

**PERBEDAAN TINGKAT KECEMASAN PADA WANITA MENOPAUSE
DENGAN WANITA USIA REPRODUKSI DI RW I KELURAHAN
SUKOHARJO KABUPATEN SUKOHARJO**

SKRIPSI

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



**AYU ROMADHONA
G0005067**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2010**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menopause dikenal sebagai masa berakhirnya menstruasi atau haid. Sebagian besar wanita mulai mengalami gejala menopause pada usai 40-an dan puncaknya tercapai pada usia 50 tahun. Kebanyakan mengalami gejala kurang dari 5 tahun dan sekitar 25% lebih dari 5 tahun. Namun bila diambil rata-ratanya, umumnya seorang wanita akan mengalami menopause sekitar usia 45-50 tahun (Rostiana, 2009).

Gejala-gejala yang timbul dan dirasakan mengganggu pada setiap wanita usia menjelang dan semasa menopause berupa haid tidak teratur, *hot flushe*, *night sweat*, jantung berdebar-debar, sakit kepala/migren, vertigo, insomnia, nyeri sendi, nyeri otot, cepat letih, gairah sex menurun, sampai pada perubahan emosi seperti cemas, depresi, dan mudah tersinggung (Anita, 2009).

Adanya perubahan fisik yang terjadi sehubungan dengan menopause mengandung arti yang mendalam bagi kehidupan wanita. Berhentinya siklus menstruasi dirasakan sebagai hilangnya sifat inti kewanitaannya karena sudah tidak dapat melahirkan anak lagi. Akibat lebih jauh adalah timbulnya perasaan tak

berharga, tidak berarti dalam hidup sehingga muncul rasa khawatir akan ada kemungkinan bahwa orang-orang yang dicintainya berpaling dan meninggalkannya. Perasaan itulah yang seringkali menimbulkan kecemasan (Purwanto, 2007).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) ledakan menopause pada tahun-tahun mendatang sulit sekali dibendung dan diperperkirakan pada tahun 2030 nanti akan ada 1,2 miliar wanita yang berusia diatas 50 tahun. Sebagian besar dari mereka (sekitar 80%) tinggal di negara berkembang (Noor, 2001). Sensus Penduduk di Indonesia pada tahun 2000 menyatakan bahwa jumlah perempuan berusia diatas 50 tahun baru mencapai 15,5 juta orang atau 7,6% dari total penduduk, sedangkan tahun 2020 jumlahnya diperkirakan meningkat menjadi 30,0 juta atau 11,5% dari total penduduk (Depkes RI, 2005).

Saat ini umur harapan hidup (UHH) wanita Indonesia adalah 67 tahun dan WHO memperkirakan UHH orang Indonesia adalah 75 tahun pada tahun 2025. Hal ini berarti wanita memiliki kesempatan untuk hidup rata-rata 25 tahun lagi sejak awal masa menopause (Siagian, 2007).

Usia reproduksi adalah usia dimana tingkat kesuburan seorang wanita mencapai puncaknya dan secara seksualitas sudah siap untuk memiliki keturunan. Haid pada masa ini paling teratur dan siklus pada alat kelamin yang dipengaruhi hormon cukup baik untuk kehamilan (Aditama, 2005).

Saat ini, peran wanita telah bergeser dari peran tradisional menjadi modern. Dari hanya memiliki peran tradisional untuk melahirkan anak (reproduksi) dan mengurus rumah tangga, kini wanita memiliki peran sosial dimana wanita dapat berkarir dalam bidang ekonomi-sosial-politik dengan didukung pendidikan yang tinggi. Pergeseran peran ini bukanlah suatu hal yang mudah. Secara tradisional, peran wanita seolah dibatasi dan ditempatkan dalam posisi pasif. Wanita hanyalah pendukung karir suami. Peran wanita yang terbatas pada peran reproduksi dan mengurus rumah tangga membuat wanita identik dengan pengabdian kepada suami dan anak. Sementara wanita modern dituntut untuk berpendidikan tinggi, berperan aktif, dan kritis. Dalam proses pergeseran ini wanita akan mengalami ambivalensi, yakni dengan timbul pertanyaan dalam diri, “Saya harus berpihak pada keluarga atau karir saya”. Tuntutan peran ganda wanita tidak dapat dihindari. Selain menjadi ibu rumah tangga, wanita juga dituntut berkompetisi untuk mengembangkan karirnya. Semua ini memerlukan investasi energi. Konsekuensinya, jika wanita kehabisan energi maka keseimbangan mentalnya terganggu sehingga dapat menimbulkan stres. Stres yang dimaksud disini adalah stres yang menyebabkan ketegangan/penderitaan psikis. Adapun manifestasi stres pada umumnya yaitu: gejala depresi dan gejala anxietas (Dharmono, 2009)

Dengan melihat latar belakang diatas, peneliti melakukan penelitian untuk mengetahui perbedaan tingkat kecemasan pada wanita usia menopause dengan wanita masa reproduksi.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada perbedaan tingkat kecemasan pada wanita usia menopause dengan wanita usia reproduksi?

C. Tujuan Penelitian

Mengetahui adanya perbedaan tingkat kecemasan pada wanita usia menopause dengan wanita masa reproduksi.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Dengan penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang perbedaan tingkat kecemasan pada wanita usia menopause dengan wanita masa reproduksi.

2. Aspek Aplikatif

Diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam dunia kedokteran untuk menanggulangi kecemasan pada wanita usia menopause.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Menopause

a. Definisi Menopause

Menurut arti katanya, menopause berasal dari kata “*men*” berarti bulan, “*pause*” berarti periode atau tanda berhenti, sehingga menopause diartikan sebagai berhentinya secara definitif menstruasi. Menopause secara teknis menunjukkan berhentinya menstruasi, yang dihubungkan dengan berakhirnya fungsi ovarium secara gradual (Purwanto, 2007).

Diagnosis menopause dibuat setelah terdapat amenore sekurang-kurangnya satu tahun. Berhentinya haid dapat didahului oleh siklus haid yang lebih panjang, dengan perdarahan yang berkurang. Umur waktu terjadinya menopause dipengaruhi oleh keturunan, kesehatan umum, dan pola kehidupan (Wiknjosastro, 1994). Sebagian besar wanita mulai mengalami gejala menopause pada usai 40-an dan puncaknya tercapai

pada usia 50 tahun. Bila diambil rata-ratanya, umumnya seorang wanita akan mengalami menopause sekitar usia 45-50 tahun (Rostiana, 2009).

b. Fisiologi

Menopause terjadi karena matinya ovarium. Sepanjang kehidupan seksual seorang wanita, kira-kira 400 folikel primordial tumbuh menjadi folikel vesikuler dan berovulasi, sementara beratus-ratus dari ribuan ovum berdegenerasi. Pada usia sekitar 45 tahun, hanya tinggal beberapa folikel primordial yang akan dirangsang oleh FSH dan LH dan produksi estrogen dari ovarium berkurang sewaktu jumlah folikel primordial mencapai nol. Ketika produksi estrogen turun, estrogen tidak lagi dapat menghambat produksi FSH dan LH, juga tidak dapat merangsang lonjakan LH dan FSH ovulasi untuk menimbulkan siklus osilasi. Sebaliknya, FSH dan LH (terutama FSH) diproduksi sesudah menopause dalam jumlah besar dan kontinyu. Estrogen diproduksi dalam jumlah di bawah nilai kritis untuk jangka waktu yang singkat sesudah menopause, tetapi setelah beberapa tahun, ketika folikel primordial yang tersisa menjadi atarik, produksi estrogen oleh ovarium turun menjadi nol. Hilangnya estrogen sering kali menyebabkan terjadinya proses fisiologis yang bermakna pada fungsi tubuh, termasuk rasa panas yang ditandai dengan kemerahan kulit yang

ekstrem, sensasi psikis dari dispnea, gelisah, letih, kecemasan, kadang-kadang keadaan psikotik yang bermacam-macam, dan penurunan kekuatan dan kalsifikasi tulang di seluruh tubuh (Guyton dan Hall, 1997).

c. Etiologi

Ada tiga macam menopause berdasarkan etiologinya (Wijayakusuma, 2003) yaitu :

- 1) Menopause psikologis, kehilangan secara normal fungsi indung telur karena umur, biasanya mulai pada usia 40 - 50 tahun dan menghasilkan ovulasi yang jarang muncul lagi, penurunan fungsi menstruasi dan akhirnya menstruasi berhenti secara tipikal pada usia 45 dan 55 tahun.
- 2) Menopause patologis (prematur), siklus menstruasi secara bertahap atau mendadak berhenti sebelum usia 40 tahun. Penyebab menopause tipe ini belum diketahui secara pasti. Walaupun demikian, beberapa jenis penyakit terutama infeksi yang berat dan tumor pada alat reproduksi, menjadi penyebab kondisi ini dengan kerusakan fungsi indung telur secara serius. Faktor kontribusi lain pada kondisi ini adalah malnutrisi, kelemahan, stres emosi yang ekstrem, penggunaan radiasi yang berlebihan dan operasi yang mengakibatkan terjadinya gangguan peredaran darah ke indung telur.

- 3) Menopause buatan, diikuti dengan terapi radiasi dan prosedur operasi semacam mengangkat indung telur.

d. Stadium dan gejala menopause

Stadium dan gejala menopause (Baskara, 2008) yaitu :

- 1) Menopause premature (menopause dini).

Kegagalan ovarium prematur adalah menopause yang terjadi sebelum usia 40 tahun. Wanita yang mengalami menopause dini memiliki gejala yang sama dengan menopause pada umumnya seperti *hot flashes* (perasaan hangat di seluruh tubuh yang terutama terasa pada dada dan kepala), gangguan emosi, kekeringan pada vagina, dan menurunnya keinginan berhubungan seksual. Wanita yang mengalami menopause dini memiliki kejadian keropos tulang lebih besar dari mereka yang mengalami menopause lebih lama. Kejadian ini meningkatkan angka kejadian osteoporosis dan patah tulang

- 2) Perimenopause

Perimenopause adalah masa dimana kondisi tubuh menyesuaikan diri dengan masa menopause yang berkisar antara 2 – 8 tahun. Ditambah dengan 1 tahun setelah periode terakhir menstruasi.

Gejala-gejala perimenopause diantaranya adalah :

- a) *Hot flashes*
 - b) Keringat malam
 - c) Kekeringan pada vagina
 - d) Gangguan tidur
 - e) Perubahan mood (depresi, mudah tersinggung)
 - f) Nyeri ketika bersanggama
 - g) Infeksi saluran kemih
 - h) Inkontinensia urin (tidak mampu menahan keluarnya air seni)
 - i) Tidak berminat pada hubungan seksual
 - j) Peningkatan lemak tubuh di sekitar pinggang
 - k) Bermasalah dengan konsentrasi dan daya ingat
- 3) Menopause

Menopause adalah perubahan yang normal terjadi pada kehidupan seorang wanita ketika periode menstruasinya berhenti. Seorang wanita sudah mencapai menopause apabila dia tidak mendapatkan menstruasi selama 12 bulan secara berurutan, dan tidak ada penyebab lain untuk perubahan yang terjadi. Selama menopause, tubuh seorang wanita secara perlahan mengurangi produksi hormon estrogen dan progesterone sehingga terjadilah berbagai gejala.

Gejala-gejala yang normal dialami pada masa menopause dan adalah :

- a) *Hot flashes*

- b) Kekeringan pada vagina
- c) Gangguan tidur
- d) Gangguan daya ingat
- e) Perubahan mood
- f) Penurunan keinginan berhubungan seksual
- g) Gangguan berkemih
- h) Perubahan fisik lainnya

4) Postmenopause

Postmenopause adalah masa dimana seorang wanita sudah mencapai menopause. Pada tahapan ini seorang wanita akan rentan terhadap osteoporosis dan penyakit jantung

e. Psikologis pada wanita menopause

Aspek psikologis yang terjadi pada lansia atau wanita menopause amat penting peranan dalam kehidupan sosial lansia terutama dalam menghadapi masalah-masalah yang berkaitan dengan pensiun; hilangnya jabatan atau pekerjaan yang sebelumnya sangat menjadi kebanggaan sang lansia tersebut. Banyak ibu-ibu yang mengeluh bahwa setelah menopause dan lansia merasa menjadi pencemas. Kecemasan yang timbul sering dihubungkan dengan adanya kekhawatiran dalam menghadapi situasi yang sebelumnya tidak pernah dikhawatirkan. Misalnya kalau dulu biasa pergi sendirian ke luar kota sendiri, namun sekarang merasa cemas dan

khawatir, hal itu sering juga diperkuat oleh larangan dari anak-anaknya (Anita, 2009).

Adanya perubahan fisik yang terjadi sehubungan dengan menopause mengandung arti yang mendalam bagi kehidupan wanita. Berhentinya siklus menstruasi dirasakan sebagai hilangnya sifat inti kewanitaannya karena sudah tidak dapat melahirkan anak lagi. Akibat lebih jauh adalah timbulnya perasaan tak berharga, tidak berarti dalam hidup sehingga muncul rasa khawatir akan adanya kemungkinan bahwa orang-orang yang dicintainya berpaling dan meninggalkannya. Perasaan itulah yang seringkali dirasakan wanita pada masa menopause, sehingga sering menimbulkan kecemasan (Purwanto, 2008).

2. Usia Reproduksi

a. Definisi

Usia reproduksi adalah usia dimana tingkat kesuburan seorang wanita mencapai puncaknya dan secara seksualitas sudah siap untuk memiliki keturunan. Haid pada masa ini paling teratur dan siklus pada alat kelamin yang dipengaruhi hormon cukup baik untuk kehamilan. Pada keadaan normal, masa reproduksi dimulai ketika sudah terjadi pengeluaran sel telur yang matang (ovulasi) pada siklus haid. Lamanya masa reproduksi sangat bergantung pada cadangan folikel yang masih tersedia dalam ovarium. Pada masa ini terjadi ovulasi kurang lebih 450 kali, dan selama ini wanita

berdarah selama 1800 hari. Setelah berusia 40 tahun kesuburan (fertilitas) seorang wanita akan menurun (Aditama, 2005).

Masa ini merupakan masa yang terpenting bagi wanita dan berlangsung kira-kira 33 tahun. Haid pada masa ini paling teratur dan siklus pada alat genital bermakna untuk memungkinkan kehamilan. Pada masa ini terjadi ovulasi kurang lebih 450 kali, dan selama ini wanita berdarah selama 1800 hari. Meskipun pada umur 40 tahun keatas perempuan masih dapat hamil, fertilitas menurun cepat sesudah umur tersebut (Wiknjosastro, 1994).

b. Hormon-hormon reproduksi

Hormon-hormon reproduksi (Katili, 2009) yaitu:

1) GnRH (*Gonadotrophin Releasing Hormone*)

Diproduksi di hipotalamus, kemudian dilepaskan, berfungsi menstimulasi hipofisis anterior untuk memproduksi dan melepaskan hormon-hormon gonadotropin (FSH / LH).

2) FSH (*Follicle Stimulating Hormone*)

Diproduksi di sel-sel basal hipofisis anterior, sebagai respons terhadap GnRH. Berfungsi memicu pertumbuhan dan pematangan folikel dan sel-sel granulosa di ovarium wanita (pada pria : memicu pematangan sperma di testis).

Pelepasannya periodik / pulsatif, waktu paruh eliminasinya pendek (sekitar 3 jam), sering tidak ditemukan dalam darah. Sekresinya dihambat oleh enzim inhibin dari sel-sel granulosa ovarium, melalui mekanisme feedback negatif.

3) LH (*Luteizing Hormone*) / ICSH (*Interstitial Cell Stimulating Hormone*)

Diproduksi di sel-sel kromofob hipofisis anterior. Bersama FSH, LH berfungsi memicu perkembangan folikel (sel-sel teka dan sel-sel granulosa) dan juga mencetuskan terjadinya ovulasi di pertengahan siklus. Selama fase luteal siklus, LH meningkatkan dan mempertahankan fungsi korpus luteum pascaovulasi dalam menghasilkan progesteron.

Pelepasannya juga periodik / pulsatif, kadarnya dalam darah bervariasi setiap fase siklus, waktu paruh eliminasinya pendek (sekitar 1 jam). Kerja sangat cepat dan singkat. (Pada pria : LH memicu sintesis testosteron di sel-sel Leydig testis).

4) Estrogen

Estrogen (alami) diproduksi terutama oleh sel-sel teka interna folikel di ovarium secara primer, dan dalam jumlah lebih sedikit juga

diproduksi di kelenjar adrenal melalui konversi hormon androgen.

Pada pria, diproduksi juga sebagian di testis.

Selama kehamilan, diproduksi juga oleh plasenta.

Berfungsi stimulasi pertumbuhan dan perkembangan (proliferasi) pada berbagai organ reproduksi wanita:

- a). Pada uterus : menyebabkan proliferasi endometrium.
- b). Pada serviks : menyebabkan pelunakan serviks dan pengentalan lender serviks.
- c). Pada vagina : menyebabkan proliferasi epitel vagina.
- d). Pada payudara : menstimulasi pertumbuhan payudara. Juga mengatur distribusi lemak tubuh.
- e). Pada tulang, estrogen juga menstimulasi osteoblas sehingga memicu pertumbuhan / regenerasi tulang. Pada wanita pascamenopause, untuk pencegahan tulang keropos / osteoporosis, dapat diberikan terapi hormon estrogen (sintetik) pengganti.

5) Progesteron

Progesteron (alami) diproduksi terutama di korpus luteum di ovarium,

sebagian diproduksi di kelenjar adrenal, dan pada kehamilan juga diproduksi di plasenta.

Progesteron menyebabkan terjadinya proses perubahan sekretorik (fase sekresi) pada endometrium uterus, yang mempersiapkan endometrium uterus berada pada keadaan yang optimal jika terjadi implantasi.

6) HCG (*Human Chorionic Gonadotrophin*)

Mulai diproduksi sejak usia kehamilan 3-4 minggu oleh jaringan trofoblas (plasenta). Kadarnya makin meningkat sampai dengan kehamilan 10-12 minggu (sampai sekitar 100.000 mU/ml), kemudian turun pada trimester kedua (sekitar 1000 mU/ml), kemudian naik kembali sampai akhir trimester ketiga (sekitar 10.000 mU/ml). Berfungsi meningkatkan dan mempertahankan fungsi korpus luteum dan produksi hormon-hormon steroid terutama pada masa-masa kehamilan awal. Mungkin juga memiliki fungsi imunologik. Deteksi HCG pada darah atau urine dapat dijadikan sebagai tanda kemungkinan adanya kehamilan (tes Galli Mainini, tes Pack, dsb).

7) LTH (*Lactotrophic Hormone*) / Prolactin

Diproduksi di hipofisis anterior, memiliki aktifitas memicu / meningkatkan produksi dan sekresi air susu oleh kelenjar payudara. Di

ovarium, prolaktin ikut mempengaruhi pematangan sel telur dan mempengaruhi fungsi korpus luteum.

Pada kehamilan, prolaktin juga diproduksi oleh plasenta (HPL / Human Placental Lactogen).

Fungsi laktogenik / laktotropik prolaktin tampak terutama pada masa laktasi / pascapersalinan.

Prolaktin juga memiliki efek inhibisi terhadap GnRH hipotalamus, sehingga jika kadarnya berlebihan (hiperprolaktinemia) dapat terjadi gangguan pematangan follikel, gangguan ovulasi dan gangguan haid berupa amenorhea.

3. Kecemasan

Menurut Dadang Hawari dimensi sehat, yaitu : Bio-psiko-sosial-spiritual.

Jadi seseorang yang sehat mentalnya tidak hanya sebatas pengertian terhindarnya dia dari gangguan dan penyakit jiwa baik neurosis maupun psikosis, melainkan patut pula dilihat sejauh mana seseorang itu mampu menyesuaikan diri dengan dirinya sendiri dan lingkungannya, mampu mengharmoniskan fungsi-fungsi jiwanya, sanggup mengatasi problem hidup termasuk kegelisahan dan konflik batin yang ada, serta sanggup mengaktualisasikan potensi dirinya untuk mencapai kebahagiaan (Yudiantara, 2009)

Duits dkk (1999) menyebutkan dalam studi penelitian terdapat hubungan struktural antara kecemasan, depresi, kepribadian, dan faktor-faktor lain, seperti: manusia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, riwayat medis, dan lain sebagainya.

a. Definisi

Kecemasan atau dalam bahasa Inggrisnya "*anxiety*" berasal dari bahasa latin "*augustus*" yang berarti kaku dan "*ango-ana*" yang berarti mencekik. Kecemasan adalah kondisi emosional yang tidak menyenangkan, yang ditandai oleh perasaan-perasaan subjektif seperti ketegangan, ketakutan, dan kekhawatiran dan juga ditandai dengan aktifnya system saraf pusat (Trismiati, 2004).

Kecemasan adalah keadaan individu atau kelompok mengalami perasaan gelisah (penilaian atau opini) dan aktivitas sistem saraf autonom dalam berespons terhadap ancaman yang tidak jelas, non spesifik (Capernito, 2001).

Kecemasan adalah suatu sinyal yang menyadarkan dan memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman. Freud mendefinisikan kecemasan sebagai suatu perasaan yang tidak menyenangkan, yang diikuti oleh reaksi fisiologis seperti perubahan detak

jantung dan pernapasan, dengan kata lain kecemasan adalah reaksi atas situasi yang dianggap berbahaya (Kaplan dan Sadock, 1997).

Kecemasan adalah karakteristik personal yang merespon situasi tertentu yang dianggap ancaman dengan respon berupa sindrom *stress* (Edelman, 1995)

b. Epidemiologi

Perkiraan yang diterima untuk prevalensi gangguan kecemasan umum satu tahun terentang antara 3% sampai 8% . Kemungkinan 50% pasien dengan gangguan kecemasan umum memiliki gangguan mental lainnya. Rasio wanita dan laki-laki yang mendapat perawatan inap untuk gangguan tersebut adalah sama (Kaplan dan Sadock, 1997).

Berkaitan dengan kecemasan pada pria dan wanita, wanita lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding laki-laki, laki-laki lebih aktif dan eksploratif, sedangkan wanita lebih sensitive. Selain itu laki-laki berfikir lebih rasional dibandingkan dengan wanita yang berfikir cenderung emosional. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibandingkan wanita (Trismiati, 2004)..

c. Etiologi

Kecemasan timbul akibat adanya respon terhadap kondisi stress atau konflik. Rangsangan berupa konflik, baik dari luar maupun dari dalam diri sendiri akan menimbulkan respon dari sistem saraf yang mengatur pelepasan hormon tertentu. Akibatnya muncul perangsangan pada organ-organ, seperti lambung, jantung, pembuluh darah, maupun alat-alat gerak (Mulyadi, 2003)

Sebab-sebab kecemasan menurut Nagemron dan Masudi (2001) antara lain:

- 1) Ketakutan yang terus menerus karena kesusahan dan kegagalan yang bertumpuk-tumpuk.
- 2) Menurut Freud adanya keinginan atau pikiran dari alam bawah sadar yang tidak dapat dipersepsikan, hingga ditekan ke alam bawah sadar dan tidak dapat mampu diterima lagi.
- 3) Menurut Adler adanya kecenderungan menonjolkan diri yang terhalangi.

Menurut Horney, sumber-sumber ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan bersifat lebih umum. Dapat berasal dari berbagai kejadian dalam kehidupan atau dalam diri seseorang itu sendiri (Trismiati, 2004).

d. Faktor resiko kecemasan

- 1) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun dari luar.

Orang yang akan mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah atau mereka yang tidak berpendidikan. Kecemasan adalah respon yang dapat dipelajari. Dengan demikian pendidikan yang rendah menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan (Capernito, 2001).

2) Status Pekerjaan

Pada ibu yang bekerja mempunyai tanggung jawab yang lebih banyak karena adanya tanggung jawab terhadap berbagai peran yang dihadapinya. Tanggung jawab yang besar terhadap berbagai peran ini menimbulkan banyak konflik peran sehingga ibu bekerja lebih cemas daripada ibu yang tidak bekerja yang tanggung jawabnya lebih kecil sehingga kurang cemas (Haryati, 1999).

3) Status Perkawinan

Sarjana wanita yang belum menikah mempunyai kecenderungan untuk mengalami kecemasan. Hal ini disebabkan pada wanita sarjana yang belum menikah ketika menghadapi persoalan dia menghadapinya sendiri sehingga rasa takutnya bertambah dan berakibat timbulnya kecemasan (Harsono, 2001).

Pada lansia kecemasan juga lebih rentan pada yang sudah tidak memiliki pasangan hidup. Pada umumnya lansia menghabiskan sebagian besar waktunya di rumah yang jika hubungan dengan pasangan hidupnya baik, hal ini akan mendatangkan kebahagiaan bagi mereka berdua. Tetapi jika orang usia lanjut kehilangan pasangan hidup maka mereka harus mengadakan penyesuaian. Masalah penyesuaian diri dengan masa menduda atau menjanda seringkali terasa sulit disebabkan adanya perasaan kesepian (Ariefani, 2002).

4) Pendapatan

Tingkat pendapatan rendah lebih banyak mengalami kecemasan. Menurut Kaplan dan Sadock (1985), salah satu faktor yang mendasari status ekonomi adalah pendapatan selain faktor lain seperti pendidikan dan gaya hidup. Semakin berkurangnya tingkat pendapatan seseorang maka akan menurun pula tingkat status sosial ekonominya, sementara itu terdapat hubungan yang positif antara status sosial ekonomi dan kesehatan mental, dengan demikian keluarga dengan status ekonomi yang tinggi mempunyai kesehatan mental yang lebih baik dibandingkan dengan keluarga dengan status sosial ekonomi yang lebih rendah (Setiadi, 1999).

e. Patofisiologi

Kehidupan manusia selalu dipengaruhi oleh rangsangan dari luar dan dari dalam berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Rangsangan tersebut diterima oleh panca indera, diteruskan dan direspon oleh sistem saraf pusat. Bila rangsangannya berupa ancaman, maka responnya adalah suatu kecemasan. Di dalam sistem saraf pusat, proses tersebut melibatkan jalur *Cortex cerebri-Limbic* sistem RAS (*Reticular Activating System*)-*Hypothalamus* yang memberikan impuls kepada kelenjar hipofise untuk mensekresikan mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal, yaitu memacu sistem saraf otonom melalui mediator hormonal yang lain (*catecholoamine*). Hiperaktifitas sistem saraf otonom menyebabkan timbulnya kecemasan. Keluhannya sangat beraneka ragam seperti sakit kepala, pusing, serasa mabuk, cenderung untuk pingsan, banyak berkeringat, jantung berdebar-debar, sesak napas, dan lain sebagainya.(Mudjaddid, 2006)

Pada GAD (*Generalized Anxiety Disorder*) terdapat petunjuk adanya gangguan pada reseptor *serotonin* tertentu yaitu *5HT-1A*, sedangkan pada *anxietas PD (Panic Disorder)* lebih jelas berhubungan dengan gangguan *noradrenalin* pada *locus ceruleus* (Mudjaddid, 2006).

f. Gejala klinis

Kecemasan dapat mengurangi daya ingat dan kemampuan kapasitas kerja. Meskipun terdapat penurunan efisiensi kerja, tapi tidak ada perubahan efektifitas kerja (William et al.,2002).

Sedangkan secara garis besar dibagi menjadi gejala simtomatik/fisik dan psikologis/mental. Gejala somatik berupa ujung-ujung jari terasa dingin, pencernaan tidak teratur, tidur tidak enak, nafsu makan hilang, kepala pusing dan napas sesak, dada tertekan, kepala ringan seperti mengambang, linu-linu, epigastrium nyeri, lekas lelah, palpitasi, keringat dingin. Gejala psikologik mungkin timbul rasa was-was, khawatir akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan, prihatin dengan pikiran orang mengenai dirinya dan ingin lari dari kenyataan hidup (Subroto, 1990).

Penderita tegang terus menerus dan tidak mau santai. Pemikirannya penuh tentang kekhawatiran. Kadang-kadang bicaranya cepat, tetapi terputus-putus. Pada pemeriksaan fisik terdapat nadi yang sedikit lebih cepat (kadang-kadang hiperventilasi dengan keluhan-keluhan yang menyertainya). Gejala-gejala lain seperti depresi, amarah, perasaan tak mampu, dan gangguan psikosomatik (Maramis, 2005).

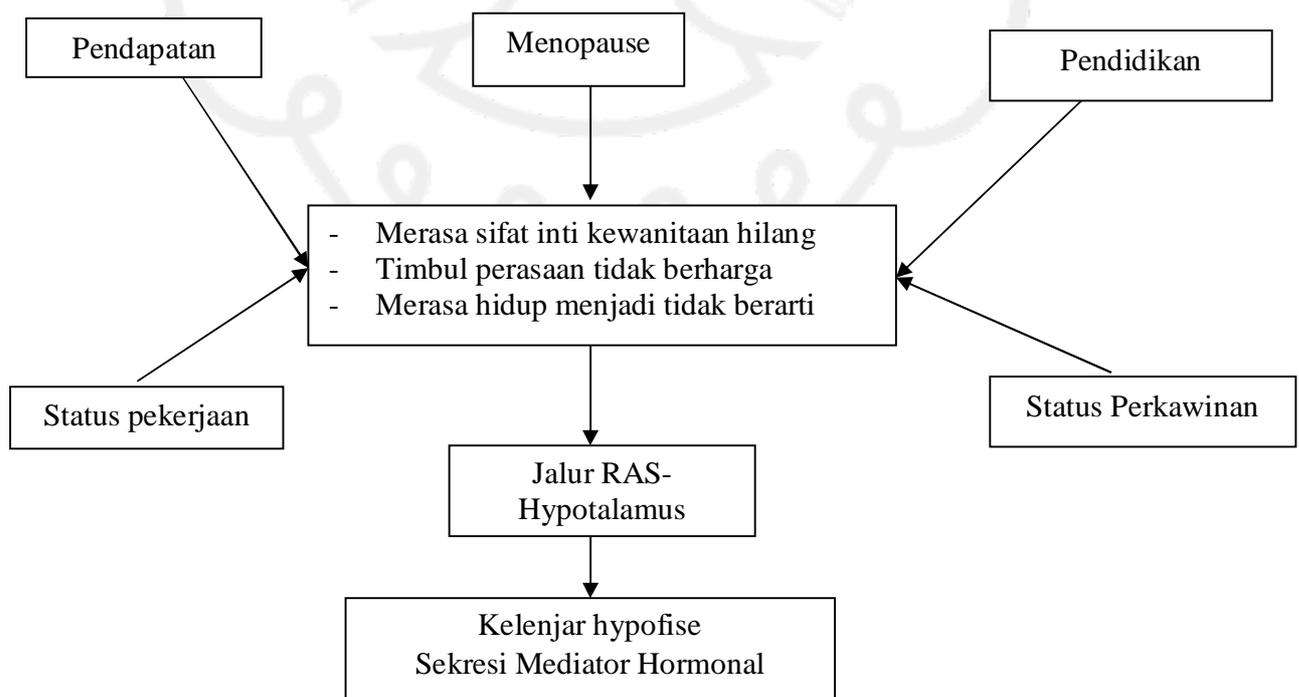
g. **Diagnosis Kecemasan**

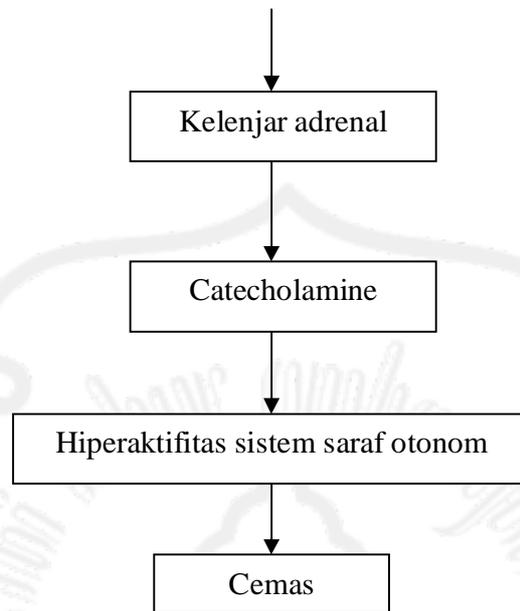
Dihubungkan dengan tiga (atau lebih) dari enam gejala berikut (dengan paling kurang beberapa gejala terjadi lebih banyak dibandingkan tidak selama 6 bulan terakhir) (Syamsulhadi, 2007) yaitu : Gejala atau

perasaan tegang atau cemas, Merasa mudah lelah, Sulit berkonsentrasi atau pikiran menjadi kosong, Iritabilitas, Ketegangan otot, Gangguan tidur

Catatan: Hanya satu gejala yang diperlukan pada anak-anak

B. Kerangka Pemikiran

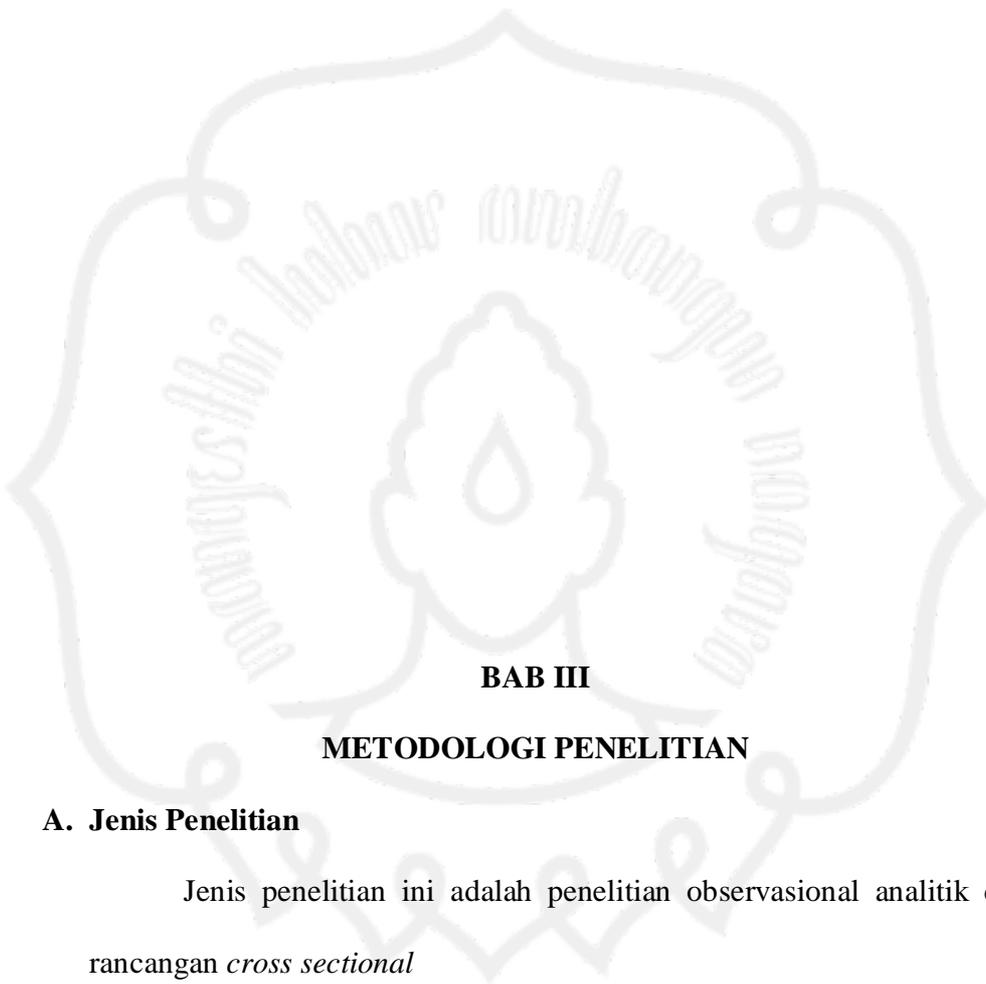




Skema 1. kerangka pemikiran penelitian

C. Hipotesis

Tingkat kecemasan pada wanita usia menopause lebih besar daripada usia reproduksi



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan rancangan *cross sectional*

B. Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di RW I Kelurahan Sukoharjo Kabupaten Sukoharjo.

C. Subjek Penelitian

Penelitian ini mengambil dengan subjek penelitian wanita yang mempunyai kriteria, yaitu :

a. Kriteria inklusi sebagai berikut :

- 1) Wanita usia reproduksi dimulai pada usia sekitar 20-30 tahun, mengalami menstruasi
- 2) Wanita usia menopause dimulai pada usia 45 tahun, sudah berhenti siklus menstruasi selama 1 tahun.

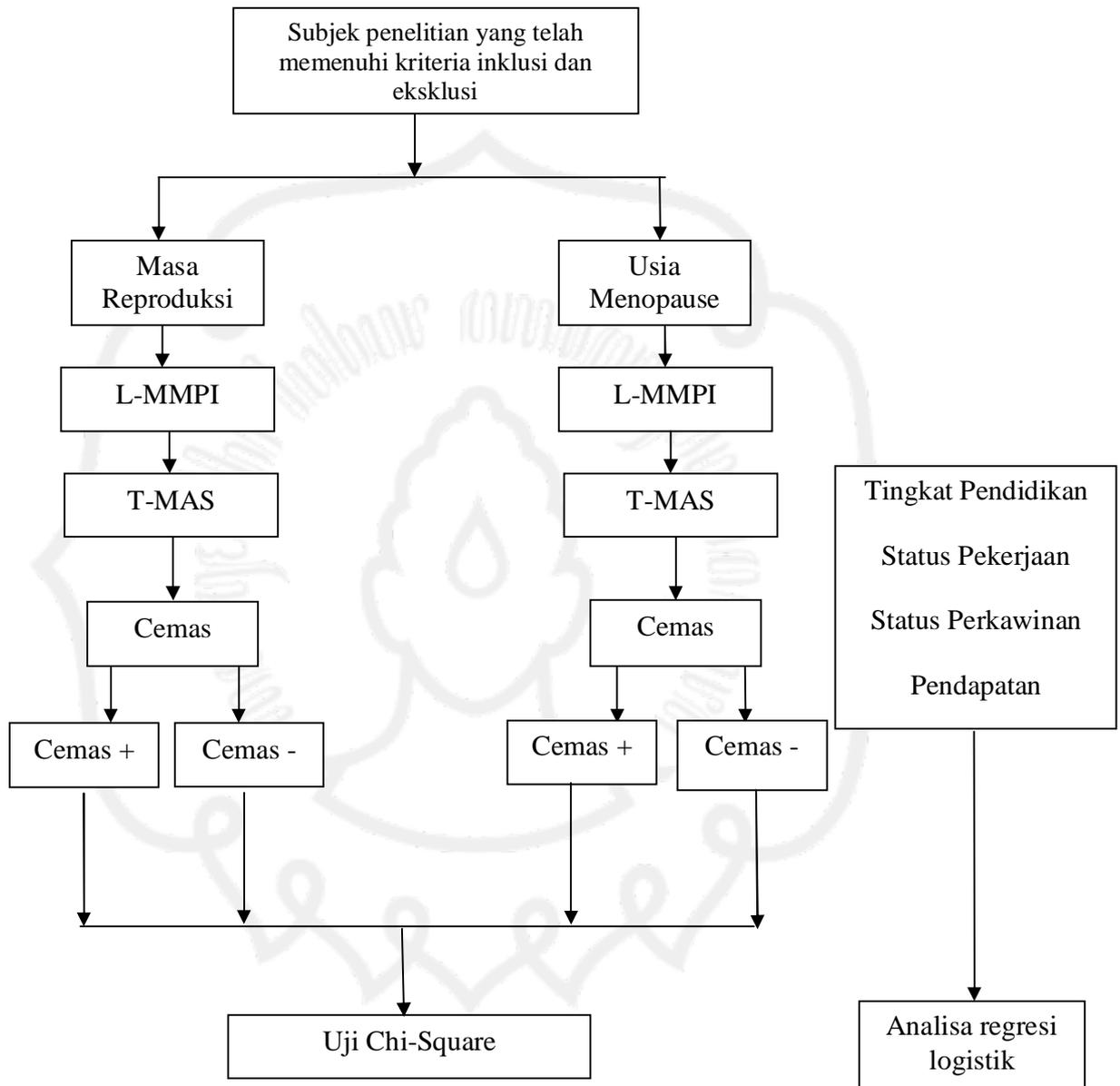
b. Kriteria eksklusi sebagai berikut:

- 1) Skor LMPPI lebih dari sama dengan 10
- 2) Sedang menderita gangguan jiwa berat seperti *schizophrenia*

D. Teknik Pengambilan Sampel

Penelitian ini mengambil *sample* dengan cara purposive sampling, yaitu memilih sampel berdasarkan ciri-ciri atau sifat tertentu yang berkaitan dengan karakteristik populasi Sedangkan teknik pemilihan subjek/ sampel dengan cara restriksi karena menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi.



E. Langkah penelitian**Skema 2.** Langkah Penelitian dengan Uji *Chi-Square* dan Analisa Regresi

Logistik

F. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas

Tahap masa reproduksi

2. Variabel terikat

Tingkat kecemasan

3. Variabel pengganggu

a) Terkendali : Tingkat pendidikan, status pekerjaan, status perkawinan, pendapatan

Dikendalikan dengan analisis regresi logistik

b) Tidak terkendali : Faktor psikologis, keadaan fisik

G. Definisi Operasional Variabel Penelitian

1. Wanita usia reproduksi adalah wanita masa subur dimulai pada usia sekitar 20-30 tahun, masih mengalami menstruasi.

Alat ukur: Kuesioner

Skala pengukurannya adalah nominal

2. Wanita usia menopause adalah Wanita usia menopause dimulai pada usia 45 tahun, sudah berhenti siklus menstruasi selama 1 tahun.

Alat ukur: Kuesioner

Skala pengukurannya adalah nominal

3. Kecemasan yang diukur dengan alat ukur yang digunakan adalah Kuesioner TMAS adalah instrumen pengukur kecemasan TMAS berisi 50 butir pertanyaan, dimana responden menjawab keadaan ya atau tidak, sesuai dengan keadaan dirinya. Dengan memberi tanda (✓) pada kolom jawaban “ya” atau tanda (X) pada kolom jawaban “tidak”, Dimana setiap jawaban “ya” diberi nilai 1 dan jawaban “tidak” diberi nilai 0. Sebagai *cut of point* adalah sebagai berikut:
- a) Skor < 21 berarti tidak cemas.
 - b) Skor ≥ 21 berarti cemas

Suatu skala atau instrumen pengukur dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila instrumen tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud pengukuran tersebut. TMAS mempunyai derajat validitas yang cukup tinggi, akan tetapi dipengaruhi juga oleh kejujuran dan ketelitian responden dalam mengisinya

Skala pengukurannya adalah nominal

4. Tingkat pendidikan formal

Tingkat pendidikan formal adalah pendidikan yang diselenggarakan di sekolah-sekolah pada umumnya (Wales, 2008)

Penelitian ini dibagi 2 kelompok: Wanita yang menyelesaikan pendidikan formal sampai dengan lulus SMA dan wanita yang menyelesaikan pendidikan formal tidak sampai lulus SMA

Skala pengukuran adalah nominal

5. Status pekerjaan

Status pekerjaan adalah status kegiatan usaha seseorang yang sedang bekerja.

Kegiatan bekerja didefinisikan sebagai kegiatan ekonomi dengan menghasilkan barang atau jasa yang dilakukan oleh seseorang dengan maksud memperoleh atau membantu memperoleh pendapatan atau keuntungan, paling sedikit satu jam (tidak terputus) dalam seminggu yang lalu. Kegiatan tersebut termasuk pula kegiatan pekerja tak dibayar yang membantu dalam suatu usaha atau kegiatan ekonomi. (Bappeda, 2008)

Penelitian ini dibagi 2 kelompok: Wanita yang mempunyai pekerjaan dan wanita yang tidak mempunyai pekerjaan.

Skala pengukuran adalah nominal

6. Status perkawinan

Menurut pasal 1 UU No.1 Tahun 1974, status perkawinan adalah ikatan lahir dan batin antara seorang pria dan wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa (Harsono, 2001)

Penelitian ini dibagi 2 kelompok: Wanita yang mempunyai pasangan hidup dalam ikatan perkawinan dan Wanita yang tidak mempunyai pasangan hidup

Skala pengukurannya adalah nominal

7. Pendapatan

Pendapatan adalah jumlah uang yang diterima oleh perusahaan dari aktivitasnya, kebanyakan dari penjualan produk dan/atau jasa kepada pelanggan (Wales, 2008)

Penelitian ini dibagi 2 kelompok: Pendapatan keluarga di atas UMR Kabupaten Sukoharjo (\geq Rp.710000) dan pendapatan keluarga di bawah UMR Kabupaten Sukoharjo ($<$ Rp. 710000)

Skala pengukurannya adalah nominal

H. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini ada beberapa instrumen yang akan digunakan yaitu:

1. Data Identitas Responden
2. Kuesioner L-MMPI (*Lie Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) merupakan skala validitas yang berfungsi mengidentifikasi hasil yang mungkin invalid karena kesalahan subyek penelitian. Nilai batas skala adalah 10. Artinya, apabila responden mempunyai nilai lebih dari sama dengan 10, maka data hasil penelitian dari responden tersebut dinyatakan invalid.

3. Kuesioner TMAS (*The Taylor Minnesota Anxiety Scale*)

Kuesioner TMAS adalah instrumen pengukur kecemasan TMAS berisi 50 butir pertanyaan, dimana responden menjawab keadaan ya atau tidak, sesuai dengan keadaan dirinya. Dengan memberi tanda (✓) pada kolom jawaban “ya” atau tanda (X) pada kolom jawaban “tidak”, Dimana setiap jawaban “ya” diberi nilai 1 dan jawaban “tidak” diberi nilai 0. Sebagai *cut of point* adalah sebagai berikut:

- a) Skor < 21 berarti tidak cemas.
- b) Skor \geq 21 berarti cemas

Suatu skala atau instrumen pengukur dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila instrumen tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud pengukuran tersebut. TMAS mempunyai derajat validitas yang cukup tinggi, akan tetapi dipengaruhi juga oleh kejujuran dan ketelitian responden dalam mengisinya

I. Cara kerja

1. Responden mengisi biodata
2. Kuesioner L-MMPI (*Lie Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) merupakan skala validitas yang berfungsi mengidentifikasi hasil yang mungkin invalid karena kesalahan subyek panalitian. Nilai batas skala adalah 10. Artinya,apabila responden mempunyai nilai lebih dari sama

dengan 10, maka data hasil penelitian dari responden tersebut dinyatakan invalid.

3. Kuesioner TMAS (*The Taylor Minnesota Anxiety Scale*)

Kuesioner TMAS adalah instrumen pengukur kecemasan TMAS berisi 50 butir pertanyaan, dimana responden menjawab keadaan ya atau tidak, sesuai dengan keadaan dirinya. Dengan memberi tanda (✓) pada kolom jawaban “ya” atau tanda (X) pada kolom jawaban “tidak”, Dimana setiap jawaban “ya” diberi nilai 1 dan jawaban “tidak” diberi nilai 0. Sebagai *cut of point* adalah sebagai berikut:

- a) Skor < 21 berarti tidak cemas.
- b) Skor ≥ 21 berarti cemas

Suatu skala atau instrumen pengukur dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila instrumen tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud pengukuran tersebut. TMAS mempunyai derajat validitas yang cukup tinggi, akan tetapi dipengaruhi juga oleh kejujuran dan ketelitian responden dalam mengisinya

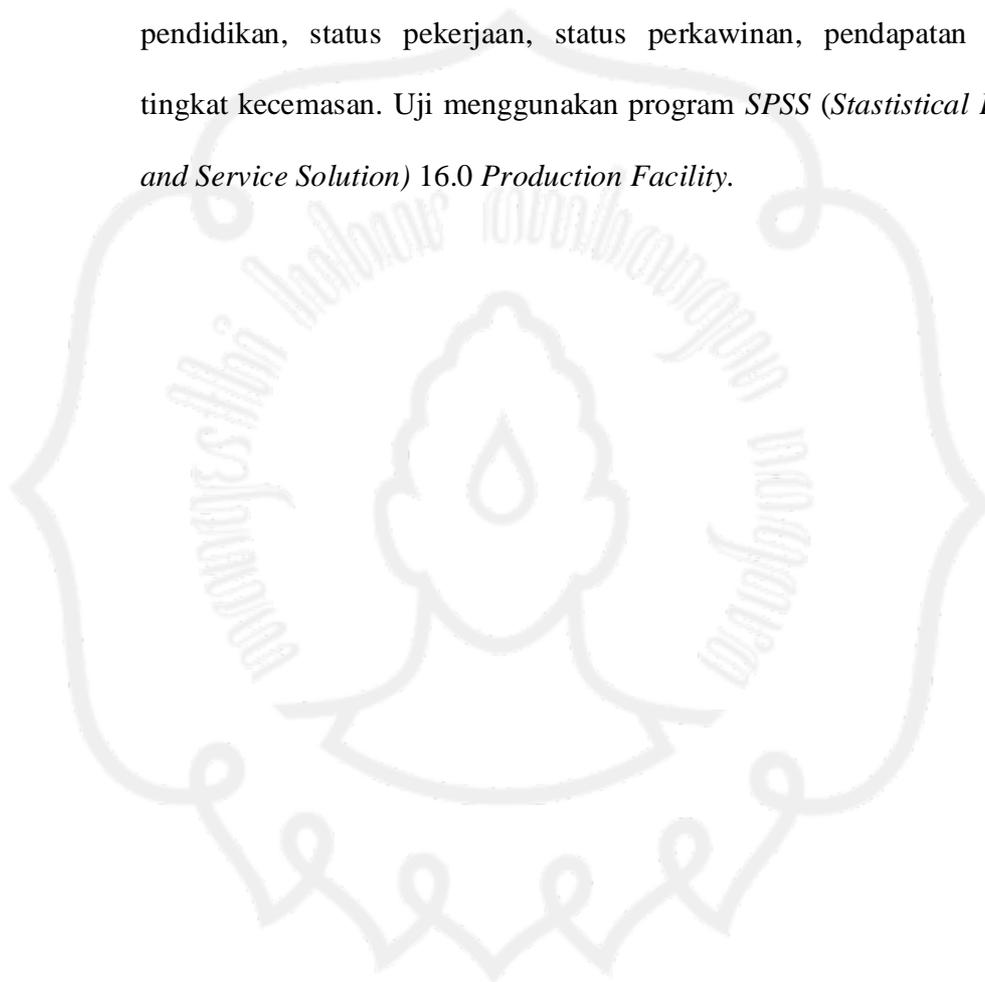
J. Analisis data

Analisis data statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Uji analisis yang digunakan adalah *chi-square* (X^2), untuk menguji hipotesis bila dalam populasi terdiri dari dua atau lebih kelas, data

berbentuk nominal dan sampelnya besar. Uji menggunakan program *SPSS (Statistical Product and Service Solution) 16.0 Production Facility*.

2. Analisis regresi logistik untuk mengetahui pengaruh antara tingkat pendidikan, status pekerjaan, status perkawinan, pendapatan dengan tingkat kecemasan. Uji menggunakan program *SPSS (Statistical Product and Service Solution) 16.0 Production Facility*.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian telah dilakukan di RW I Kelurahan Sukoharjo Kabupaten Sukoharjo pada tanggal 3-16 Agustus 2009, dalam kurun waktu dua minggu. Dan dari 101 orang diperoleh sampel yang memenuhi syarat sebanyak 93 orang. Data yang diperoleh tersaji dalam tabel 1 berikut.

Tabel 1. Distribusi sampel menurut wanita usia menopause dan wanita usia reproduksi yang mengalami kecemasan.

Kecemasan * WANITA Crosstabulation

			Monopause	Reproduksi	Total
Kecemasan	Tdk Cemas	Count	0	8	8
		% of Total	.0%	8.6%	8.6%
	Cemas	Count	43	42	85
		% of Total	46.2%	45.2%	91.4%
Total		Count	43	50	93
		% of Total	46.2%	53.8%	100.0%

Sumber Data : Data Primer Agustus, 2009

Tabel 2. Distribusi sampel menurut kecemasan

		Kecemasan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tdk Cemas	8	8.6	8.6	8.6
	Cemas	85	91.4	91.4	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

Sumber Data : Data Primer Agustus, 2009

Tabel 3. Distribusi sampel menurut pekerjaan

		Pekerjaan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tdk Bekerja	42	45.2	45.2	45.2
	Bekerja	51	54.8	54.8	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

Sumber Data : Data Primer Agustus, 2009

Tabel 4. Distribusi sampel menurut tingkat pendidikan

		Pendidikan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tdk Lulus SMA	49	52.7	52.7	52.7
	Lulus SMA	44	47.3	47.3	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

Sumber Data : Data Primer Agustus, 2009

Tabel 5. Distribusi sampel menurut besarnya penghasilan

		Penghasilan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 710.000	47	50.5	50.5	50.5
	> 710.000	46	49.5	49.5	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

Sumber Data : Data Primer Agustus, 2009

Tabel 6. Distribusi sampel menurut ada tidaknya pasangan hidup

		Pasangan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tdk Punya Pasangan Hdp	51	54.8	54.8	54.8
	Punya Pasangan Hdp	42	45.2	45.2	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

Sumber Data : Data Primer Agustus, 2009

Dalam penelitian ini data yang didapat dianalisis dengan uji statistik *chi square* untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan kecemasan dan uji analisis regresi logistik untuk mengetahui pengaruh antara tingkat pendidikan, status pekerjaan, status perkawinan, pendapatan dengan tingkat kecemasan..

Data yang diperoleh disajikan dalam tabel 2 x 2 sebagai berikut :

Tabel 7. Tabel 2x2 Uji statistik *chi square*

Keterangan	Cemas	Tidak Cemas
Wanita Usia Menopause	43	0
Wanita Usia Reproduksi	42	8

Sumber Data : Data Primer Agustus, 2009

Dari Uji *Chi-Square* didapatkan p value sebesar 0,006 dimana nilai ini kurang dari 0,05. Hal ini menunjukkan hasil yang signifikan yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kecemasan antara wanita usia menopause dengan wanita usia reproduksi. Wanita usia menopause lebih cemas dari wanita usia reproduksi.

Dari hasil uji analisis regresi diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 8. Analisis regresi logistic faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kecemasan

<i>Fakto Resiko</i>	<i>OR</i>	<i>p</i>	<i>95% CI</i>
Status Pekerjaan	25.609	0.011	2.081-315.118
Tingkat Pendidikan	0.069	0.011	0.009-0.538
Pendapatan	0.062	0.021	0.006-0.663
Status Perkawinan	0.044	0.029	0.003-0.727

Sumber Data : Data Primer Agustus, 2009

BAB V

PEMBAHASAN

Hasil uji Chi-Square tingkat kecemasan yang dilakukan pada kelompok wanita usia menopause dan reproduksi didapatkan hasil yang signifikan yang menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pada wanita usia menopause lebih besar daripada wanita usia reproduksi ($p=0,006$).

Menopause merupakan suatu proses peralihan dari masa produktif menuju perubahan secara perlahan-lahan ke masa non produktif yang disebabkan oleh berkurangnya hormon estrogen dan progesteron seiring dengan bertambahnya usia. Sehubungan dengan terjadinya menopause pada wanita maka biasanya hal itu diikuti dengan berbagai gejala atau perubahan yang meliputi aspek fisik maupun psikologis yang dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan wanita tersebut (Purwanto, 2007).

Adanya perubahan fisik yang terjadi sehubungan dengan menopause mengandung arti yang mendalam bagi kehidupan wanita. Berhentinya siklus menstruasi dirasakan sebagai hilangnya sifat inti kewanitaannya karena sudah tidak dapat melahirkan anak lagi. Akibat lebih jauh adalah timbulnya perasaan tak berharga, tidak berarti dalam hidup sehingga muncul rasa khawatir akan adanya kemungkinan bahwa orang-orang yang dicintainya berpaling dan meninggalkannya. Perasaan itulah yang seringkali menimbulkan kecemasan (Purwanto, 2007).

Beberapa gejala psikologis yang menonjol ketika menopause adalah mudah tersinggung, sukar tidur, tertekan, gugup, kesepian, tidak sabar, tegang (*tension*), cemas dan depresi. Ada juga wanita yang kehilangan harga diri karena menurunnya daya tarik fisik dan seksual, mereka merasa tidak dibutuhkan oleh suami dan anak-anak mereka, serta merasa kehilangan femininitas karena fungsi reproduksi yang hilang (Purwanto, 2007). Perubahan ini dapat menimbulkan kecemasan apabila tidak segera diatasi dengan baik, akan mengurangi kualitas hidup wanita dan akhirnya menjadi depresi (Isyana, 2008).

Pada hasil uji Logistic Regression pada penelitian ini didapatkan bahwa pekerjaan mempunyai pengaruh paling besar terhadap kecemasan ($OR=25.609$; $p=0.011$). Berdasarkan penelitian ini didapatkan hasil pada wanita yang bekerja cenderung lebih cemas. Ibu yang bekerja berarti akan mengurangi waktu yang disediakan untuk kegiatan yang dituntut dalam fungsi keluarga terutama dalam fungsi kesehatan dan gizi ataupun perawatan ataupun pendidikan. Para Ibu Rumah tangga yang bekerja tentunya sudah menyadari dan maklum konsekuensi dari peran ganda, peran ganda berarti dua beban dan tanggung jawab yang mereka pikul sendiri dalam pekerjaannya. Pada umumnya wanita yang bekerja mempunyai tanggung jawab sebagai istri dan ibu rumah tangga. Sekaligus tanggung jawabnya sebagai pekerja. Situasi yang semacam ini akan membuat wanita yang bekerja menjadi ragu-ragu akan perannya sebagai wanita pekerja, sehingga dalam bekerja wanita sering tidak

mengalami kemantapan. Tanggung jawab sebagai istri dan tanggung jawab sebagai ibu dari anak-anaknya menyebabkan tingkat kecemasan tinggi (Haryati, 1999).

Bagi wanita pemburu karier, hal ini dapat merupakan masalah yang serius. Prestasi kerja yang harus dicapai selalu menuntut waktu, pikiran, tenaga dan selalu menuntut waktu, pikiran, tenaga, dan kestabilan emosional, sedangkan sebagai istri dan ibu yang bahagia juga menuntut waktu yang tidak sedikit. Adanya kedua situasi yang menyulitkan ini dapat menimbulkan tingkat kecemasan tertentu pada wanita yang bekerja (Haryati, 1999). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Haryati (1999), terdapat perbedaan yang bermakna tentang tingkat kecemasan antara ibu rumah tangga yang bekerja dan yang tidak bekerja

Tingkat pendidikan pada penelitian ini juga mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap tingkat kecemasan wanita usia menopause dan reproduksi dan pengaruhnya menempati urutan kedua ($OR=0.069$; $p=0.011$). Berdasarkan penelitian ini didapatkan hasil tingkat pendidikan rendah cenderung lebih cemas. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun dari luar. Orang yang akan mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah atau mereka yang tidak berpendidikan. Kecemasan adalah respon yang dapat dipelajari. Dengan demikian pendidikan yang rendah menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan (Capernito, 2001). Pada penelitian yang dilakukan oleh Zuhdi (2008), didapatkan tingkat pendidikan mempunyai hubungan

dengan tingkat kecemasan. Semakin tinggi status pendidikan seseorang semakin meningkat kecemasannya.

Pendapatan juga mempunyai pengaruh terhadap tingkat kecemasan dan terbesar ketiga setelah status pekerjaan ($OR=0.062$; $p=0.021$). Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan hasil pendapatan yang rendah cenderung lebih cemas. Salah satu faktor yang mendasari status sosial ekonomi adalah pendapatan selain faktor lain seperti pendidikan dan gaya hidup. Semakin berkurangnya tingkat pendapatan seseorang maka akan menurun pula status sosial ekonominya, sementara itu terdapat hubungan yang positif antara status sosial ekonomi dan kesehatan mental, dengan demikian keluarga dengan status ekonomi yang tinggi mempunyai kesehatan mental yang lebih baik dibandingkan dengan keluarga dengan status sosial ekonomi yang lebih rendah (Setiadi, 1999).

Apabila menyinggung masalah pendapatan maka tidak bisa lepas dari masalah keuangan (kondisi sosial-ekonomi). Dan apabila terdapat masalah dalam sistem keuangan ini akan sangat berpengaruh terhadap kesehatan jiwa seseorang, misalnya pendapatan yang jauh lebih rendah dari pengeluaran, terlibat hutang, atau kebangkrutan usaha. Dalam hal ini yang banyak terpengaruh tentunya adalah kepala keluarga dalam kapasitasnya sebagai penanggung jawab keluarga. Jadi apabila kebutuhan ataupun dorongan yang muncul terhadap kepala keluarga lebih besar dari kemampuan untuk memenuhi dan melakukannya, hal ini akan dapat mengakibatkan perubahan perilaku yang akan dialami oleh tiap kepala keluarga yang mengalaminya

(Setiadi, 1999). Pada penelitian yang dilakukan Setiadi, (1999), didapatkan perbedaan kecemasan antara kepala keluarga yang mempunyai tingkat pendapatan tinggi dan kepala keluarga yang mempunyai tingkat pendapatan rendah.

Status perkawinan pada penelitian ini mempunyai pengaruh keempat terhadap tingkat kecemasan wanita usia menopause dan reproduksi (OR=0.044; p=0.029). Berdasarkan penelitian ini didapatkan hasil wanita yang belum menikah cenderung lebih cemas. Wanita yang belum menikah mempunyai kecenderungan untuk mengalami kecemasan, hal ini disebabkan pada wanita yang belum menikah ketika menghadapi persoalan dia menghadapinya sendiri sehingga rasa takutnya bertambah dan berakibat timbulnya kecemasan (Harsono, 2001). Sedangkan pada lansia kecemasan juga lebih rentan pada yang sudah tidak memiliki pasangan hidup. Pada umumnya lansia menghabiskan sebagian besar waktunya di rumah yang jika hubungan dengan pasangan hidupnya baik, hal ini akan mendatangkan kebahagiaan bagi mereka berdua. Tetapi jika orang usia lanjut kehilangan pasangan hidup maka mereka harus mengadakan penyesuaian. Masalah penyesuaian diri dengan masa menduda atau menjanda seringkali terasa sulit disebabkan adanya perasaan kesepian (Ariefani, 2002).

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi kecemasan adalah pergaulan, keadaan fisik, keguncangan rumah tangga, dan sosial budaya. Selain itu kecemasan juga ditimbulkan karena tidak terpenuhinya kebutuhan seksual, atau

frustasi karena tidak tercapainya apa yang diinginkan baik material maupun sosial

(Purwanto, 2007)



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut: wanita usia menopause RW 1 Kelurahan Sukoharjo Kabupaten Sukoharjo lebih cemas daripada wanita usia reproduksi RW 1 Kelurahan Sukoharjo Kabupaten Sukoharjo ($p=0,006$).

B. SARAN

1. Berdasarkan hasil penelitian ini pada wanita disarankan untuk mengatur faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan antara lain: mengatur beban pekerjaan, meningkatkan pendidikan informal untuk mengkompensasi pendidikan yang rendah, meningkatkan taraf pendapatan, dan dukungan keluarga karena keluarga dapat menenteramkan perasaan individu sehingga merasa berharga dan dikasihi orang lain.
2. Perlu menanggulangi kecemasan pada wanita usia menopause yang sesuai dengan faktor penyebabnya
3. Perlu diadakan penelitian lebih lanjut mengenai variabel-variabel lain yang juga mempengaruhi kecemasan pada wanita usia menopause, misalnya : pergaulan, keadaan fisik, keguncangan rumah tangga, tidak terpenuhinya kebutuhan seksual, frustrasi karena tidak tercapainya apa yang diinginkan baik material maupun sosial, dan sosial budaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama C. 2005. *Perkembangan Seksual Wanita*. <http://cyberwoman.cbn.net.id>. (7 maret 2009)
- Anita. 2009. *Menopause*. <http://bima.ipb.ac.id/~Anita/menopause.htm>. (1 Maret 2009).
- Anwar I.N.C. 2008. *Sindrom Premenstruasi*. <http://klikdokter.com>. (16 Juli 2009).
- Ariefani I. 2002. *Perbedaan Kecemasan Antara Lansia Yang masih Memiliki Pasangan Hidup Dengan Lansia Yang sudah Tidak Memiliki Pasangan Hidup*. Surakarta. Fakultas Kedokteran UNS. Skripsi.
- Bappeda. 2008. *Konsep dan Definisi*. http://www.bappedajateng.info/index.php?option=com_content&view=article&id=51&itemid=77. (3 Januari 2010)
- Baskara D. 2008. *Menopause Pada Wanita*. <http://artikelIndonesia.com/menopause-pada-wanita.html>. (1 Maret 2009).
- Capernito. 2001. *Kecemasan atau Ansietas*. <http://mitrariset.com/2008/11/kecemasan-atau-ansietas.html>. (1 Maret 2009)
- Depkes. 2005. *Terjadi Pergeseran Umur Menopause*. <http://depkes.go.id>. (5 Maret 2009).
- Dharmono S. 2009. *Pentingnya Mengelola Siklus Reproduksi*. <http://lintasberita.com>. (8 Juli 2009)

Duits A.A dan Duivenvoorden H.J, Boeke S (1999) *A Structural Modelling Analysis of Anxiety and Depressions Patients Undergoing Coronary Artery by Pass Graft Surgery : A Model Generating Approach. Journal of Psychosomatic Research.* Vol 46 No.2. PP: 187-200.

Edelman dan Robert J.1995. *Anxiety Theory, Reserrth and Intervesion Clinical and Health Physchology.* New York, John Wiley and Sons, p:1.

Guyton A.C. dan Hall J.E. 1997. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran.* Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta. p : 1298.

Harsono. 2001. *Studi Banding Kecemasan Pada Wanita Sarjana Yang Sudah Menikah dan Belum Menikah.* Surakarta. Fakultas Kedokteran UNS. Skripsi.

Haryati L. 1999. *Perbedaan Kecemasan Ibu Rumah Tangga Yang Bekerja dan Ibu Tidak Bekerja di Kel.Klampok Kecamatan Godong Kabupaten Grobogan.* Surakarta. Fakultas Kedokteran UNS. Skripsi

Isyana N. 2008. *Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan pada Wanita Perimenopause: Studi di Kelurahan Darma Kecamatan Wonokromo Surabaya.* <http://adln.lib.unair.ac.id> (20 Desember 2009)

Kaplan dan Sadock. 1997. *Synopsis Psikiatri edisi 7 jilid 11.* Binarupa Aksara. Jakarta.

Katili R.A. 2009. *Masa Kehidupan Wanita.* <http://rusliepidkesrepro.com>. (3 Maret 2009).

Maramis W.F. 2005 . *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa.* Surabaya : Airlangga University . Hal: 258-262.

Mudjadid E. 2006. *Pemahaman dan Penanganan Psikosomatik Gangguan Ansietas dan Depresi di Bidang Ilmu Penyakit Dalam*. In: Ilmu Penyakit Dalam Jili II. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Hal : 913

Mulyadi. 2003. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press. Surabaya.

Ngemron M dan Marsudi S. 2001. *Psikologi Abnormal*. Surakarta : UMS Press.

Purwanto S. 2007. *Menopause* <http://klinis.com>. (2 Maret 2009).

Rostiana T. 2009. *Kecemasan Pada Wanita*. <http://repository.gunadarma.ac.id>. (3 Maret 2009).

Setiadi A. 1999. *Perbedaan Kecemasan Antara Kepala Keluarga Dengan Tingkat Pendapatan Tinggi dan Rendah di Desa Sragen*. Fakultas Kedokteran UNS. Surakarta. Skripsi

Siagian A. 2007. *Saatnya Memperhatikan Kesehatan Wanita Usia Menopause*. <http://situs.kesrepro.info>. (2 Maret 2009).

Subroto D.A. 1990. *Informasi Test*. Fakultas Psikologi universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Syamsulhadi. 2007. *Kuliah DSM IV-TR*. Surakarta : UNS Press

Trismiati. 2004. Perbedaan Tingkat Kecemasan antara Pria dan Wanita Akseptor Kontrasepsi Mantap di RSUD Dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal Psyche*. Vol 1 No 1.

Wales J. 2008. *Pendapatan*. <http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=pendapatan&action=edit>. (3 Januari 2010)

Wiknjosastro H, 1994. *Ilmu Kandungan*. Edisi II. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. P : 127-128

Wijayakusuma H.M.H. *Mencegah dan Mengatasi Gangguan Menopause Secara Alami*. <http://cybermed.cbn.net.id>. (2 Maret 2009).

William M, Joan Vicker, Sergio Rodriguest. 2002. *The Effect of Anxiety on Visual Search, Movements Kinematics, and Performance in Table Tennis: A Test of Eysenck and Calvo's Processing Efficiency Theory*. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. Vol 24 No.4. pp: 438-455

Yudiantara. 2009. *Kesehatan Mental*. <http://Yudiantara.com>. (5 April 2009)

Zuhdi. 2008. *Hubungan Antara Peran Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Injecting Drug User (IDU)*. <http://one.indoskripsi.com/content/sekilas-tentang-skripsi-online>. (3 Januari 2010)