



**PENGARUH USIA, PENDIDIKAN DAN LAMA PENGGUNAAN
KONTRASEPSI SUNTIK DMPA TERHADAP KECENDERUNGAN
DEPRESI PADA AKSEPTOR KB DI PUSKESMAS SUMBERSARI
JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Oktavia Kusuma Dewi
NIM. 122010101010**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**PENGARUH USIA, PENDIDIKAN DAN LAMA PENGGUNAAN
KONTRASEPSI SUNTIK DMPA TERHADAP KECENDERUNGAN
DEPRESI PADA AKSEPTOR KB DI PUSKESMAS SUMBERSARI
JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan program pendidikan dokter (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

oleh

**Oktavia Kusuma Dewi
NIM. 1220101010**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Allah SWT atas rahmat dan hidayah Nya yang selalu senantiasa tercurahkan kepada saya.
2. Ayahanda Subowo dan Ibunda Suciyati atas segala kasih sayang, dan pengorbanan yang tak pernah henti.
3. Kakak saya Yati Nur Indah Sari dan adik saya Gifta Raditya Prayoga Putra yang selalu memberi dukungan untuk saya
4. Keluarga besar saya dan semua sahabat yang telah membantu dalam segala hal
5. Guru taman kanak-kanak sampai perguruan tinggi beserta almamater.

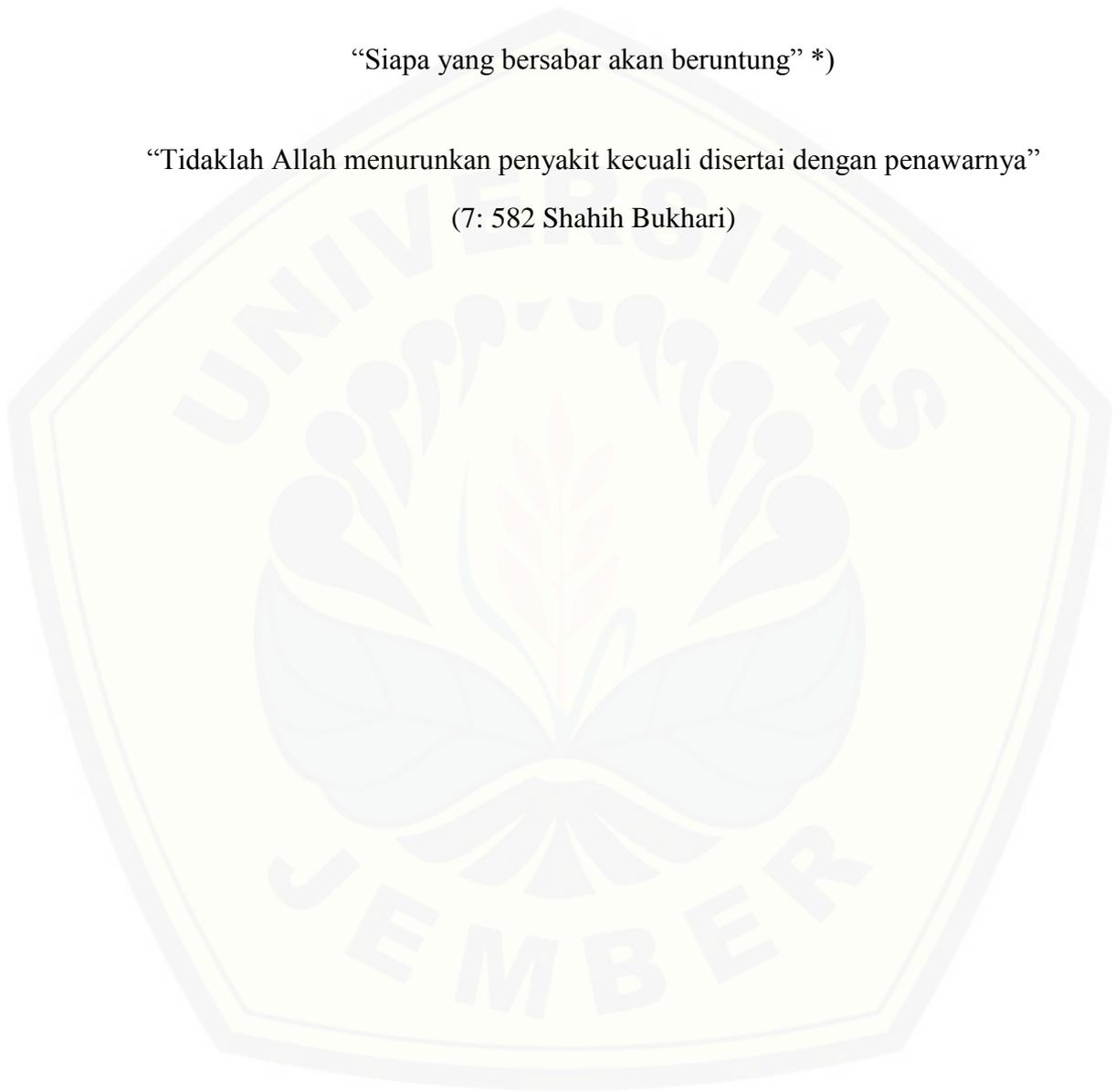
MOTO

“Siapa yang bersungguh-sungguh akan berhasil” *)

“Siapa yang bersabar akan beruntung” *)

“Tidaklah Allah menurunkan penyakit kecuali disertai dengan penawarnya”

(7: 582 Shahih Bukhari)



*) Fuadi, A. 2011. Rumah Tiga Warna. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Oktavia Kusuma Dewi

NIM : 1220101010

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Pengaruh Usia, Pendidikan dan Lama Penggunaan Kontrasepsi Suntik DMPA terhadap Kecenderungan Depresi pada Akseptor KB suntik di Puskesmas Sumbersari Jember” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 28 Desember 2015

Yang menyatakan

Oktavia Kusuma Dewi

NIM 1220101010

SKRIPSI

**PENGARUH USIA, PENDIDIKAN DAN LAMA PENGGUNAAN
KONTRASEPSI SUNTIK DMPA TERHADAP KECENDERUNGAN
DEPRESI PADA AKSEPTOR KB DI PUSKESMAS SUMBERSARI
JEMBER**

Oleh

Oktavia Kusuma Dewi

NIM 122010101010

Pembimbing

Dosen pembimbing 1 : dr. Alif Mardijana, Sp.KJ

Dosen pembimbing II : dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul: Pengaruh Usia, Pendidikan dan Lama Penggunaan Kontrasepsi Suntik DMPA terhadap Kecenderungan Depresi pada Akseptor KB di Puskesmas Sumbersari Jember telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada:

Hari : Senin

Tanggal : 28 Desember 2015

Tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Penguji I

Penguji II

dr. Dwita Aryadina R., M.Kes
NIM : 198010272008122002

dr. Septa Surya Wahyudi, Sp. U
NIP : 197809222005011002

Penguji III

Penguji IV

dr. Alif Mardijana, Sp.KJ
NIP : 195811051987022001

dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M.Kes
NIP : 1982090122008122001

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

dr. Enny Suswati, M.Kes
NIP. 197002141999032001

RINGKASAN

Pengaruh Usia, Pendidikan dan Lama Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Suntik DMPA Terhadap Kecenderungan Depresi Pada Akseptor KB Di Puskesmas Sumbersari Jember; Oktavia Kusuma Dewi, 122010101010; 2015: 64 halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Kontrasepsi hormonal suntik *Depo-Medroxyprogesterone Acetate* (DMPA) merupakan salah satu metode kontrasepsi yang banyak digunakan. Menurut data SDKI (Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia) di Jawa Timur, terdapat peningkatan persentase terhadap penggunaan kontrasepsi suntik setiap tahunnya dan merupakan metode kontrasepsi terbanyak yang digunakan dari semua metode dengan persentase sebesar 55.43%.

Kontrasepsi ini memiliki efektivitas yang tinggi tapi dalam penggunaannya memiliki beberapa efek samping. Efek samping dari pemakaian kontrasepsi DMPA adalah gangguan pola menstruasi, peningkatan berat badan dan dalam penggunaan jangka panjang (≥ 2 tahun) dapat menyebabkan gangguan emosi.

Kecenderungan depresi merupakan salah satu efek samping dari penggunaan jangka panjang kontrasepsi suntik DMPA. Hal itu dibuktikan dari beberapa hasil studi yang telah dilakukan yaitu penggunaan jangka panjang kontrasepsi suntik DMPA dapat menyebabkan gangguan psikologis. Hal ini disebabkan karena adanya progesteron yang mengandung *19-norsteroid* menyebabkan penurunan vitamin B6 (*pyridoxin*) di dalam tubuh. Sehingga dalam penggunaan jangka panjang KB suntik DMPA dapat menyebabkan kecenderungan depresi.

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui pengaruh usia, pendidikan dan lama penggunaan kontrasepsi suntik DMPA terhadap kecenderungan depresi pada akseptor KB. Hasil penelitian diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai bahan informasi dalam pemilihan metode kontrasepsi dengan mempertimbangkan efek samping jangka panjang yang akan ditimbulkan.

Penelitian dilakukan dengan menggunakan kuisioner HDRS yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya. Pengumpulan data dilakukan dengan mengisi lembar kuisioner yang sudah disediakan. Lembar kuisioner yang terdiri atas karakteristik responden dan *informed consent* diisi oleh responden. Pengambilan sampel didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang telah di tentukan. Untuk menilai tingkat depresi responden, digunakan teknik wawancara oleh tenaga terlatih yang didampingi peneliti dengan menggunakan skor HRDS (*Hamilton Depression Rating Scale*). Jawaban yang diperoleh dari wawancara akan dijumlahkan. Hasil penjumlahan kemudian diklasifikasikan berdasarkan tingkat depresinya.

Rancangan penelitian ini adalah menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan jenis penelitian analitik observasional yang menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampel dari penelitian ini adalah akseptor aktif KB suntik DMPA di Puskesmas Sumbersari Jember yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan cara *non probability sampling* dengan metode *purposive sampling*. Setelah data terkumpul dilakukan tabulasi data dalam bentuk tabel dan dikelompokkan. Jawaban setiap pertanyaan akan diberi skor. Kemudian dilakukan uji *Spearman Rank* untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh Usia, Pendidikan dan Lama Penggunaan Kontrasepsi Suntik DMPA Terhadap Kecenderungan Depresi Pada Akseptor KB Di Puskesmas Summersari Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. dr. Enny Suswati, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. dr. Alif Mardijana, Sp.KJ., selaku Dosen Pembimbing Utama, dan dr. Ida Srisurani Wiji Astuti, M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan dan saran dengan penuh kesabaran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan;
3. dr. Dwita Aryadina Rachmawati, M.Kes selaku dosen penguji I dan dr. Septa Surya Wahyudi, Sp. U., selaku dosen penguji II yang telah bersedia menguji dan memberikan saran demi kesempurnann skripsi ini;
4. dr. Ancah Caesarina Novi M., Ph.D., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa;
5. Ayahanda Subowo dan Ibunda Suciyati yang telah senantiasa memberikan do’a, dukungan, bimbingan dan kasih sayang tiada henti;
6. Kakakku, Yati Nur Indah Sari yang telah menjadi panutan dan adikku Gifta Raditya Prayoga Putra yang selalu menjadi penyemangat;
7. Alm. mbah kakung, Sudipyo, alm. Mbah uti, alm. masriyah serta keluarga besar saya Dhe harik, mama tutik, mbah anton, yang selalu memberikan dukungan dan semangat;

8. Sahabatku, Retno Arun Winastuti, Dina Aprilianti, Prisilia Mariska, Nuril, Fatimahtus Zahro, Regina Purana, Atik Aprilia yang telah memberikan pengalaman dan menjadi bagian dari perjalanan hidupku;
9. Teman sejawat angkatan 2012 atas pengalaman, bantuan dan kerjasamanya selama ini;
10. Guru TK Karangmelok, SD Mengen 1, SMP Tamanan, SMA 2 Bondowoso serta para dosen dan civitas Fakultas Kedokteran Universitas Jember, yang senantiasa memberikan ilmu pengetahuan dan dukungan;
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran yang membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 28 Desember 2015

Penulis

DAFTAR ISI

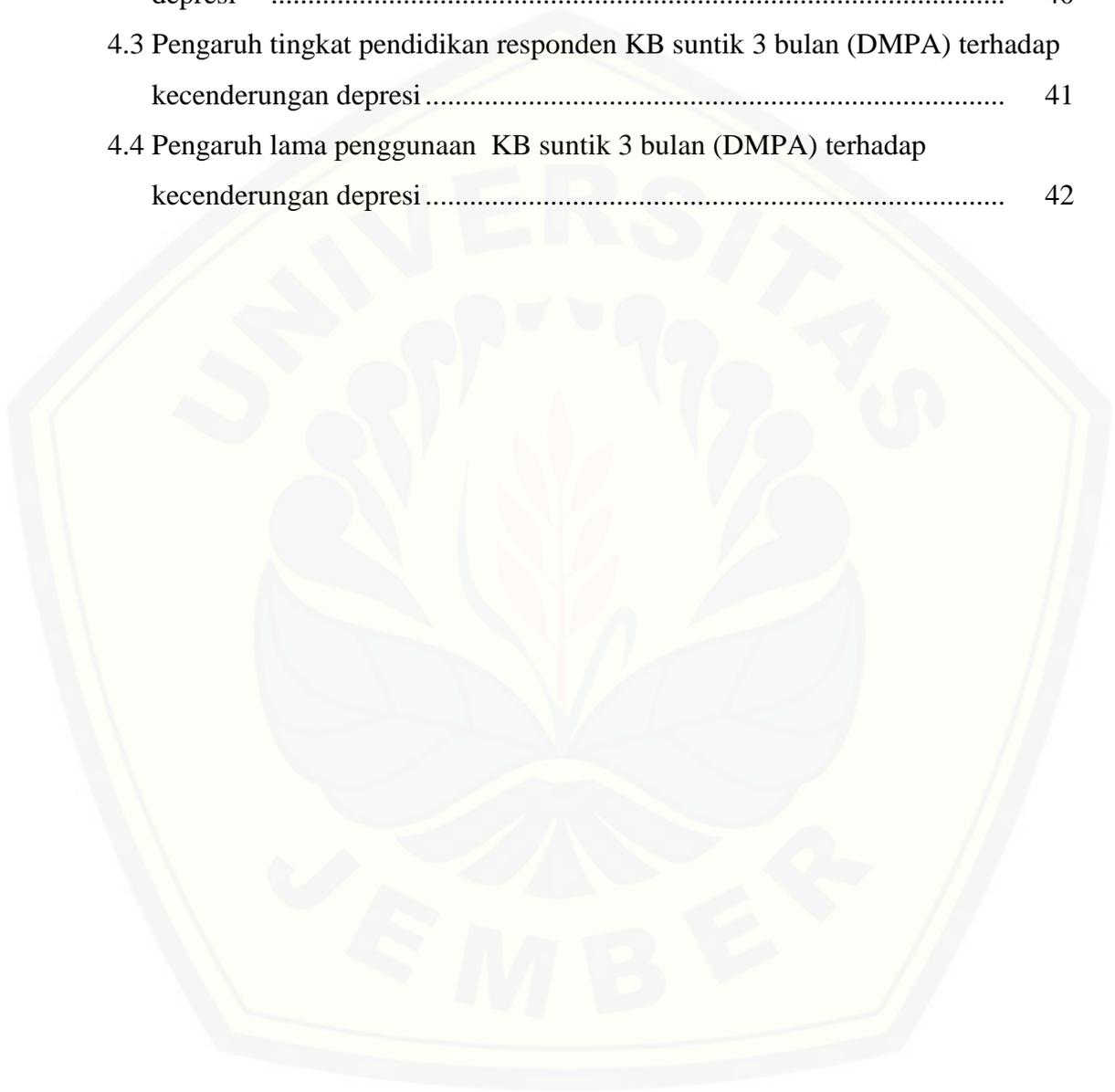
	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSEMBAHAN	iii
MOTO	iv
LEMBAR PERNYATAAN	v
LEMBAR PEMBIMBING	vi
LEMBAR PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ISTILAH	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.4 Manfaat	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi	5
2.1.1 Keluarga Berencana	5
2.1.2 Kontrasepsi	5
2.2 Macam-Macam Metode Kontrasepsi	6
2.2.1 Kontrasepsi traditional	6
2.2.2 Kontrasepsi modern.....	7

2.3 Kontrasepsi suntik DMPA	9
2.3.1 Efektivitas.....	9
2.3.2 Cara kerja	9
2.3.3 Waktu pemberian	10
2.3.4 Cara pemberian.....	10
2.3.5 Kontraindikasi dan indikasi.....	10
2.3.6 Keuntungan	11
2.3.7 Efek samping.....	11
2.4 Depresi	12
2.4.1 Etiologi	12
2.4.2 Faktor yang mempengaruhi depresi	15
2.4.3 Gejala Klinis.....	16
2.4.4 Tingkat Depresi	17
2.5 Usia	19
2.6 Tingkat Pendidikan	19
2.7 Pengaruh lama penggunaan DMPA terhadap depresi	20
2.8 Kerangka Konsep	21
2.9 Hipotesis	22
BAB 3. METODE PENELITIAN	23
3.1 Desain Penelitian	23
3.2 Lokasi dan Waktu penelitian	23
3.2.1 Lokasi penelitian	23
3.2.2 Waktu penelitian.....	23
3.3 Populasi dan sampel penelitian	23
3.3.1 Populasi penelitian	23
3.3.2 Sampel penelitian	23
3.3.3 Teknik pengambilan sampel.....	24
3.3.4 Besar sampel penelitian.....	24
3.4 Variabel penelitian	25
3.4.1 Variabel bebas	25
3.4.2 Variabel terikat	25

3.4.3 Variabel kontrol.....	25
3.4.4 Definisi operasional variabel.....	25
3.5 Instrumen pengumpulan data	27
3.6 Prosedur pengumpulan data.....	27
3.6.1 Uji Kelayakan	27
3.6.2 <i>Informed Consent</i>	28
3.6.3 Pengumpulan data populasi dan pengambilan sampel	28
3.7 Prosedur penelitian	29
3.6.1 Alur penelitian	29
3.8 Pengolahan dan Analisis data	30
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	32
4.1 Hasil penelitian.....	32
4.1.1 Analisis univariat.....	32
4.1.2 Analisis bivariat	39
4.2 Pembahasan.....	42
4.3 Keterbatasan penelitian	45
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	45
5.1 Kesimpulan.....	45
5.2 Saran	45
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

4.1 Uji normalitas Shapiro-Wilk menggunakan <i>SPSS ver 20</i>	36
4.2 Pengaruh usia responden KB suntik 3 bulan (DMPA) terhadap kecenderungan depresi	40
4.3 Pengaruh tingkat pendidikan responden KB suntik 3 bulan (DMPA) terhadap kecenderungan depresi	41
4.4 Pengaruh lama penggunaan KB suntik 3 bulan (DMPA) terhadap kecenderungan depresi	42



DAFTAR GAMBAR

2.1 Kerangka Konseptual	21
3.1 Alur Penelitian	29
4.1 Distribusi responden berdasarkan usia.....	32
4.2 Distribusi responden berdasarkan tingkat penghasilan	33
4.3 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan	34
4.4 Distribusi responden berdasarkan lama penggunaan KB suntik DMPA ...	34
4.5 Distribusi responden berdasarkan tingkat depresi	35
4.6 Distribusi frekuensi akseptor KB suntik DMPA yang mengalami depresi berdasarkan usia	36
4.7 Distribusi frekuensi akseptor KB suntik DMPA yang mengalami depresi berdasarkan tingkat pendidikan.....	37
4.8 Distribusi frekuensi akseptor KB suntik DMPA yang mengalami depresi berdasarkan lama pemakaian	38

DAFTAR LAMPIRAN

A. Surat Keterangan Penelitian.....	49
A.1 Keterangan Persetujuan Etik	49
B. Instrumen Penelitian	51
B.1 Kuesioner Penelitian	51
B.2 HDRS (Hamilton Depression Rating Scale)	55
C. Hasil Uji Analisis Data	61
C.1 Lampiran Hasil Uji Univariat	61
C.2 Lampiran Hasil Uji Normalitas	62
C.3 Lampiran Hasil Uji Bivariat	63

DAFTAR ISTILAH

DMPA = *Depo-Medroxyprogesterone Acetate*

IUD = *Intrauterine Device*

MOP = Metode Operatif Pria

MOW

Metode Operatif Wanita

=



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu kontrasepsi yang populer di Indonesia adalah kontrasepsi suntik. Menurut data SDKI (Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia) di Jawa Timur, terdapat peningkatan persentase terhadap penggunaan kontrasepsi suntik setiap tahunnya dan merupakan metode kontrasepsi terbanyak yang digunakan dari semua metode dengan persentase sebesar 55.43% pada tahun 2012. Kemudian disusul oleh kontrasepsi Pil (23.48%), IUD (*Intrauterine Device*) (7.99%), MOW (Metode Operatif Wanita) (5.59%), Implant (4.95%), Kondom (2.08%) dan terakhir adalah MOP (Metode Operatif Pria) (0.48%) (BKKBN, 2012).

Puskesmas Sumpalsari merupakan pusat pelayanan primer dengan akseptor KB terbanyak di Kabupaten Jember. Kontrasepsi suntik tetap menjadi primadona karena memiliki jumlah akseptor paling banyak diminati dengan 134.542 akseptor aktif (BKKBN, 2014). Hal tersebut disebabkan karena daya kerja kontrasepsi suntik yang lama, tidak membutuhkan pemakaian setiap hari atau setiap akan bersenggama tetapi tetap reversibel.

Kontrasepsi suntik yang banyak digunakan adalah *Depo-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA)*, *Norethindrone Enanthate (Net-En)* dan *Cyclofem*. DMPA merupakan kontrasepsi suntik yang sering dipakai dan sampai saat ini telah digunakan di lebih dari 90 negara dalam waktu sekitar 20 tahun dengan jumlah akseptor lebih dari 5 juta wanita (Hartanto, 2013). Akan tetapi dalam penggunaannya, DMPA memiliki beberapa efek samping seperti gangguan pola menstruasi, peningkatan berat badan dan dalam penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan gangguan emosi (Affandi, 2012).

Penelitian tentang hubungan DMPA dan depresi masih terbatas. Beberapa pengguna melaporkan depresi sebagai salah satu efek samping dari DMPA (Cunningham *et al.*, 2013). Dalam penggunaan jangka panjang hingga lebih dari dua tahun, Noprisanti (2010) mengatakan penggunaan kontrasepsi

suntik tiga bulan (DMPA) dapat menimbulkan gangguan psikologis sebesar 96,3% dari sampel yang di teliti.

Progestin yang terkandung di dalam kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi sistem *serotonergic*. Dimana progestin dapat menurunkan tingkat serotonin dalam otak (Yulianti, 2010). Serotonin berperan dalam gangguan *mood*, yang akan mempengaruhi fungsi dasar seperti gangguan tidur, makan, seksual dan ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan senang.

Toffol (2011) melaporkan efek samping kontrasepsi hormonal juga dapat muncul pada kelompok perempuan yang rentan. Biasanya keluhan yang muncul adalah keluhan somatik, kecemasan, serta kerentanan terhadap timbulnya stresor dari lingkungan. Civicet *al* (2000) melaporkan hubungan positif antara penggunaan 3 tahun DMPA dengan gejala depresi. Dalam penelitian tersebut, akseptor yang melanjutkan penggunaan, mengalami tingkat depresi yang meningkat. Tetapi setelah beberapa bulan penghentian DMPA, tingkat depresi menurun. Hal tersebut membuktikan bahwa lama penggunaan kontrasepsi suntik DMPA dapat mempengaruhi tingkat kecenderungan depresi akseptor.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk mengetahui pengaruh lama penggunaan kontrasepsi suntik DMPA terhadap kecenderungan depresi pada akseptor KB. Sehingga diharapkan tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi dalam penggunaan KB serta masyarakat dapat menggunakan metode kontrasepsi terutama DMPA yang sesuai berdasarkan manfaat dan risikonya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di dalam latar belakang dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut : “Adakah pengaruh lama penggunaan kontrasepsi suntik DMPA terhadap kecenderungan depresi pada akseptor KB ?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh lama penggunaan kontrasepsi suntik DMPA terhadap kecenderungan depresi pada akseptor KB.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi lama pemakaian kontrasepsi hormonal suntik DMPA yang mengalami kecenderungan depresi
- b. Mengidentifikasi usia akseptor KB suntik DMPA yang mengalami kecenderungan depresi
- c. Mengidentifikasi tingkat pendidikan akseptor KB suntik DMPA yang mengalami kecenderungan depresi

1.4 Manfaat

Manfaat penelitian ini diarahkan untuk pengembangan ilmu pengetahuan lebih lanjut dan kepentingan bagi lembaga terkait, antara lain :

- a. Institusi Pendidikan Kedokteran

Sebagai wahana pembelajaran dalam melaksanakan penelitian serta memperluas ilmu pengetahuan tentang pengaruh lamapenggunaan kontrasepsi suntik DMPA terhadap kecenderungan depresi pada akseptor KB.

- b. Tenaga Kesehatan

Dapat digunakan sebagai masukan bagi tenaga kesehatan untuk memberikan edukasi tentang efek samping yang mungkin terjadi dengan jangka waktu lama penggunaan kontrasepsi suntik DMPA sehingga masyarakat dapat memilih alat kontrasepsi dengan efek samping seminimal mungkin.

c. Masyarakat

Dengan adanya penelitian ini dapat bermanfaat bagi masyarakat untuk mengetahui hubungan lama penggunaan kontrasepsi suntik DMPA terhadap kecenderungan depresi sehingga masyarakat dapat mencegah efek samping yang ditimbulkan oleh alat kontrasepsi pilihannya.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keluarga Berencana dan Kontrasepsi

2.1.1 Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan upaya pelayanan kesehatan preventif yang paling dasar serta merupakan alasan utama untuk mencegah kematian dan kesakitan ibu (Affandi, 2012). Hal ini bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera dengan mengendalikan angka kelahiran dan angka pertumbuhan penduduk Indonesia (Winkjosastro, 2012).

Menurut WHO (*World Health Organization*) Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, menentukan jumlah anak dalam keluarga (Hartanto, 2013).

2.1.2 Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah alat yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk mengatur kehamilan. Kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi fertilitas karena dapat bersifat sementara dan dapat pula bersifat permanen. Sampai saat ini belum ada suatu cara kontrasepsi yang 100% ideal. Ciri-ciri kontrasepsi yang ideal meliputi daya guna, aman, murah, estetik, mudah di dapat, tidak memerlukan motivasi terus-menerus, dan efek samping minimal (Winkjosastro, 2012). Kontrasepsi yang di butuhkan mempunyai ciri-ciri reversibilitas yang tinggi dan efektivitas yang tinggi (Hartanto, 2013).

2.2 Macam-Macam Metode Kontrasepsi

Menurut WHO (2015) kontrasepsi dibagi menjadi 2 jenis, yaitu :

2.2.1 Metode kontrasepsi tradisional

a. Kontrasepsi Kalender/Pantang Berkala

Kontrasepsi kalender atau pantang berkala adalah kontrasepsi yang tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur istri. Cara kerjanya dengan memantau sendiri siklus menstruasi selama 6 bulan terakhir. Tentukan siklus terpendek dan terpanjang. Siklus menstruasi terpendek dikurangi 18 hari dan siklus menstruasi terpanjang dikurangi 11 hari. Dua angka yang di peroleh merupakan *range* masa subur. Dalam jangka waktu subur tersebut harus menghindari senggama (*World Health Organization, 2015*).

Metode kontrasepsi ini kurang efektif karena kegagalan cukup tinggi yaitu 20-30 kehamilan pada 100 wanita dalam satu tahun. Umumnya semakin teratur siklus menstruasi wanita, makin kecil tingkat kegagalan cara ini (*Winkjosastro, 2012*). Masalah terbesar dari metode kalender ini adalah jarang ada wanita yang mempunyai siklus haid yang teratur setiap 28 hari (*Hartanto, 2013*).

b. *Coitus Interruptus* (Senggama Terputus)

Kontrasepsi *Coitus Interruptus* atau metode *withdrawal* merupakan kontrasepsi yang dilakukan dengan mengeluarkan penis dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. Penis dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak terjadi pertemuan antara sperma dan ovum serta kehamilan dapat dicegah (*Affandi, 2012*). Hal ini merupakan salah satu metode yang paling tidak efektif karena sulit untuk menentukan waktu penarikan yang tepat, yang mengarah kerisiko ejakulasi sementara di dalam vagina (*World Health Organization, 2015*). Angka kegagalan cukup tinggi dengan 26-23 kehamilan per 100 wanita pertahunnya. Hal ini di sebabkan karena adanya cairan pre-ejakulasi (yang sebelumnya sudah tersimpan dalam kelenjar prostat, urethra, kelenjar cowper) yang dapat keluar setiap saat dan setiap tetes dapat mengandung berjuta-juta spermatozoa, selain

itu kurangnya kontrol diri pria dimana pada metode ini justru sangat penting (Hartanto, 2013).

c. Kondom

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang terbuat dari lateks (karet), vinil (plastik) atau bahan alami (produksi hewani). Cara kerja kondom dengan menghalangi masuknya spermatozoa kedalam traktus genitalia interna wanita sehingga pertemuan antara sperma dan ovum dapat dicegah (Hartanto, 2013). Kondom pria mempunyai keberhasilan 98% dan kondom wanita 90% jika penggunaan benar dan konsisten. Selain itu dapat mencegah infeksi menular seksual seperti HBV, HIV/AIDS (*World Health Organization*, 2015).

2.2.2 Metode kontrasepsi modern

a. Kontrasepsi Pil Oral

Kontrasepsi pil adalah kontrasepsi yang berbentuk pil atau tablet yang berisi gabungan hormon estrogen dan progesteron (pil kombinasi) atau hanya mengandung hormon progesteron saja (*mini pil*). Cara kerja kontrasepsi ini dengan menekan ovulasi untuk mencegah lepasnya sel telur dari ovarium, mengentalkan lendir serviks sehingga sperma sulit untuk masuk kedalam rahim (Affandi, 2012). Pil kombinasi memiliki angka kegagalan <1% dan pil mini sebesar 1% untuk mencegah kehamilan jika pemakai benar dan konsisten. Pil kombinasi dapat menurunkan risiko kanker endometrium dan ovarium sedangkan pil mini dapat digunakan saat menyusui (*World Health Organization*, 2015).

b. Kontrasepsi Suntik

Terdiri dari 3 jenis yaitu *Depo-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA)*, *Norethindrone Enanthate (Net-En)* yang mengandung progestin dan *Cyclofem* yang mengandung progestin dan estrogen. Cara kerja kontrasepsi suntik hampir sama dengan pil yaitu dengan menekan ovulasi untuk mencegah lepasnya sel telur dari ovarium, mengentalkan lendir mulut rahim sehingga sperma sukar untuk masuk kedalam rahim, dan menipiskan lapisan

endometrium (Affandi, 2012). Dalam tahun pertama penggunaan, kontrasepsi suntik memiliki tingkat kegagalan sebesar 0,25% secara teoritis dan 3-5% secara prakteknya dalam 100 wanita (Hartanto, 2013).

c. Kontrasepsi *Implant*

Kontrasepsi yang di tempatkan dibawah kulit lengan atas. Berbentuk kecil, batang fleksibel atau kapsul. Mengandung hormon progesteron saja (levonorgestrel). Cara kerjanya dengan menekan ovulasi, melendirkan serviks, dan membuat endometrium tidak mudah untuk terjadi implantasi dan mengurangi transportasi sperma (Affandi, 2012). Angka kurang dari satu wanita dalam 100 wanita pertahun dalam 5 tahun pertama. Setelah 5 tahun efektivitas berkurang sedikit dengan 2.5-3% akseptor menjadi hamil pada tahun ke-6 (Hartanto, 2013).

d. IUD (AKDR)

AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) merupakan alat kontrasepsi yang dimasukkan dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam. Ada yang mengandung tembaga dan ada pula yang hanya berisi progesteron (levonogestrel). AKDR tembaga berbentuk plastik kecil dan fleksibel yang di selubungi oleh kawat halus dan terbuat dari tembaga (Cu). Contohnya yang beredar di Indonesia adalah AKDR CuT-380A dan AKDR progestin yang mengandung hormon progestin (levonogestrel). Cara kerja AKDR tembaga adalah dengan menghambat kemampuan sperma untuk masuk kedalam tuba fallopi, dapat merusak sperma dan mencegahnya untuk bertemu dengan ovum sedangkan IUD levonogestrel menekan pertumbuhan lapisan rahim (Affandi, 2012).

e. MOW (Tubektomi)

Tubektomi atau MOW (Metode operatif wanita) merupakan suatu prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas seorang perempuan. Dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat atau memotong) sehingga ovum tidak dapat bertemu dengan sperma (Affandi, 2012). Angka kegagalan 0-2.7 kehamilan pada 100 wanita (Hartanto, 2013). Pada kontrasepsi jenis ini *informed consent* mutlak diperlukan (World Health Organization, 2015).

f. MOP (Vasektomi)

Vasektomi atau Metode Operatif Pria (MOP) merupakan Prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria. Dengan cara melakukan oklusi vasa deferensia sehingga transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi (Affandi, 2012). Efektivitas dari metode ini adalah 99% setelah 20 ejakulasi atau 3 bulan dengan angka kegagalan umumnya <1%. Tidak ada efek samping jangka panjang terhadap kontrasepsi ini, konseling dan *informed consent* mutlak diperlukan (World Health Organization, 2015).

2.3 Kontrasepsi Suntik DMPA

2.3.1 Efektivitas

Efektivitas kontrasepsi suntik DMPA tinggi dengan 0.3 kehamilan per 100 perempuan per tahun asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan (Affandi, 2012). Pada tahun pertama penggunaan, kontrasepsi ini memiliki tingkat kegagalan yang rendah sekitar 0.25% secara teoritis dan 3-5% pada prakteknya (Hartanto, 2013).

2.3.2 Cara Kerja

Mekanisme kerja kontrasepsi suntik menurut Hartanto (2013) adalah sebagai berikut :

a. Primer : mencegah Ovulasi

Mencegah terjadinya ovulasi dengan cara menghalangi pengeluaran *folikel stimulating hormone (FSH)* dan *Lutenizing hormone (LH)* serta tidak terjadi lonjakan LH.

b. Sekunder

- 1) Mengentalkan lendir serviks sehingga menjadi barrier terhadap spermatozoa.
- 2) Mengubah suasana endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi.
- 3) Mungkin mempengaruhi transpor ovum di dalam tuba fallopi.

2.3.3 Waktu Pemberian

Waktu pemberian kontrasepsi suntik adalah setiap saat selama siklus haid, mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid. Pada ibu yang tidak haid injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tidak hamil dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual. Jika ibu telah menggunakan kontrasepsi hormonal jenis lain sebelumnya dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi suntik. Jika kontrasepsi sebelumnya dilakukan secara benar serta ibu tersebut tidak hamil dan suntikan pertama dapat segera diberikan karena tidak perlu menunggu sampai siklus haid berikutnya datang. Waktu pemberian kontrasepsi suntik DMPA setiap 90 hari atau 3 bulan sekali (Affandi, 2012).

2.3.4 Cara Pemberian

Cara pemberian kontrasepsi suntik DMPA secara intramuskular di daerah gluteus. Injeksi harus diberikan secara tepat karena dapat mempengaruhi efektivitas kontrasepsi. Pemberian injeksi secara dangkal dapat mempengaruhi proses penyerapan sehingga penyerapan menjadi lambat dan tidak cepat bekerja. Sebelum di injeksi, kulit dibersihkan dahulu dengan kapas alkohol yang dibasahi *etil/isopropil alcohol* 60-90%. Biarkan kering kemudian baru dilakukan injeksi intramuskular (Affandi, 2012).

2.3.5 Kontraindikasi dan Indikasi

Affandi (2012) menyebutkan kontraindikasi pada penggunaan kontrasepsi DMPA adalah wanita hamil atau di curigai hamil karena terdapat risiko morbiditas setiap 7 janin dalam 100.000 kelahiran. Kontraindikasi lainnya adalah perdarahan pervaginam dengan penyebab yang belum jelas, amenorea, menderita kanker payudara atau mempunyai riwayat kanker sebelumnya, serta diabetes disertai komplikasi. Penggunaan pada pasien yang memiliki riwayat depresi sebelumnya harus hati-hati dan harus dilakukan *follow up*.

Sedangkan indikasi penggunaan kontrasepsi suntik adalah pada wanita dengan usia produksi, nulipara ataupun yang telah memiliki anak, menghendaki

kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektivitas yang tinggi, ibu menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, kontrasepsi ini dapat di berikan pada saat setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah abortus atau keguguran, memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi, perokok, wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg, sedang menggunakan obat-obatan tertentu seperti obat epilepsi atau obat TBC, pada orang dengan kontraindikasi kontrasepsi estrogen, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, anemia defisiensi zat besi, dan mendekati usia menopause yang tidak mau atau kontraindikasi pil kontrasepsi kombinasi (Affandi, 2012).

2.3.6 Keuntungan

Keuntungan penggunaan kontrasepsi suntik DMPA adalah tidak mengandung hormon estrogen sehingga tidak berdampak serius pada penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, reversibel, pencegahan kehamilan jangka panjang, menurunkan risiko kehamilan ektopik, menurunkan risiko penyakit jinak payudara, menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*), tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, dapat digunakan pada wanita usia >35tahun sampai perimenopause, sedikit efek samping (Affandi, 2012).

2.3.7 Efek Samping

Menurut Hartanto (2013) efek samping dari kontrasepsi suntik adalah :

- a. Gangguan haid (yang paling sering dan paling mengganggu)
- b. Berat badan bertambah
- c. Sakit kepala
- d. Pada penggunaan jangka panjang DMPA hingga ≥ 2 tahun dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido dan gangguan emosi. Hal ini di sebabkan karena penggunaan hormonal yang lama dapat mengakibatkan ketidakseimbangan hormon estrogen maupun progesteron dalam tubuh. Bila sudah dua tahun harus pindah ke metode kontrasepsi yang lain seperti kondom atau kalender (Affandi, 2012).

2.4 Depresi

Depresi merupakan suatu sindrom yang di tandai dengan sejumlah manifestasi yang berbeda-beda pada setiap individu. WHO (2012) mengatakan depresi ditandai dengan perasaan sedih, kehilangan ketertarikan atau minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah atau penurunan harga diri, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan kesenangan dan penurunan konsentrasi.

2.4.1 Etiologi

Kaplan (2010) menyebutkan faktor penyebab depresi berasal dari berbagai kombinasi faktor.

a. Faktor Biologis

Terdapat abnormalitas biologis pada pasien dengan gangguan *mood*. Monoamine neurotransmitter seperti norepinefrin, dopamin, serotonin dan histamin merupakan teori utama yang menyebabkan gangguan *mood*. Dalam penelitian terakhir menyebutkan bahwa serotonin dan norepinefrin yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan *mood*. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi dan pada orang yang bunuh diri memiliki serotonin yang rendah (Kaplan *et al.*, 2010). Serotonin bertanggung jawab untuk mengontrol regulasi afek, agresi, tidur dan nafsu makan. Penelitian menemukan jumlah serotonin berkurang di celah sinap yang dikatakan bertanggung jawab untuk terjadinya depresi. Penggunaan obat-obatan yang bersifat serotonergik pada pengobatan depresi dan efektivitas dari obat-obatan tersebut menunjukkan bahwa adanya suatu teori yang berkaitan antar depresi dengan kadar serotonin. Keterlibatan norepinefrin dalam depresi, dikatakan bahwa β_2 -presinaptik terlibat pada depresi, yaitu aktifnya reseptor yang mengakibatkan pengurangan jumlah pelepasan norepinefrin. Reseptor β_2 -presinaptik juga terletak pada neuron serotonergik dan mengatur jumlah pelepasan serotonin (Elvira & Hadisukanto, 2013).

Dopamin yang rendah di temukan pada orang depresi. Dua teori terbaru tentang dopamin dan depresi adalah jalur dopamin mesolimbik mungkin mengalami disfungsi pada depresi dan reseptor dopamin D_1

mungkin hipoaktif pada depresi (Elvira & Hadisukanto, 2013). Selain itu hal ini tampak pada penggunaan respirin dan penyakit parkinson dimana konsentrasi dopamin menurun dengan disertai gejala depresi. Sedangkan obat yang meningkatkan dopamin seperti tyrosin, amphetamine dan bupropion menurunkan gejala depresi (Kaplan *et al.*, 2010).

b. Faktor Genetik

Genetik merupakan faktor penting dalam perkembangan gangguan *mood*, tetapi jalur penurunan sangat kompleks. Sulit untuk mengabaikan efek psikososial dan faktor non-genetik kemungkinan berperan sebagai penyebab berkembangnya gangguan *mood*, setidaknya pada beberapa orang. Penelitian dalam keluarga mengatakan bahwa generasi pertama mempunyai risiko 2 sampai 10 kali lebih sering mengalami depresi berat. Dua dari studi menemukan gangguan depresi berat diturunkan secara genetik. Studi menunjukkan, anak biologis dari orang tua yang terkena gangguan *mood* berisiko untuk mengalami gangguan *mood* walaupun anak tersebut di besarkan oleh orangtua angkat. Penelitian lain tentang anak kembar menyebutkan bahwa kembar dizigotik mempunyai persentase sebesar 13-28% gangguan depresi berat, sedangkan pada anak kembar monozigotik 35-69% (Elvira & Hadisukanto, 2013).

c. Faktor Psikososial

Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi peristiwa kehidupan dan stresor lingkungan, kepribadian dan teori kognitif.

1) Peristiwa kehidupan dan stresor lingkungan

Para klinisi percaya bahwa peristiwa kehidupan memegang peran utama dalam depresi, klinis lain menyatakan bahwa peristiwa kehidupan hanya memiliki peranan terbatas dalam onset depresi. Peristiwa kehidupan yang membuat seseorang merasa tertekan (stres) dapat mencetuskan terjadinya depresi. Episode pertama ini lebih ringan dibandingkan episode berikutnya. Ada teori yang mengemukakan adanya stres sebelum episode pertama menyebabkan perubahan biologi otak yang bertahan lama. Hal ini menyebabkan perubahan berbagai neurotransmitter dan sistem sinyal

intraneuron, termasuk hilangnya beberapa neuron dan penurunan kontak sinaps. Dampaknya seseorang individu berisiko tinggi mengalami episode berulang gangguan *mood* sekalipun tanpa stresor dari luar. Faktor risiko misalnya kehilangan orang tua sebelum berusia 11 tahun dan kehilangan pasangan (Elvira & Hadisukanto, 2013). Faktor risiko lain adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan *et al.*, 2010).

2) Faktor kepribadian

Semua orang, apapun pola kepribadiannya dapat mengalami depresi sesuai dengan situasinya. Orang dengan gangguan kepribadian histrionik dan ambang berisiko tinggi untuk mengalami depresi dibandingkan dengan gangguan kepribadian paranoid atau antisosial. Peristiwa *stressful* merupakan prediktor terkuat untuk kejadian episode depresi. Riset menunjukkan bahwa pasien yang mengalami stresor akibat tidak adanya kepercayaan diri lebih sering mengalami depresi (Elvira & Hadisukanto, 2013).

3) Faktor kognitif

Faktor kognitif seperti adanya interpretasi yang keliru terhadap sesuatu, menyebabkan distorsi pikiran yang menjadi negatif tentang pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme dan ketidakputusasaan. Pandangan yang negatif tersebut menyebabkan perasaan depresi (Kaplan *et al.*, 2010). Postulat Aaron Beck menyatakan trias kognitif dari depresi mencakup (1) Pandangan terhadap diri sendiri berupa persepsi negatif terhadap diri sendiri (2) Tentang lingkungan yakni kecenderungan menganggap dunia bermusuhan terhadapnya (3) Tentang masa depan yakni bayangan penderitaan dan kegagalan (Elvira & Hadisukanto, 2013).

d. Faktor Neuroendokrin

Hormon telah lama diperkirakan mempunyai peranan penting dalam gangguan *mood*, terutama gangguan depresi. Sistem neuroendokrin meregulasi hormon-hormon penting yang berperan dalam gangguan *mood*, yang akan mempengaruhi fungsi dasar seperti gangguan tidur, makan, seksual dan ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan senang. Tiga komponen penting dalam sistem neuroendokrin yaitu, hipotalamus, kelenjar pituitari dan korteks adrenal yang bekerja sama dalam feedback biologis yang secara penuh berkoneksi dengan sistem limbik dan korteks serebral (Kaplan *et al.*, 2010).

2.4.2 Faktor yang mempengaruhi depresi

Menurut Elvira & Hadisukanto (2013), mengatakan faktor yang dapat mempengaruhi depresi adalah sebagai berikut:

a. Jenis Kelamin

Perempuan mempunyai risiko dua kali lebih besar daripada laki-laki karena diduga adanya perbedaan hormon, pengaruh melahirkan, perbedaan stresor psikososial.

b. Status Perkawinan

Sedangkan jika dilihat dari status perkawinan, perempuan yang tidak menikah memiliki kecenderungan lebih rendah untuk menderita depresi dibandingkan dengan yang menikah namun berbanding terbalik dengan laki-laki.

c. Penyakit Kronis

Selain faktor tersebut, penyakit kronis juga merupakan faktor yang dapat mempengaruhi depresi. Menurut Voinov *et al* (2013) prevalensi terjadinya depresi pada penyakit kronis menunjukkan angka yang tinggi secara signifikan di masyarakat. Depresi pada penyakit kronis memiliki angka mortalitas yang sama tingginya dengan kebiasaan merokok.

Prevalensi depresi pada pasien dengan penyakit kronis lebih tinggi daripada orang dengan tanpa penyakit kronis. Depresi dan penyakit kronis memiliki keterkaitan yang sangat erat berdasarkan *based evidence* yang cukup

kuat bahwa depresi memberikan kontribusi yang negatif terhadap perkembangan penyakit kronis. Hal ini dapat dipengaruhi oleh multifaktor seperti :

1) Gaya hidup

Hingga tahun pertengahan 1960, banyak yang berpikir bahwa depresi pada penyakit kronis dapat muncul akibat gaya hidup seperti pengobatan yang lama, gangguan tidur dan nutrisi, kurangnya aktifitas, gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, alkohol dan penyalahgunaan zat terlarang. Gaya hidup yang buruk dinilai dapat menyebabkan depresi pada penyakit kronis.

2) Supresi imunitas seluler

Terdapat penurunan proliferasi limfosit, sehingga terjadi gangguan sinyal serotonin pada membran limfosit seperti sel dendritik, monosit dan sel CD-4 dan CD-8 yang semuanya mempunyai reseptor serotonin-1 (Voinov, *et al.*, 2013).

2.4.3 Gejala Klinis

Menurut Kaplan (2010) ciri-ciri umum dari depresi adalah :

a. Perubahan pada kondisi emosional

Perubahan pada kondisi *mood* (periode terus menerus dari perasaan terpuruk, depresi, sedih atau muram). Penuh dengan air mata atau menangis serta meningkatnya iritabilitas (mudah tersinggung), kegelisahan atau kehilangan kesadaran.

b. Perubahan dalam motivasi

Perasaan tidak termotivasi atau memiliki kesulitan untuk memulai (kegiatan) di pagi hari atau bahkan sulit bangun dari tempat tidur. Menurunnya tingkat partisipasi sosial atau minat pada aktivitas sosial. Kehilangan kenikmatan atau minat dalam aktivitas yang menyenangkan. Menurunnya minat pada seks serta gagal untuk berespon pada pujian atau *reward*.

c. Perubahan dalam fungsi dan perilaku motorik

Gejala-gejala motorik yang dominan dan penting dalam depresi adalah retardasi motor yakni tingkah laku motorik yang berkurang atau lambat,

bergerak atau berbicara dengan lebih perlahan dari biasanya. Perubahan dalam kebiasaan tidur (tidur terlalu banyak atau terlalu sedikit, bangun lebih awal dari biasanya dan merasa kesulitan untuk tidur kembali). Perubahan dalam selera makan (makan terlalu banyak atau terlalu sedikit). Perubahan dalam berat badan (bertambah atau kehilangan berat badan). Beraktivitas kurang efektif atau energik dari pada biasanya, orang-orang yang menderita depresi sering duduk dengan sikap yang terkulai dan tatapan yang kosong tanpa ekspresi.

d. Perubahan kognitif

Kesulitan berkonsentrasi atau berpikir jernih. Berpikir negatif mengenai diri sendiri dan masa depan. Perasaan bersalah atau menyesal mengenai kesalahan dimasa lalu.

2.4.4 Tingkat depresi

Tingkat depresi menurut PPDGJ-III (Maslim, 2013) dibagi menjadi depresi ringan, sedang dan berat (dengan atau tanpa gejala psikotik). Hal ini didasarkan pada gejala utama dan gejala lainnya.

Gejala utama depresi yang di keluhkan pada depresi ringan, sedang dan berat adalah afek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan dan berkurangnya energi seperti mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah bekerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

Gejala lainnya adalah berkurangnya konsentrasi dan perhatian terhadap sesuatu, berkurangnya harga diri dan kepercayaan diri, gagasan tentang rasa bersalah dan merasa tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri (bunuh diri), tidur terganggu, nafsu makan berkurang (Maslim, 2013).

Depresi ditandai dengan gangguan komponen psikologi dan komponen somatik. Komponen psikologis tersebut adalah rasa sedih, susah, rasa tak bersalah, gagal, kehilangan, tidak ada harapan, putus asa, penyesalan yang patologis. Sedangkan komponen somatik yang di alami adalah anorexia, konstipasi, kulit lembap (rasa dingin), tekanan darah dan nadi menurun. Ingatlah

akan adanya depresi bila terdapat gangguan tidur, anorexia, serta semangat kerja atau bergaul dan nafsu sexual menurun (Maramis, 2009).

a. Depresi ringan

Minimal terdapat 2 dari 3 gejala utama diatas, ditambah minimal 2 gejala lainnya yang sudah di sebutkan diatas, tidak boleh ada gejala berat, berlangsung sekitar 2 minggu, hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan.

b. Depresi sedang

Beberapa kriteria depresi sedang adalah minimal terdapat 2 dari 3 gejala utama diatas, ditambah minimal 3 atau 4 gejala lainnya diatas, berlangsung sekitar 2 minggu, menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

c. Depresi berat

Depresi berat dapat disertai dengan gejala psikotik ataupun tidak. Beberapa kriteria depresi berat tanpa gejala psikotik adalah terdapat 3 gejala utama disertai dengan minimum 4 gejala lainnya diatas, berlangsung sekitar 2 minggu, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, pasien sangat tidak mungkin melakukan kegiatan sosial, pekerjaan atau ibu rumah tangga, kecuali pada taraf yang terbatas.

Beberapa kriteria depresi berat dengan gejala psikotik adalah termasuk kriteria berat tanpa gejala psikotik yang telah disebutkan diatas disertai waham atau halusinasi. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi berupa auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh atau bau kotoran atau daging yang membusuk (Maslim, 2013).

Untuk mengukur derajat depresi, dapat menggunakan skala pengukuran HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*) yang telah teruji validitas dan reliabilitasnya. Depresi diperoleh dari hasil skor total melalui wawancara terpimpin. Skor yang diperoleh kemudian di kelompokkan berdasarkan kriteria dengan interpretasi sebagai berikut:

Nilai keseluruhan ≤ 7	: normal
Nilai keseluruhan ≥ 8	: kecenderungan depresi

2.5 Usia

Istilah usia diartikan dengan lamanya keberadaan seseorang di ukur dalam satuan waktu, dan dipandang dari segi individu normal yang memperlihatkan derajat perkembangan anatomis dan fisiologik yang sama (Nuswantari, 1998).

Secara umum pandangan hubungan antara umur berbandaing lurus dengan penurunan fungsi, sebagai akibat perubahan anatomi tubuh. Proses terjadinya depresi semakin besar dengan bertambahnya umur (Thompson & Shaked, 2009).

2.6 Pendidikan

Pendidikan merupakan pembentukan pribadi yang mencakup pembentukan cipta, rasa dan karsa (kognitif, afektif, dan psikomotor) yang sejalan dengan pengembangan fisik. Pendidikan diartikan sebagai suatu kegiatan yang sistematis dan sistemik terarah kepada terbentuknya kepribadian. Proses pembentukan kepribadian meliputi dua sasaran yaitu pembentukan pribadi bagi mereka yang belum dewasa oleh mereka yang dewasa, dan bagi mereka yang sudah dewasa atas usaha sendiri.

Bayi yang baru lahir kepribadiannya belum terbentuk, belum mempunyai warna dan corak kepribadian yang tertentu. Ia merupakan individu, belum suatu pribadi. Untuk menjadi suatu pribadi perlu mendapat bimbingan, latihan dan pengalaman melalui bergaul dengan lingkungannya, khususnya dengan lingkungan pendidikan (Tirtaraharja, 2005).

2.7 Pengaruh Lama Penggunaan Kontrasepsi Suntik DMPA terhadap kecenderungan Depresi

Pasien depresi menunjukkan adanya perubahan pada neurotransmitter otak antara lain norepinephrin, serotonin dan dopamin. Neurotransmitter tersebut di pengaruhi oleh hormon seks yaitu estrogen, progesteron dan androgen. Terjadinya fluktuasi pada proses pembentukan dan pelepasan hormon seks tersebut akan

menimbulkan gejala psikologis seperti depresi, ansietas dan iritabilitas (Genazzani, *et al.*, 2007).

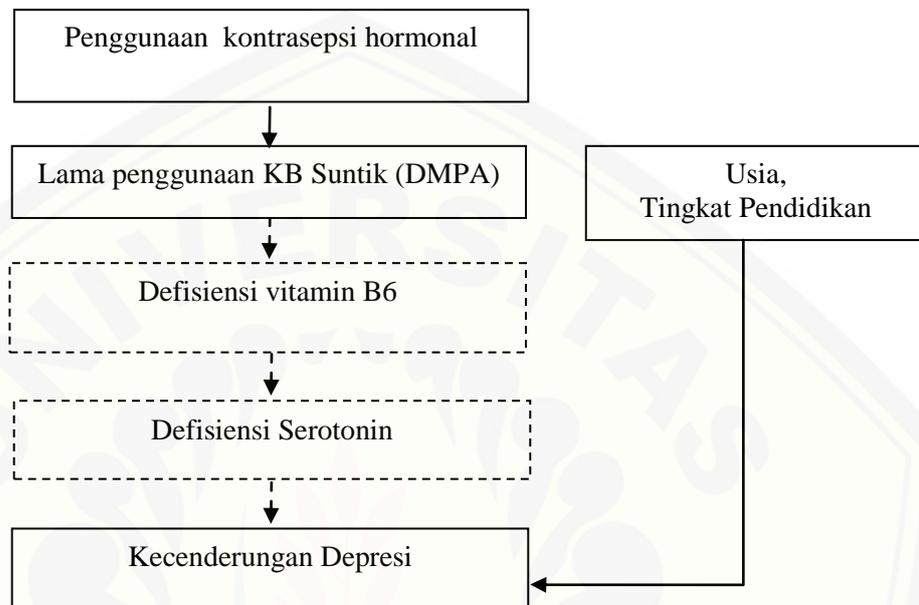
Progestin yang terkandung di dalam kontrasepsi hormonal dapat menurunkan tingkat serotonin dalam otak (Yulianti, 2010). Serotonin berperan dalam gangguan *mood*, yang akan mempengaruhi fungsi dasar seperti gangguan tidur, makan, seksual dan ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan senang.

Progestin yang digunakan secara berkala atau berlebihan dapat menyebabkan kecenderungan depresi. Hal ini disebabkan karena adanya progesteron yang mengandung *19-norsteroid* menyebabkan penurunan vitamin B6 (*pyridoxin*) di dalam tubuh (Depkes RI, 2006). Vitamin B6 penting untuk otak karena diperlukan untuk mengonversi triptofan menjadi serotonin yang berperan dalam gangguan *mood*. Jadi dalam penggunaan jangka panjang (hingga dua tahun atau lebih) dapat menyebabkan deplesi vitamin B6 sehingga menghambat produksi serotonin yang meningkatkan risiko wanita menjadi depresi. Dalam satu studi, sepertiga dari wanita yang menggunakan kontrasepsi hormonal selama dua sampai lima tahun mengalami depresi. Di otak serotonin dikonversi menjadi melatonin, suatu hormon yang membantu menginduksi tidur. Oleh karena itu penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan insomnia dan gangguan tidur lainnya (Lee, 2015).

DMPA mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Penggunaan jangka panjang DMPA (≥ 2 tahun) turut memicu terjadinya peningkatan berat badan, kekeringan pada vagina dan gangguan emosi karena penggunaan hormonal yang lama dapat menyebabkan ketidakseimbangan hormon dalam tubuh sehingga menimbulkan efek samping. Bila sudah 2 tahun kita harus pindah ke metode kontrasepsi yang lain seperti kontrasepsi kondom atau kalender (Affandi, 2012).

2.8 Kerangka Konsep

Berikut ini adalah kerangka konsep dari penelitian yang disajikan dalam Gambar 2.1 sebagai berikut :



Keterangan :

 : Diteliti

 : Tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka konsep

2.9 Hipotesis

Berdasarkan latar belakang dan tinjauan pustaka diatas, maka dapat di ambil hipotesis yaitu adanya pengaruh lama penggunaan kontrasepsi suntik DMPA terhadap kecenderungan depresi pada akseptor KB suntik di Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember.



BAB III. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik obversional dimana penelitian diarahkan untuk menjawab dan menjelaskan mengapa suatu fenomena dapat terjadi di masyarakat. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* untuk mengetahui pengaruh antara penggunaan kontrasepsi hormonal suntik *Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA)* dengan kecenderungan depresi. Data yang berhubungan dengan variabel independen dan variabel dependen akan di lakukan satu kali dalam waktu yang bersamaan atau simultan.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian di lakukan pada bulan Oktober sampai dengan bulan November tahun 2015.

3.3 Populasi dan Sample Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah jumlah keseluruhan subjek penelitian yang akan di teliti. Dalam penelitian ini populasi yang digunakan adalah semua akseptor kontrasepsi suntik DMPA yang melakukan kunjungan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. Sampel yang digunakan pada penelitian ini diambil dari sebagian akseptor kontrasepsi

suntik DMPA di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember dengan kriteria sebagai berikut :

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Wanita akseptor aktif KB suntik DMPA
2. Berusia 20-35 tahun dan sudah menikah
3. Akseptor aktif KB yang sudah menggunakan DMPA lebih dari atau sama dengan delapan kali (≥ 2 tahun)

Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Wanita akseptor aktif KB suntik DMPA yang didiagnosa oleh dokter menderita gangguan psikologis sebelumnya
2. Wanita akseptor aktif KB suntik DMPA yang didiagnosa oleh dokter menderita penyakit kronis

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu peneliti memilih responden sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. *Purposive sampling* merupakan pengambilan sampel yang di dasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah di ketahui sebelumnya (Notoatmojo, 2010).

3.3.4 Besar Sampel Penelitian

Besar sampel dalam penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi adalah 30 akseptor KB suntik DMPA di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember merujuk pada teori Roscoe, “Ukuran sampel yang layak dalam penelitian kuantitatif adalah antara 30 – 500”.

3.4 Variabel penelitian

3.4.1 Variabel bebas

Variabel bebas atau variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab timbulnya variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah :

- a. Lama penggunaan KB suntik DMPA (≥ 2 tahun)
- b. Wanita usia 20-35 tahun
- c. Penghasilan
- d. Tingkat pendidikan

3.4.2 Variabel terikat

Variabel terikat atau variabel dependen adalah variabel yang dapat dipengaruhi oleh variabel bebas atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kecenderungan depresi akseptor KB suntik DMPA yang di ukur dengan skor *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*.

3.4.3 Variabel kontrol

Variabel kontrol atau variabel yang di kendalikan adalah variabel yang dibuat konstan sehingga hubungan variabel independen terhadap variabel dependen tidak di pengaruhi oleh faktor luar yang tidak di teliti. Dalam penelitian ini, variabel kontrol yang di pakai adalah :

- a. Jenis kontrasepsi hormonal yaitu kontrasepsi suntik DMPA
- b. Status pernikahan

3.4.4 Definisi operasional variabel

Definisi operasional adalah batasan atau pengertian tentang variabel yang akan di ukur dan di tetapkan oleh peneliti. Definisi operasional dibuat untuk memudahkan dan menjaga konsistensi pengumpulan data, menghindarkan perbedaan interpretasi serta membatasi ruang lingkup variabel.

a. Variabel Bebas

1) Usia 20-35 tahun

Definisi : Banyaknya tahun yang terhitung dari tanggal lahir sampai dengan dilakukannya penelitian kemudian dicocokkan dengan identitas diri. Hal ini didukung oleh Hartanto (2013) yang mengatakan mayoritas wanita yang menggunakan KB suntik termasuk DMPA berumur 20-35 tahun.

Instrumen : Kuesioner

2) Penghasilan

Definisi : Penghasilan yang didapat oleh responden tiap bulan

Instrumen : Kuesioner

3) Tingkat pendidikan

Definisi : Pendidikan terakhir yang dimiliki oleh responden

Instrumen : Kuesioner

4) Lama penggunaan kontrasepsi DMPA

Definisi : Akseptor aktif DMPA yang telah menggunakan ≥ 8 kali (≥ 2 tahun) kemudian dicocokkan menggunakan rekam medis akseptor KB suntik DMPA

Instrumen : Data induk

b. Variabel terikat

Kecenderungan Depresi

Definisi : kecenderungan depresi didasarkan pada hasil dari wawancara menggunakan HDRS yang merupakan kuesioner untuk *screening* depresi

Instrumen : *Hamilton Depression Resting Scale (HDRS)*

Kategori : Tidak depresi : skor HDRS 0-7

Kecenderungan Depresi : skor HDRS ≥ 8

c. Variabel kontrol

1) Jenis kontrasepsi (KB suntik DMPA)

Definisi : Kontrasepsi suntik yang digunakan adalah KB suntik *Depo-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA)* yang mengandung progestin dengan dosis 150 mg DMPA dan diberikan setiap 3 bulan secara intramuskular

Instrumen : Data induk

2) Status pernikahan

Definisi : Responden yang telah menikah kemudian dicocokkan dengan identitas diri

Instrumen : Kuesioner

3.5 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaan dan hasilnya lebih mudah di olah. Instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah

- a. Kuesioner yang berisi karakteristik responden dan *Informed consent* yang menjadi tanda persetujuan untuk menjadi responden
- b. Data induk yang di peroleh dari rekam medis akseptor KB suntik di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember
- c. Skor *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* yang digunakan untuk mengukur kecenderungan depresi

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

3.6.1 Uji kelayakan

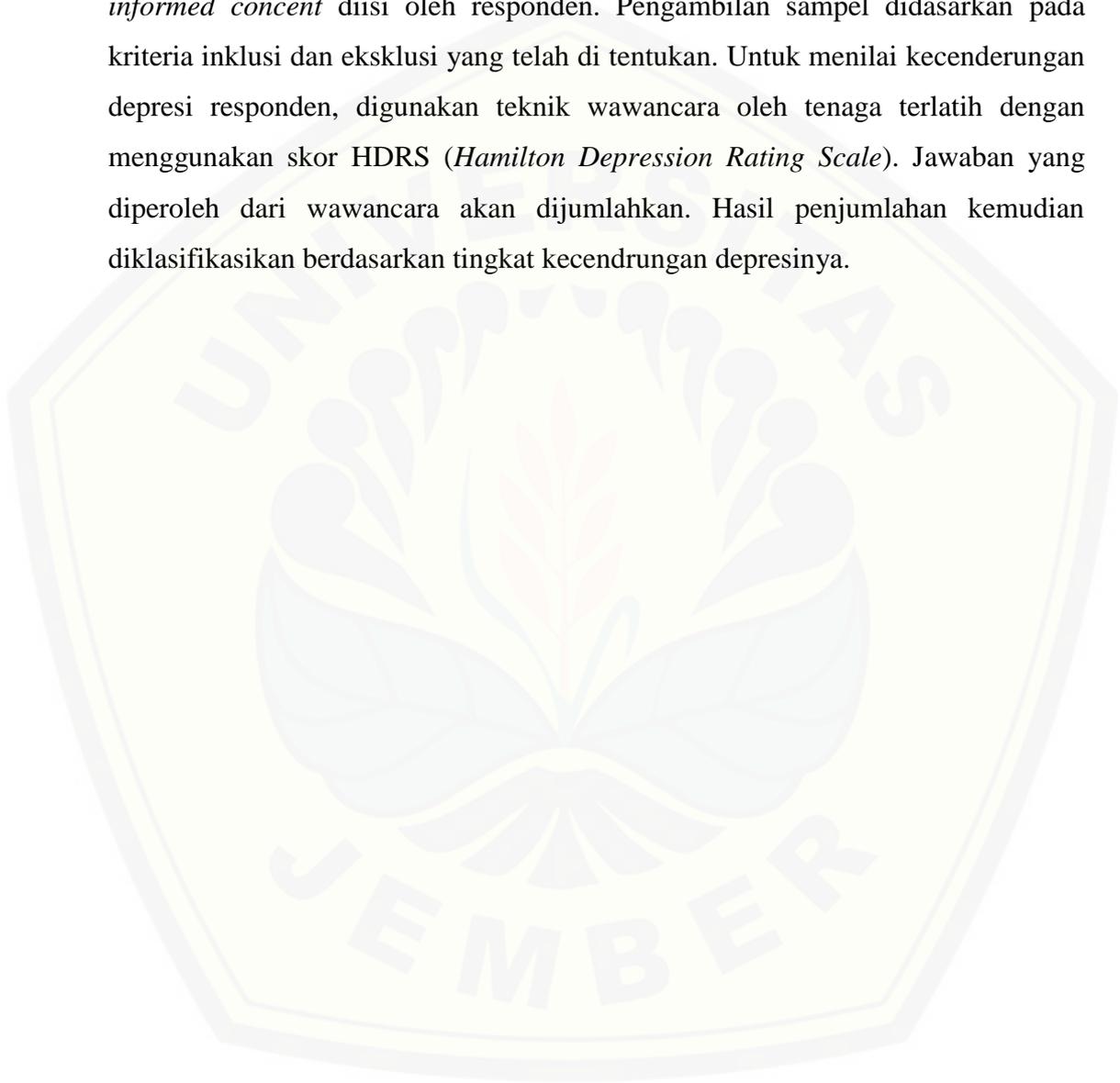
Subjek yang digunakan dalam penelitian ini adalah manusia yakni wanita akseptor KB suntik DMPA sehingga dalam pelaksanaannya membutuhkan uji kelayakan dari Komisi Etik Kedokteran.

3.6.2 *Informed concent*

Informed concent adalah suatu persetujuan tindakan medis yang disepakati oleh pasien atas upaya medis yang akan dilakukan oleh dokter terhadap dirinya yang disertai dengan penjelasan tentang tindakan serta risiko atas tindakan yang akan diambil oleh dokter. *Informed concent* dituangkan dalam bentuk formulir pernyataan yang berisi tentang kesediaan sampel untuk menjadi subjek penelitian.

3.6.3 Pengumpulan data populasi dan pengambilan sampel

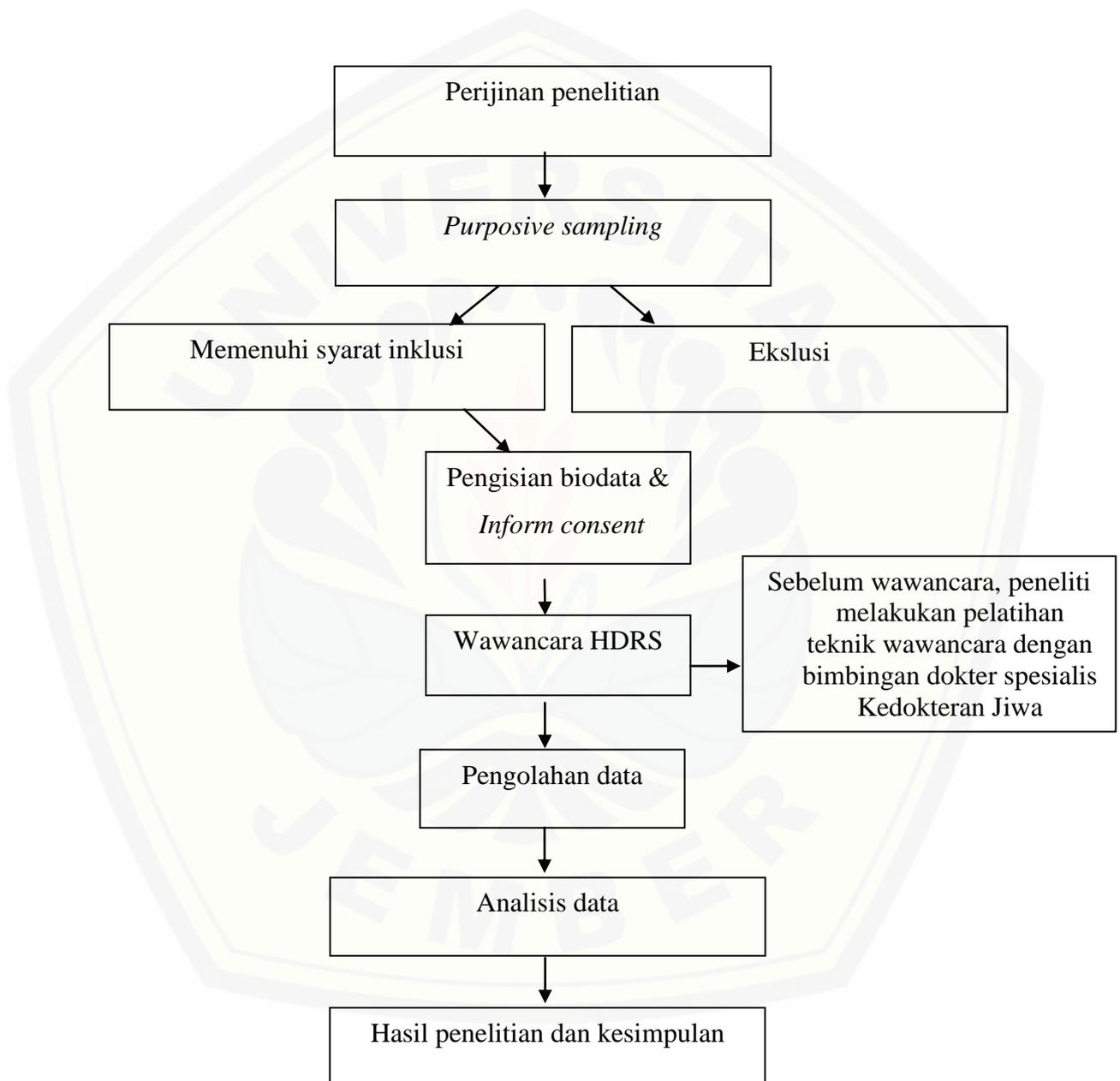
Pengumpulan data dilakukan dengan mengisi lembar kuesioner yang sudah disediakan. Lembar kuesioner yang terdiri atas karakteristik responden dan *informed consent* diisi oleh responden. Pengambilan sampel didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan. Untuk menilai kecenderungan depresi responden, digunakan teknik wawancara oleh tenaga terlatih dengan menggunakan skor HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*). Jawaban yang diperoleh dari wawancara akan dijumlahkan. Hasil penjumlahan kemudian diklasifikasikan berdasarkan tingkat kecenderungan depresinya.



3.7 Prosedur Penelitian

3.7.1 Alur penelitian

Berikut alur penelitian yang akan disajikan dalam Gambar 3.1 dibawah ini :



Gambar 3.1 alur penelitian

3.8 Pengolahan dan Analisis Data

3.8.1 Pengolahan data

Pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a. *Editing*

Setelah kuesioner terkumpul, maka peneliti melakukan seleksi data kuesioner yang telah di bagikan sebelumnya. Seleksi data dilakukan dengan tujuan untuk memastikan kuesioner yang telah diisi sudah terisi dengan lengkap.

b. *Coding*

Setelah dilakukan editing, kemudian di lakukan pengkodean terhadap data yang terkumpul sesuai dengan kategori yang telah di tentukan oleh peneliti sebelumnya dengan tujuan untuk mempermudah analisis data.

c. *Entry Data*

Entry data dapat dilakukan dengan memasukkan data kedalam komputer untuk selanjutnya dapat dilakukan analisa data.

d. *Cleaning*

Setelah semua data di masukkan dalam tabel, peneliti perlu mengecek kembali data yang sudah di dapat untuk menghindari kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan data dan kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi terhadap data tersebut.

3.8.2 Analisis data

Data yang di peroleh akan di masukkan kedalam aplikasi *SPSS versi 20*. Analisis data meliputi analisis univariat dan analisis bivariat.

a. Analisis Univariat

Pada analisis univariat, data berupa karakter demografik yang ditampilkan dalam bentuk persentase.

b. Analisis Bivariat

Pada analisis bivariat dilakukan uji korelasi *Rank Spearman*. Analisis ini bertujuan untuk mengetahui adakah pengaruh yang signifikan antara variabel

independen terhadap variabel dependen. Metode ini digunakan untuk menguji data dalam bentuk ordinal dan hipotesis dalam bentuk asosiatif. Data yang diperoleh dimasukkan ke dalam aplikasi *SPSS versi 20*.

