4		
2.	1	4	1	2	1	1	2	1	14	10	10	10	44	2	24	3		
3.	2	4	3	2	1	1	1	2	11	10	11	12	44	2	18	2		
4.	1	3	3	2	1	1	1	2	12	12	14	15	53	1	28	3		
5.	1	1	1	2	1	1	1	1	9	9	11	6	35	2	28	3		
6.	1	4	3	2	1	1	1	3	14	15	14	11	54	1	11	1		
7.	2	1	3	3	2	1	2	3	11	11	13	11	46	1	18	2		
8.	2	4	3	1	2	2	1	3	7	12	11	10	30	3	29	4		
9.	2	1	3	2	2	1	1	1	10	11	12	9	42	2	14	2		
10.	2	1	3	2	2	2	2	1	6	4	7	8	25	3	31	4		
11.	2	3	3	2	2	1	1	3	11	11	13	11	46	1	22	3		
12.	1	1	1	1	1	1	1	3	6	9	6	9	30	3	48	4		
13.	1	1	3	1	1	2	1	3	10	11	13	15	49	1	13	1		
14.	1	1	3	1	2	2	2	2	8	10	13	11	42	2	14	2		
15.	1	1	1	2	1	1	1	3	13	11	13	12	49	1	12	1		
16.	2	1	3	3	2	1	2	2	6	6	6	6	24	3	38	4		
17.	1	2	2	1	1	1	1	3	14	13	14	13	54	1	8	1		
18.	1	2	2	3	1	1	1	3	9	9	8	7	33	2	33	4		
19.	1	2	2	1	1	1	1	2	9	13	13	12	47	1	7	1		
20.	1	1	3	4	2	2	2	1	5	6	4	6	21	3	29	4		
21.	1	1	1	3	2	2	2	3	9	7	11	13	40	2	21	3		

Keterangan Kode:

Usia:

1. 45-50 tahun
2. 50-55 tahun

Pendidikan:

1. SD/MI
3. SLTA/SMA/SMK/MA
2. Perguruan tinggi
4. SLTP/SMP/MTs

Pekerjaan:

1. Wiraswasta
2. PNS/BUMN/BUMD
3. Ibu rumah tangga/tidak bekerja

Kegiatan:

1. PKK
3. Arisan
2. Pengajian
4. Tidak ada

Waktu terakhir haid:

1. 1-2 tahun terakhir
2. Lebih dari 2 tahun yang lalu

Keterangan:

1. Terbuka
2. Tidak Terbuka

Orang Terdekat:

1. Suami
2. Anak

Keluhan:

1. Lebih dari 1 keluhan
2. Kurang dari satu keluhan
3. Tidak ada keluhan

Dukungan Suami:

1. 46-60: dukungan suami tinggi
2. 31-45: dukungan suami sedang
3. 16-30: dukungan suami rendah

Tingkat Depresi:

1. 0-13 : depresi minimal
2. 14-19: depresi ringan
3. 20-28: depresi sedang
4. 29-63: depresi berat

Lampiran 11

Frequency Table

Tingkat Depresi Frequency Table

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cummulative Percent
Valid	Minimal	5	23,8%	23,8%	23,8%
	Ringan	4	19,0%	19,0%	42,8%
	Sedang	5	23,8%	23,8%	66,6%
	Berat	7	33,3%	33,3%	100%
	Total	21	100%	100%	

Dukungan Suami Frequency Table

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cummulative Percent
Valid	Tinggi	8	38,1%	38,1%	38,1%
	Sedang	7	33,3%	33,3%	71,4%
	Rendah	6	28,6%	28,6%	100%
	Total	21	100%	100%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatDepresi* DukunganSuami	21	100,0%	0	,0%	21	100,0%

TingkatDepresi * DukunganSuami Crosstabulation

			DukunganSuami			Total
			Tinggi	Sedang	Rendah	
TingkatDepresi	Minimal	Count	5	0	0	5
		% of Total	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Ringan	Count	1	3	0	4
		% of Total	25,0%	75,0%	,0%	100,0%
	Sedang	Count	2	3	0	5
		% of Total	40,0%	60,0%	,0%	100,0%
	Berat	Count	0	1	6	7
		% of Total	0,0%	14,3%	86,7%	100,0%
Total		Count	8	7	6	21
		% of Total	38,1%	33,0%	28,6%	100,0%

Nonparametric Correlations

Correlations			dukungan	depresi
Spearman's rho	Dukungan Suami	Correlation Coefficient	1,000	,835**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	21	21
	Tingkat Depresi	Correlation Coefficient	,835**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	21	21

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

DOKUMENTASI PENELITIAN

