



TESIS

**ALTERNATIF KEBIJAKAN OPERASIONAL PENGELOLAAN
MENOPAUSE OLEH TENAGA KESEHATAN
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
BOJONG GEDE BOGOR
JAWA BARAT
TAHUN 2014**

**Disusun Oleh
NAMA : MUNINGGAR
NPM : 20.12.000.036**

**PEMINATAN KESEHATAN REPRODUKSI
PROGRAM STUDI PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU
JAKARTA, 2014**

HALAMAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul:

**ALTERNATIF KEBIJAKAN OPERASIONAL PENGELOLAAN
MENOPAUSE OLEH TENAGA KESEHATAN DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS BOJONG GEDE BOGOR
JAWA BARAT TAHUN 2014**

Oleh

**MUNINGGAR
NIM. 2012 000 036**

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan
di hadapan Tim penguji Tesis Program Studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju

Dosen Pembimbing Tesis,



(Dr.Dr.dr. HM. Hafizurrachman, MPH)

HALAMAN PENGESAHAN

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU**

Penguji

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized letter 'A' with a horizontal stroke that loops back to the left.

(Catur Septiawan, SKM, Mkes)

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, featuring a series of connected, cursive-like strokes that form a complex, flowing shape.

(Dr.Dr.dr.HM. Hafizurrachman,MPH)

**PROGRAM STUDI PASCASARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU
PEMINATAN KESEHATAN REPRODUKSI**

Tesis, Januari 2015

**MUNINGGAR
NIM. 20.12.000.036**

Alternatif Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause oleh Tenaga Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Bojong Gede Bogor Jawa Barat Pada Tahun 2014.

xv + 172 Halaman, 12 Tabel, 10 Bagan, 8 Lampiran

ABSTRAK

Kebijakan tentang menopause termasuk dalam lingkup usia lanjut, dimana kunci dari pendekatan yang baru adalah melalui pemberdayaan perempuan dan pemberian yang luas kepada mereka melalui keterjangkauan terhadap pendidikan dan pelayanan kesehatan. Belum dikelolanya para wanita menopause dengan beberapa kegiatan-kegiatan bahwa kebijakan program pengelolaan ibu menopause belum terealisasi dengan maksimal. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui alternatif kebijakan pemerintah daerah melalui petugas kesehatan dalam pengelolaan menopause di wilayah Bojong Gede Bogor pada tahun 2014. Desain penelitian pada penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif konfirmatori untuk memperoleh hasil dengan pemahaman yang mendalam tentang topik penelitian. Sampel penelitian ini adalah empat informan utama ibu menopause (*key informant*) dan tiga informan pendukung petugas kesehatan. Hasil penelitian ini tidak ditemukan adanya kegiatan ibu menopause oleh petugas kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Bojong Gede Bogor. Hasil penelitian ini disimpulkan bahwa kegiatan ibu menopause saat ini belum terealisasi dengan baik, sebagai alternatifnya kegiatan menopause ditujukan langsung pada program lansia Posbindu. Tidak ada program pengelolaan ibu menopause di wilayah kerja Puskesmas Bojong Gede Bogor. Menopause bukan menjadi prioritas dan bukan penyakit yang berbahaya, jadi tidak memerlukan program penyuluhan tentang ibu menopause. Saran penelitian ini adalah subjek supaya dapat tetap terus meningkatkan kualitas hidup yang dijalani selama ini. Caranya mungkin dengan menggali semua potensi yang ada dan yakin bahwa masa *menopause* tidak akan menghambat semua wanita yang ingin melakukan hal-hal selagi itu positif. Diharapkan adanya peningkatan pemberian informasi tambahan tentang kesehatan melalui subsidi obat (*cream estrogen*) maupun media kesehatan menopause sehingga posyandu lansia dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan wanita menopause maupun kader kesehatan posyandu lansia terkait kesehatan lansia (wanita menopause).

Kata Kunci: Kebijakan, Pengelolaan Menopause
Referensi : 82 (1997 – 2013)

**POST GRADUATE PROGRAM PUBLIC HEALTH
INDONESIA MAJU SCHOOL OF HEALTH SCIENCE
REPRODUCTIVE HEALTH SPECIALIZATION**

Thesis, Januari 2015

MUNINGGAR

NIM. 20.12.000.036

Menopause Management of Operational Policy Alternatives by Health Workers in the Work Area Puskesmas Bojong Gede, Bogor in West Java in 2014

xv + 172 Pages, 12 Tables, 10 Chart, Attachment 8

ABSTRACT

Policies about menopause included in the scope of the elderly, where the key of the new approach is through the empowerment of women and giving them wide through education and affordability of health care. Yet it manages menopausal women with some activities that policies mother menopause management program has not been realized to the fullest. The purpose of this study was to determine the local policy alternatives through health workers in the management of menopause region Bojong Gede, Bogor in 2014. The study design in this study used qualitative research methods to obtain confirmatory results with a deep understanding of the research topic. Samples were four main informant mother menopause (key informant) and three informants supporting health workers. Results of this study is that the mother menopause activity has not been realized well, as an alternative menopause activities directed at the elderly program Posbindu. No mother menopause management program in Puskesmas Bojong Gede, Bogor. Menopause is not a priority and not a dangerous disease, so it does not require counseling program on maternal menopause. Suggestion of this research was the subject in order to continue to improve the quality of life lived this long. The trick may be to explore all the potential that exists and believe that menopause would not hinder all women who want to do things as it is positive. Expected an increase in the provision of additional information on health through subsidized drugs (estrogen cream) and the media so as Posyandu elderly postmenopausal health may be used to increase knowledge menopausal women and the elderly-related health cadres Posyandu health of the elderly (menopausal women).

Keywords: Policy, Management of Menopause

Reference: 82 (1997 - 2013)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Muninggar

NPM : 2012.000.036

Program Studi : Pascasarjana Kesehatan Masyarakat STIKIM

Peminatan : Kesehatan Reproduksi

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Alternatif Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause oleh Tenaga Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Bojong Gede Bogor Jawa Barat Pada Tahun 2014

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sangsi yang telah di tetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Jakarta, Januari 2015



Muninggar

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “**Alternatif Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause Oleh Petugas Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Bojong Gede Bogor Jawa Barat Tahun 2014**”. Penulisan tesis ini di buat berdasarkan beberapa temuan terkait dengan hasil pengamatan peneliti yang didapatkan dilahan. Observasi penelitian diawali dengan melalui observasi dari apa yang ada dilahan atau wilayah penelitian. terselesaikannya tesis ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan berbagai pihak baik bantuan moril maupun materil. Pada kesempatan ini saya menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dr. Dr. dr. H.M. Hafizurrachman, MPH selaku Ketua Program Pasca Sarjana Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju sekaligus sebagai pembimbing tesis yang telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga tesis ini dapat terselesaikan.
2. Astrid Novita, SKM, MKM selaku Ka.Prodi S2 Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju.
3. Orang tua dan Suami tercinta yang telah memberikan semangat dan penuh kesabaran yang penuh memberikan dukungan moril maupun materil.
4. Anak-anakku tercinta sebagai penyemangat dalam terselesainya tesis ini.

5. Seluruh sahabat seperjuangan baik di Politeknik Karya Husada maupun sahabat seangkatan di STIKIM yang telah memberikan dorongan serta bantuan dan semangat yang luar biasa
6. Seseorang yang spesial dalam hidup saya yang telah memberikan bantuan dukungan semangat dan doa serta cintanya sehingga bisa terselesainya tesis ini.

Akhir kata saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan pihak yang telah membantu proses penyelesaian tesis ini. Penulis memohon maaf bila dalam penulisan tesis ini masih banyak kekurangan dan belum sempurna, sehingga penulis menerima kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan tesis ini. Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua.

Jakarta, Juni 2014

Penulis\

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN PERSETUJUAN.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
ABSTRAK.....	iii
SURAT PERNYATAAN.....	v
KATA PEGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang-----	1
1.2 Rumusan Masalah -----	12
1.3 Pertanyaan Penelitian-----	16
1.4 Tujuan Penelitian -----	17
1.4.1 Tujuan Umum -----	17
1.4.2 Tujuan Khusus-----	17
1.5 Manfaat Penelitian -----	17
1.6 Ruang Lingkup Penelitian-----	18
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep teori Perilaku Kesehatan-----	20
2.2 Konsep Dasar Puskesmas-----	22
2.3 Pengelolaan Keuangan-----	27
2.4 Pengertian Menopause-----	27
2.4.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi menopause -----	42

2.4.2 Klasifikasi Menopause -----	49
2.4.3 Perubahan fisiologi dan psikologi pada menopause -----	49
2.5 Model Sosio Ekologi -----	56
2.6 Kebijakan kesehatan dan Analisis Kebijakan -----	70
2.6.1 Kebijakan Kesehatan-----	70
2.6.2 Analisis kebijakan pengelolaan menopause-----	71
2.6.3 Analisis Kebijakan versi Patton & Savicky-----	77
2.6.4 Proses Analisis Kebijakan Patton & Savicky-----	89
2.6.5 Proses Analisis SWOT-----	90
2.6.6 Proses Analisis kebijakan-----	95

BAB 3 KERANGKA DAN DEFINISI

3.1 Kerangka Berpikir -----	102
3.2 Kerangka Analisis-----	105
3.3 Definisi Istilah-----	107

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian -----	109
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian-----	112
4.3 Populasi dan sampel-----	112
4.4 Teknik Pengumpulan Data-----	115
4.5 Etika Penelitian-----	117
4.6 Prosedur Pengumpulan Data-----	117
4.7 Alat Bantu Pengumpulan Data-----	118
4.8 Wawancara Mendalam-----	120

4.9 Observasi-----	121
--------------------	-----

BAB 5 AREA PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian-----	132
5.1.1 Data demografis-----	132
5.1.2 Data Administratif dan Kependudukan -----	133
5.1.3 Sarana kesehatan dan fasilitas Kesehatan-----	136
5.1.4 Pembiayaan Puskesmas-----	138
5.1.5 Upaya kesehatan Ibu dan Anak-----	138

BAB 6 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1- Karakteristik Informan-----	140
6.2- Analisis Team-----	145
6.3- Merumuskan Analisis Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause -----	166
6.4- Justifikasi Terhadap Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause -----	175
6.5- Rumusan Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause-----	177

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan-----	185
7.2- Saran-----	286

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sejak jaman dahulu manusia sedikit demi sedikit pastilah akan mengalami perubahan, baik itu disadari ataupun tidak disadari, dalam rentang kehidupannya manusia akan mengalami perubahan pada fase- fase kehidupan dimulai dari masa bayi, masa anak – anak, masa remaja, masa dewasa dan masa usia lanjut. Pada tiap – tiap fase perkembangan itu mempunyai ciri khas tersendiri yang ditandai dengan adanya perubahan fisiologis dan psikologis, pada masa dewasa menjelang masa usia lanjut terjadi perubahan – perubahan pada organ vital ibu sehingga akan menjadi faktor pemicu adanya permasalahan pada para wanita yang sudah mengalami menopause. Berdasarkan hal tersebut maka wanita harus dipersiapkan dan mempersiapkan diri untuk bisa mempersiapkan diri dengan kehidupan yang bermakna dan berkualitas.

Sindrom menopause dialami oleh banyak wanita diseluruh dunia \pm 70 -80 wanita di Eropa, 60% di Amerika, 57% Malaysia, 18% di Cina dan di Jepang serta di Indonesia sebesar 10%. Dari beberapa data tersebut tampak bahwa terjadi perbedaan data yang mencolok salah satu yang menjadi faktor penyebabnya adalah adanya perbedaan pola makan dari tiap- tiap negara tersebut.

Saat ini hingga mendatang sebagian besar wanita di dunia akan mengalami sepertiga kehidupannya dalam masa menopause. Di Amerika Serikat pada tahun 2002, lebih dari 40 juta wanita menjalani masa pascamenopause.

Oleh karenanya, diperkirakan masalah kesehatan saat menopause akan sering dijumpai sehubungan dengan berkurangnya respons ovarium terhadap FSH dan LH, terganggunya pola pelepasan GnRH dari hipotalamus, berkurangnya respons hipofise terhadap GnR dan konsekuensi berkurangnya/hilangnya estrogen yang berdampak terhadap keadaan fisik dan psikologi wanita. (Dr Rebecca F-S,2002)

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia adalah meningkatnya Umur Harapan Hidup manusia, dan menurut Depkes pada tahun 2014 diharapkan terjadi peningkatan umur harapan hidup dari 70,6 tahun pada 2010 menjadi 72 pada tahun 2014 dari jumlah penduduk (Depkes,2014)

Berdasarkan data sementara saat ini di seluruh dunia jumlah orang lanjut usia diperkirakan ada 500Juta dengan usia rata-rata 60 tahun dan diperkirakan pada tahun 2025 akan mencapai 1,2 milyar (Nugroho, 2000). Berdasarkan data BPS pada tahun 2004 ada 16,5 juta manusia usia lanjut yang tersebar dalam dengan komposisi 7,8 juta jiwa (47,3%) laki – laki dan pada wanita 8,7 juta jiwa (52,7 %). Sedangkan hasil sensus penduduk tahun 2010 Indonesia saat ini termasuk lima besar Negara dengan jumlah penduduk lanjut usia terbanyak di dunia yaitu mencapai 18,1 juta jiwa (7,6%) dari jumlah penduduk. Jumlah lansia 60 tahun atau lebih diperkirakan akan terus meningkat sehingga pada tahun 2025 diperkirakan mencapai jumlah 36juta (proyeksi Bappenas).

Menopause mulai terjadi pada usia yang berbeda – beda sekitar usia 50tahun, walaupun ada sedikit wanita yang memulai masa menopause pada usia 30 tahunan (Sarwono P, 2009).

Menopause yaitu saat haid terakhir atau berhentinya menstruasi, dan bila sesudah menopause disebut pasca menopause bila telah mengalami menopause 12 bulan sampai menuju ke senium, umumnya terjadi pada usia 50 an tahun

Dari beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa masa menopause adalah adanya berhentinya darah menstruasi biasanya berlangsung selama 1-2 tahun biasanya terjadi pada usia 50 tahun.

Ditingkat internasional (ICPD Kairo,1994) telah disepakati definisi kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Indonesia sebagai salah satu negara yang berpartisipasi dalam kesepakatan global tersebut telah menindaklanjuti dengan berbagai kegiatan, luasnya ruang lingkup kesehatan reproduksi menuntut penanganan secara lintas sektoral dan lintas program serta keterlibatan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), organisasi profesi dan semua pihak yang terkait eratnya aspek sosial budaya dalam kesehatan reproduksi juga menuntut perlunya adaptasi yang sesuai dengan situasi dan kondisi di Indonesia.

Rendahnya pemenuhan hak-hak reproduksi ditandai dengan masih tingginya Angka kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian DiBawah Lima Tahun (AKBalita), masalah lainnya adalah masalah kesehatan reproduksi perempuan, termasuk perencanaan kehamilan dan persalinan yang aman secara medis harus menjadi perhatian bersama, bukan hanya kaum

perempuan saja karena mempunyai dampak yang luas sekali dan menyangkut berbagai aspek kehidupan yang menjadi tolak ukur dalam pelayanan kesehatan.

Selama ini berbagai sektor telah mengembangkan kebijakan dan strateginya masing-masing, dengan adanya Komisi Kesehatan Reproduksi sejak tahun 1998 telah diupayakan koordinasi antar sektor, namun upaya ini belum menghasilkan penanganan kesehatan reproduksi yang terpadu dan efisien disamping adanya perubahan sistem pemerintahan di Indonesia. (Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia,2005)

Usia menopause berkisar antara 40-58 tahun, dengan nilai median bervariasi untuk setiap negara, misalnya Amerika Serikat 51,4 tahun. Kesehatan reproduksi merupakan kondisi sehat secara menyeluruh, meliputi aspek fisik, mental, sosial dan bukan hanya bebas dari penyakit yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsinya. Kesehatan reproduksi bukan hanya membahas masalah kehamilan ataupun persalinan saja, tetapi mencakup seluruh siklus kehidupan wanita yang salah satunya adalah masa menopause yaitu suatu masa yang dimulai rata-rata pada akhir masa reproduksi dan berakhir pada masa senium (lanjut usia) yaitu terjadi pada usia 40-45 tahun (Pakasi,2000), pada masa ini akan banyak sekali muncul masalah kesehatan karena masalah kesehatan sangat erat kaitannya dengan peningkatan usia (Curtis Glade, 2000).Usia menopause berkisar antara 40-58 tahun, dengan nilai median bervariasi untuk setiap negara, misalnya Amerika Serikat 51,4 tahun. Badan kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan usia harapan hidup (UHU) orang Indonesia adalah 75 tahun, umur harapan hidup wanita adalah 67 tahun dan pada pria usia 63 tahun .

Saat ini kesehatan reproduksi mendapatkan perhatian khusus secara global sejak diangkatnya isu tersebut dalam Konferensi International tentang Kependudukan dan Pembangunan (*international conference on Population and Development, ICPD*) diKairo, Mesir tahun 1994, dalam hal ini yang terpenting adalah disepakatinya perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas menjadi pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi. Pengendalian kependudukan telah bergeser kearah yang lebih luas meliputi pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi bagi laki-laki dan perempuan sepanjang siklus kehidupan, termasuk hak-hak reproduksinya, kesetaraan gender, pemberdayaan perempuan dan penanggulangan kekerasan berbasis gender serta tanggungjawab laki-laki dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi.

Pemerintah melalui Kementrian Pendidikan Nasional bekerja sama dengan yayasan Aspirasi Muslim Indonesia mengadakan program life skills wanita pra dan usia lanjut. Program ini dilaksanakan di wilayah Bogor dan terdiri dari serangkaian kegiatan. Kegiatan yang dilaksanakan pada program ini adalah penyuluhan tentang perawatan dan pengasuhan usia lanjut, pelatihan daur ulang sampah plastik, pelatihan menyulam dan payet, pelatihan kelembagaan, pendampingan dan pemeriksaan kesehatan klinik pada wanita menopause atau wanita usia lanjut.

Pengelolaan masalah kesehatan pada peri/menopause saat ini, terdiri dari beberapa pilihan, yaitu: tanpa terapi, terapi sulih hormon, HT, terapi alternatif dan

modifikasi gaya hidup. Pengelolaan tanpa terapi, dipilih wanita karena gejala mungkin minimal, menganggap bahwa menopause adalah proses penuaan yang normal terjadi, lebih suka tanpa menggunakan obat-obatan, takut akan risiko pemberian obat-obatan dan kurang senang dengan efek samping obat-obatan. Risiko pengelolaan tanpa terapi adalah: meningkatnya risiko osteoporosis, sehingga dapat meningkatkan risiko patah tulang, tidak terbebas dari gejala menopause, risiko kanker usus besar tidak menurun, risiko kanker payudara, hiperplasia dan CVD tidak meningkat.

Pengelolaan dengan terapi medikamentosa/ hormon yaitu ERT (*estrogen replacement therapy*), antara lain CE (*conjugated estrogen*), SCE (*Synthetic conjugated estrogen*). Bisa juga berupa estrogen peroral seperti estropipate, estradiol tab, ethinylestrodial, quinesterol. Estrogen transdermal juga dapat dipakai Pil kombinasi mengandung CE dan MPA (medroksi progesteron asetat) dapat juga digunakan.

Kombinasi estrogen dan progesteron yang diberikan secara kontinyu, transdermal, kombinasi estrogen dan testosteron. Progestin oral, progestin oral yang diberikan secara kontinyu, intrauterine delivery product, OCPs dan krim kombinasi. Medikamentosa bukan hormon yang dapat digunakan antara lain: Bellergal dan gabapentin. Terapi alternatif antara lain phytoestrogen dan isoflavon. Modifikasi dengan gaya hidup antara lain : berolah raga 3-4 kali dalam seminggu , menjaga berat badan tidak berlebihan, tidak merokok, diet yang seimbang, mengkonsumsi multivitamin, suplemen dan glukosamin dan mengurangi stres (Dr Rebecca F-S,2002).

Aspek hak dan kesehatan reproduksi sangat luas, karena hak dan kesehatan reproduksi menyangkut seluruh siklus kehidupan manusia selama hidupnya, selain panjangnya rentang usia masalah kesehatan reproduksi juga sangat kompleks, mulai dari masalah kehamilan dan persalinan, penyakit-penyakit menular seksual dan penyakit degeneratif. Disadari bahwa kendala utama dalam masalah penanganan masalah pelayanan kesehatan reproduksi dan penegakkan hak reproduksi adalah belum terintegrasinya dalam sistem hukum dan perundangan nasional, sehingga pelaksanaannya juga kurang terpadu dan kurang efektif. Diharapkan kebijakan ini nantinya akan melahirkan pula jalinan kerjasama dengan mitra terkait, organisasi profesi dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) serta komponen bangsa lain yang peduli terhadap kesehatan reproduksi serta kualitas sumber daya manusia Indonesia.

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis daerah (UPTD) yang bertanggung jawab dalam melakukan upaya kesehatan untuk jenjang tingkat pertama yang berarti harus tanggap dan mampu menjawab semua permasalahan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya, dalam menjawab semua permasalahan kesehatan masyarakat yang ada di wilayah kerjanya, puskesmas diharapkan dapat melakukan tugas dan kewajiban secara efektif dan proaktif. Dalam era desentralisasi tujuan penyelenggaraan puskesmas adalah mewujudkan puskesmas yang mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, merata, bermutu terjangkau dan memenuhi kebutuhan masyarakat di wilayah kerjanya. Untuk menjawab tujuan tersebut maka diperlukan upaya peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan permasalahan dan

kebutuhan masyarakat dengan memanfaatkan potensi yang dimilikinya, yang berarti bahwa puskesmas harus mampu mengembangkan pelayanan kesehatannya disamping pelayanan kesehatan dasar yang telah berjalan (Kepmenkes ,2004)

Namun demikian pada realita yang ada dilahan yang penulis dapati adalah belum terkafernya para wanita menopause tersebut dengan beberapa kegiatan – kegiatan yang disebutkan diatas dapat digaris bawahi bahwa kegiatan tersebut belum terealisasi dengan maksimal. Dari data yang didapati bahwa jumlah perempuan berusia 15-44 tahun di Bojong Gede pada tahun 2013 sebanyak 15.803 jiwa, usia 45-65 tahun 12.613 jiwa. Dan dari kegiatan yang sudah dilakukan oleh ibu menopause adalah kegiatan pengajian rutin saja. Sedangkan untuk kegiatan yang lain belum terlaksana, ibu – ibu di wilayah Bojong Gede mayoritas adalah ibu rumah tangga yang memang kegiatan rutin mereka adalah mengurus rumah tangga dan kegiatan sampingan mereka pengajian dilingkungan setempat dan arisan bulanan, sedang kegiatan yang fokus tentang kesehatan dan persiapan atau pendidikan kesehatan belum ada, kegiatan yang seperti tertera diatas dengan bekerjasama dengan yayasan Aspirasi Muslim Indonesia belum terealisasi dan terkoordinir dengan baik. Peranan petugas kesehatan yang bertanggung jawab diwilayah juga belum nampak fokus pada pengelolaan wanita menopause diwilayah kerjanya.

Dari informasi yang penulis dapatkan dari petugas kesehatan yang menyebutkan bahwa selama ini belum adanya pelaporan tentang menopause dari institusi kesehatan puskesmas ke dinas kesehatan setempat, yang sudah berjalan

adalah pelaporan tentang lanjut usia berkaitan dengan kegiatan posyandu yang sudah berjalan di wilayah binaan Puskesmas Bojong Gede.

Kebijakan tentang menopause termasuk dalam lingkup usia lanjut, dimana kunci dari pendekatan yang baru adalah melalui pemberdayaan perempuan dan pemberian yang luas kepada mereka melalui keterjangkauan terhadap pendidikan dan pelayanan kesehatan, peningkatan keterampilan dilapangan pekerjaan, salah satu program yang dilakukan adalah melalui Keluarga Berencana (KB) yang terjangkau secara universal pada tahun 2015 atau sebelumnya, sebagai bagian dari pendekatan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi, lalu dapat dilakukan pula dengan membuat perkiraan tentang tingkatan sumberdaya nasional dan bantuan internasional yang dibutuhkan dan menyarankan kepada pemerintah semua negara untuk menyediakan sumberdaya tersebut.

Sebagai bentuk dan tindak lanjut dari komitmen Indonesia dalam forum ICPD Kairo telah diselenggarakan Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi pada bulan Mei 1996 di Jakarta yang melibatkan seluruh sektor terkait yang menghasilkan beberapa kesepakatan salah satunya adalah pelayanan kesehatan reproduksi dilaksanakan secara integratif dan dikategorikan dalam paket pelayanan kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) serta Paket Pelayanan kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) yang terdiri atas PKRE ditambah dengan kesehatan reproduksi pada usia lanjut. Menindak lanjuti Lokakarya ini maka disepakatilah untuk membentuk Komisi Kesehatan Reproduksi, sehingga pada tahun 1998 melalui surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 433/MENKES/SK/1998 tentang Komisi Kesehatan Reproduksi yang terdiri atas

empat kelompok kerja yaitu kelompok kerja kesehatan ibu dan bayi baru lahir, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja serta kesehatan reproduksi usia lanjut (untuk PKRK). Menindaklanjuti Lokakarya ini pemerintah mengadakan lokakarya nasional ke 2 yang menghasilkan beberapa rekomendasi antara lain kesehatan reproduksi harus dijadikan prioritas pembangunan kesehatan di Indonesia dengan menyusun Rencana Aksi Nasional Kesehatan Reproduksi sampai tahun 2015 dalam bentuk sebuah keputusan presiden yang akan mengatur berbagai kegiatan dalam mempercepat terwujudnya kualitas hidup manusia khususnya dibidang kesehatan reproduksi.

Agar seluruh rekomendasi tersebut dapat terealisasi maka diperlukan suatu kebijakan dan strategi nasional kesehatan reproduksi yang akan menjadi payung bagi seluruh program dan sektor terkait secara bersama-sama untuk melaksanakan akselerasi kegiatan-kegiatan kesehatan reproduksi sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan oleh *Millenium Development Goals*. Adapun landasan hukum serta peraturan yang mendukung kesehatan reproduksi antara lain undang-undang nomor 10 tahun 1992 tentang Perkembangan kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan, undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, undang-undang nomor 23 tahun 2003 tentang Penghapusan kekerasan dalam Rumah Tangga, Inpres nomor 9 tahun 2000 tentang Pengarus Utamaan Gender, Kepmenkes nomor 433/Menkes/SK/V/1998 tentang Pembentukan Komisi Kesehatan reproduksi serta Kepmenkes nomor 131/II/2004 tentang Sistem

Kesehatan Nasional (Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia, 2005).

Menurut Hanafiah (1999), menyebutkan dari berbagai penelitian diperoleh data bahwa 755 wanita yang mengalami menopause akan merasakan menopause sebagai masalah atau gangguan, sedangkan sekitar 25% tidak merasakan menopause sebagai suatu masalah. Wanita setelah mengalami post menopause akan beresiko terjadinya osteoporosis dan dapat terjadi patah tulang.

Walaupun tidak menyebabkan kematian, menopause dapat menimbulkan rasa tidak nyaman dan dapat menyebabkan gangguan dalam pekerjaan sehari – hari yang dapat menurunkan kualitas hidup. Kondisi yang demikian tentunya memerlukan penanganan yang tepat supaya siap untuk menghadapi keluhan menopause, serta penyakit kardiovaskuler, osteoporosis, kanker dan dimensia tipe alzheimer. Padahal kurun waktu usia 40-65 tahun (masa klimakterium) banyak wanita yang mencapai puncak prestasi karirnya.

Berdasarkan pentingnya persiapan ibu dalam menghadapi masa menopause dan besarnya dampak dari menopause terhadap diri ibu sendiri dan tidak menutup kemungkinan dengan keadaan yang tidak dipersiapkan dengan baik akan mempengaruhi kualitas hidup ibu dan terganggunya kenyamanan ibu dalam melalui hari – hari nya tanpa kepedulian lingkungan terdekatnya dan terutama oleh petugas kesehatan yang mempunyai tugas dan tanggung jawab atas kesehatan reproduksi pada wanita, serta belum terintegrasinya penerapan dalam pelayanan kesehatan reproduksi , maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan

judul “Alternatif Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause Oleh Petugas Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Bojong Gede Bogor Jawa Barat Tahun 2014”

1.2. Rumusan masalah

Permasalahan yang dapat timbul akan dihadapi oleh wanita yang akan memasuki masa menopause yaitu keluhan yang diakibatkan oleh adanya perubahan hormonal tersebut akan berimbas pada seluruh sistem dalam tubuh wanita, dan hal ini belum dapat diketahui penatalaksanaan ataupun pengelolaan yang maksimal, sehingga wanita – wanita yang akan memasuki masa menopause dan telah dalam masa menopause belum mendapatkan pelayanan kesehatan yang maksimal sesuai dengan hak sebagai warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

Perubahan lain yang dialami oleh wanita yang memasuki masa menopause adalah terjadinya penurunan pada fungsi indra. Salah satunya adalah penurunan fungsi panca indra penciuman dan pengecap, pada wanita menopause dan usia lanjut hal ini berpengaruh terhadap penurunan nafsu makan, asupan makanan yang berkurang dikarenakan nafsu makan yang berkurang akan berakibat pada penurunan pemenuhan asupan makan dan hal ini akan menyebabkan pemenuhan kebutuhan energi dan zat gizi yang kurang serta berakibat terjadinya penurunan massa otot yang dapat mengganggu aktifitas sehari – hari.

Dengan adanya perubahan yang terjadi maka sesungguhnya wanita yang akan memasuki masa menopause akan mengalami banyak hal yang berkaitan dengan perubahan hormonal yang berdampak pada timbulnya keluhan – keluhan

subyektif berupa rasa tidak nyaman, nyeri pada sendi, ada perasaan panas seperti terbakar, sesak nafas, berdebar – debar, rasa mudah tersinggung, mudah merasa sedih, sakit kepala, pola makan yang terganggu , dan adanya perubahan pada siklus menstruasi. Hal ini berdampak pula pada faktor psikologis ibu dimana ibu menjadi merasa tidak diperlukan, tidak menarik lagi, takut ditinggalkan oleh pasangan hidupnya atau suaminya.

Permasalahan lain yang sering muncul terkait dengan keluhan menopause terjadi di wilayah Bojong Gede karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran ibu menopause terhadap kunjungan untuk pemeriksaan fisik ke Posbindu dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel kunjungan POSBINDU
Desa Bojonggede, Bogor
(Usia 40 tahun – 55 tahun)

No	Tahun	Ibu Menopause	Jumlah Kunjungan	%
1	2010	3035	244	8
2	2011	3252	220	6,8
3	2012	3202	196	6,1
4	2013	3764	172	4,6

Sumber : Puskesmas Bojong Gede

Kumpulan keluhan tersebut sangat berpengaruh besar terhadap aspek psikologis pada ibu dan bisa menjadi pemicu terjadinya depresi, untuk itulah diperlukan suatu tindakan dan kepedulian yang maksimal dari beberapa komponen agar ibu bisa menerima dan memasuki masa menopause dengan baik, dimulai dari lingkungan terdekat ibu yaitu keluarga, lingkungan dan sosial budaya serta adanya peranan yang lebih nyata dari petugas kesehatan setempat yang bertanggung jawab atas wilayah, agar benar – benar melakukan pengelolaan yang

maksimal, mulai dari aspek psikologis sehingga ibu bisa mempersiapkan dan memasuki masa menopause dengan baik tidak terjadi depresi, persiapan dan pemeriksaan berkala terhadap kesehatan ibu sehingga dapat terdeteksi dan diantisipasi jika terjadi gejala atau keluhan pada diri ibu sehingga berdampak minimal pada kesehatan dan aktifitas ibu, bagaimana petugas juga bisa menimbulkan suatu respon yang baik atau dukungan yang maksimal bagi ibu dan keluarga , lingkungan dan sosial budaya sehingga ibu masih tetap merasa diperlukan dan berharga. Serta adanya kerjasama dengan yayasan atau LSM yang bisa memberikan suatu kontribusi terhadap pendidikan, pelatihan terhadap kegiatan – kegiatan yang positif dan terkoordinir dengan baik sehingga banyak sekali kegiatan positif yang dapat memicu ibu untuk lebih merasa bersemangat dan berharga baik pada diri sendiri, keluarga , lingkungan maupun sosial budaya.

Pemerintah melalui Menteri Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia Dalam Kebijakan Dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi Di Indonesia menegaskan bahwa Hak dan kesehatan reproduksi baru mendapat perhatian khusus setelah dilaksanakannya konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International conference on Population and Development atau ICPD*) di kairo 1994 dan dilanjutkan dalam Konferensi Perempuan Dunia IV (*Fourth World Conference on Women atau FWCW IV*) di Beijing tahun 1995, Aspek hak dan kesehatan reproduksi menyangkut seluruh siklus kehidupan manusia selama hidupnya mulai dari kehamilan, kelahiran masa anak-anak, remaja, dewasa sampai dengan masa usia lanjut, bila dikaji dari permasalahan yang ada dan besarnya rentang usia masalah reproduksi ini maka penyebab bisa

muncul dari masalah pendidikan, kesehatan, agama, sosial budaya dimana didalamnya termasuk masalah ketidak setaraan gender dalam keluarga dan masyarakat, kendala utama dalam penanganan masalah pelayanan kesehatan reproduksi dan penegakan hak reproduksi adalah belum terintegrasinya dalam sistem hukum dan perundangan nasional, sehingga pelaksanaannya juga kurang efektif.

Dari gambaran yang didapatkan dilahan maka dapat dikemukakan bahwa wanita yang menopause diwilayah Bojong Gede sebanyak 3.764 jiwa belum mendapatkan pengelolaan dari petugas kesehatan setempat dan yayasan yang terkait baik dari Puskesmas atau LSM terkait, seharusnya wanita menopause bisa lebih aktif lagi memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan Puskesmas Bojong Gede sehingga dapat mempersiapkan masa menopause dan bisa melalui masa menopause dengan baik serta dapat mengisi hari dengan kegiatan yang bermanfaat dalam keseharian sehingga wanita menopause khususnya dilingkungan Bojong Gede lebih berkualitas lagi disamping itu guna mempersiapkan wanita memasuki masa lanjut usia yang lebih berkualitas.

Melalui studi pendahuluan dengan melakukan wawancara pada 10 ibu menopause secara acak tentang peran dan tugas tenaga kesehatan yang dilakukan di wilayah Bojong Gede, ditemukan antara lain:

- a. Sebanyak 7 orang (70%) ibu menopause mengaku tidak pernah mengetahui adanya penyuluhan, pencatatan dan pemeriksaan fisik ibu yang sudah menopause (lansia) oleh Puskesmas.

- b. Sebanyak 2 orang (20%) ibu menopause mengaku mendapatkan informasi tentang gejala menopause dan keluhannya dari bidan rumah terdekat.
- c. Sebanyak 1 orang (10%) lainnya mengaku pernah mendapatkan informasi melalui sebaran brosur dan planfet tentang persiapan ibu menghadapi menopause.

Persiapan ibu dalam menghadapi masa menopause dikarenakan besarnya dampak dari menopause terhadap diri ibu sendiri dan tidak menutup kemungkinan dengan keadaan yang tidak dipersiapkan dengan baik akan mempengaruhi kualitas hidup ibu dan terganggunya kenyamanan ibu dalam melalui hari – hari nya tanpa kepedulian lingkungan terdekatnya, dalam hal ini menurut pengamatan yang peneliti ketahui dilahan adalah belum adanya pengelolaan terhadap wanita menopause terutama oleh petugas kesehatan yang mempunyai tugas dan tanggung jawab atas kesehatan reproduksi pada wanita, sedangkan kegiatan pelayan oleh petugas kesehatan terhadap usia lanjut melalui kegiatan posyandu juga belum maksimal dapat dilakukan, adapun kebijakan yang telah ada didalam undang-undang ataupun Kepmenkes dan keputusan presiden dalam kesehatan reproduksi belumlah dapat dengan maksimal diterapkan dikarenakan belum terintegrasinya penerapan dalam pelayanan kesehatan reproduksi.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana alternatif kebijakan pemerintah daerah melalui tenaga kesehatan dalam pengelolaan menopause di wilayah Bojong Gede Bogor Jawa Barat Tahun 2014 ?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui alternatif kebijakan pemerintah daerah melalui petugas kesehatan dalam pengelolaan menopause di wilayah Bojong Gede Bogor pada tahun 2014.

1.4.2. Tujuan Khusus

1.4.2.1. Untuk mengetahui gambaran kegiatan menopause oleh petugas kesehatan di wilayah kerja Bojong Gede Bogor Tahun 2014.

1.4.2.2. Untuk mengetahui pengelolaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap menopause di wilayah kerja Bojong Gede Bogor Tahun 2014.

1.5. Manfaat penelitian

1.5.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang pentingnya kebijakan pemerintah daerah melalui petugas kesehatan dalam pengelolaan wanita khususnya mengenai reproduksi pada wanita yang akan memasuki atau dalam masa menopause. Apa sajakah yang terjadi atau dirasakan oleh wanita sebelum memasuki masa menopause atau setelah memasuki usia menopause, serta apa sajakah yang dapat diterima dan menjadi hak wanita sebagai individu dari petugas kesehatan khususnya mengenai pengelolaan yang maksimal yang dapat diterima oleh wanita menopause

1.5.2. Manfaat Metodologi

Sekiranya metode penelitian kualitatif ini dapat digunakan sebagai kajian dan bahan pembelajaran bagi peneliti selanjutnya, sehingga semua permasalahan yang ada dilahan atau tempat penelitian benar –benar dapat tergambarkan dan ditemukannya solusi dari permasalahan tersebut dengan mengedepankan kebijakan yang ada dari pemerintahan daerah beserta institusi yang terkait.

1.5.3. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran kepada masyarakat umumnya pada para wanita yang akan memasuki masa menopause, sehingga dapat diketahui pula pengelolaan yang maksimal yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan kepada para wanita yang telah menopause.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

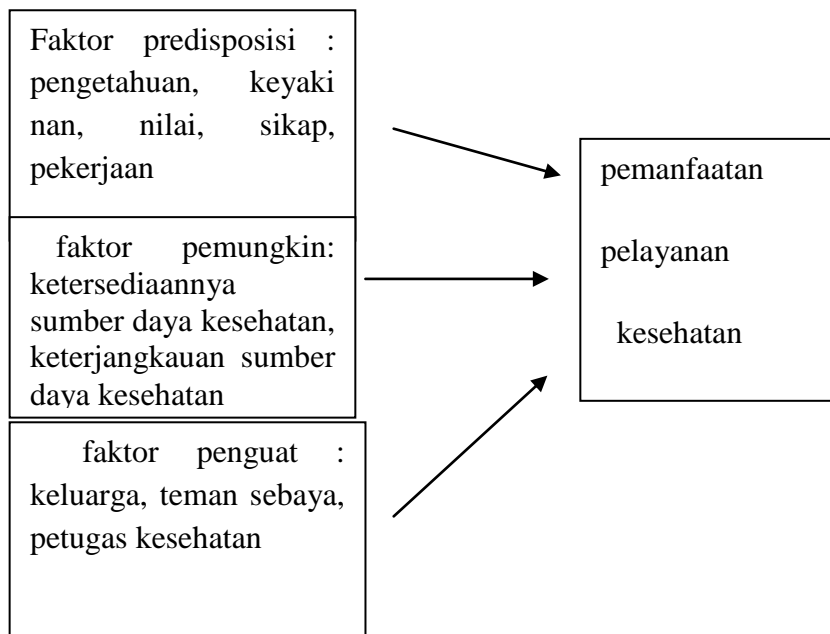
Penelitian ini dilakukan melalui pendekatan studi kualitatif konfirmatori yang ditujukan untuk mengetahui sejauh mana kebijakan yang sudah ada diterapkan atau dijalankan di wilayah kerja Puskesmas Bojong Gede. Sampel dipilih secara purposive, penelitian ini akan diprosalkan pada bulan Maret 2014, adapun informan penelitian adalah ibu yang sudah mengalami menopause selama 1-2 tahun baik dikarenakan menopause secara dini maupun alamiah, kader, petugas kesehatan yang bertanggung jawab diwilayah Puskesmas Bojong Gede dan KaDinas Kesehatan Cibinong selaku pemegang kebijakan dalam bidang

kesehatan. Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data dengan wawancara, penelitian ini akan melakukan analisis kebijakan dengan versi Patton dan Savicky, dan lokasi penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bojong Gede, yang akan dilaksanakan pada bulan Juni 2014.

BAB II TINJAUAN TEORI

2.1. Konsep Teori Perilaku Kesehatan

Menurut Green et al (1980), tindakan seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, faktor penguat. Ketiga faktor tersebut memberikan kontribusi atas perilaku kesehatan yang ada dimasyarakat, dan hal itu terlihat pada bagan 2.1 berikut:



Bagan 2.1

Sumber : Green et al,1998;71

Faktor predisposisi berkenaan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk bertindak dalam arti kata sebagai referensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok dalam suatu pengalaman belajar, mungkin saja dapat mendukung atau menghambat perilaku sehat. Faktor pemungkin mencakup sumber daya yang

meliputi fasilitas kesehatan, keterjangkauan biaya, jarak, ketersediaan transportasi. Sedangkan faktor penguat merupakan suatu hal yang menentukan adanya dukungan atau tidak terhadap tindakan kesehatan. Faktor penguat meliputi umpan balik yang diterima oleh pemakai fasilitas dari orang lain yang hasilnya akan menjadi faktor pendorong atau melemahkan perubahan perilaku dalam pemantapan fasilitas kesehatan misalnya: keluarga, teman dan petugas kesehatan.

Perilaku adalah aktivitas atau tindakan manusia yang dapat diamati atau dipelajari. Menurut segi biologis perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati dari luar. Perilaku adalah segala bentuk tindakan atau kegiatan manusia yang mencakup secara luas yaitu kegiatan sehari-hari yang dimulai dari bangun tidur sampai tidur kembali sesuai dengan peran masing-masing individu baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati oleh orang lain (Notoatmojo,2007). Perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar yang mana perilaku tersebut telah melalui proses (Skinner dalam Notoatmojo,2010)

Dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah segala tindakan atau aktifitas individu yang merespon terhadap suatu yang didapatkannya, yang dapat dikaji secara luas, dapat diamati baik secara langsung maupun tidak langsung.

2.2. Konsep Dasar Puskesmas

2.2.1. Pengertian

Puskesmas adalah Unit pelaksana teknis kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan suatu wilayah kerja. Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia (Kepmenkes 148 tahun 2004).

Luas wilayah puskesmas UPF Bojonggede 1169,8 Ha dan terletak disebelah utara desa Citayam, selatan Desa Kd. Waringin, timur Ds Sukahati dan Cibinong barat dengan ds Sukmajaya, dengan jumlah penduduk ditahun 2013 adalah 154.077 jiwa dengan pria sebanyak 77.649 jiwa sedangkan wanita 76.428 jiwa.

Desa	TABEL JUMLAH USIA PRODUKTIF								
	Usia muda <15 thn			Usia Produktif 15- <65			Usia 15 <45 thn		
	L	P	J	L	P	J	L	P	J
Bojonggede	7.35 9	7.727	15.08 6	15.05 2	15.80 3	30.85 6	12.01 4	12.61 3	24.62 7
Bojongbaru	3.67 0	3.41 2	7.08 3	7.50 7	6.97 9	14.48 6	5.99 1	5.57 0	11.56 2
Rw panjang	6.56 9	6.28 3	12.85 2	13.43 6	12.85 1	26.28 7	10.72 4	10.25 6	20.98 0
Pabuaran	7.09 3	6.88 2	13,97 5	14.50 8	14.07 5	28.58 3	11.57 9	11.23 4	22.81 3
puskesmas	24.69 2	24.30 4	48.99 6	50.50 3	49.70 9	100.2 12	40.30 8	39.67 4	79.98 1

Tabel jumlah usia lanjut

DESA	jumlah usia lanjut					
	Pddk pra usila 45 - < 60 thn			Usila >60 thn		
	L	P	Jmlh	L	P	Jmlh
Bojonggede	3.039	3.190	6.229	1.139	1.195	2.334
Bojongbaru	1.515	1.409	2.924	568	528	1.096
Rw Panjang	2.712	2.594	5.307	1.016	972	1.988
Pabuaran	2.929	2.841	5.770	1.097	1.065	2.162
puskesmas	10.195	10.035	20.230	3.820	3.760	7.581

Tabel Jumlah Posyandu

no	desa	Jumlah Posyandu				
		pratama	madya	purnama	mandiri	jumlah
1	Bojonggede	1	12	11	2	25
2	Bojongbaru	1	2	12	3	18
3	Rw Panjang	0	10	7	3	20
4	Pabuaran	0	14	4	1	19
5	puskesmas	1	38	34	9	82

Sarana Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan

Nama Sarana Kesehatan	jumlah
Rumah sakit swasta	1 buah
Unit pelayanan fungsional (UPF) Puskesmas	1 buah
Puskesmas Pembantu	1 buah
Rumah Bersalin (RB)	4 buah
Kendaraan roda 4 pusling (Puskesmas Keliling)	1 buah
Balai Pengobatan (BP)	10 buah
Praktek dokter spesialis	2 buah

Dokter praktek swasta	16 buah
Praktek dokter gigi	5 buah
Praktek bidan swasta	30 buah
Apotik	4 buah
Toko Obat	7 buah
Optik	3 buah

Fasilitas Kesehatan UPF Puskesmas Bojonggede

1. Pelayanan kesehatan Umum (Poli Umum)

- Pely. Gawat darurat
- Pelayanan obat
- Pemeriksaan laboratorium
- Puskesmas keliling
- Poli Paru

2. Pelayanan kesehatan gigi (Poli Gigi)

3. poli kebidanan (KIA/KB)

4. Klinik Gizi

5. Klinik Sanitasi

6. Pelayanan lansia

7. Pelayanan kesehatan Reproduksi remaja (PKPR)

8. Perkesmas

9. Pelayanan kesehatan dasar berbasis jaminan (BPJS)

Tabel 10 penyakit golongan umur >45 tahun

no	Nama penyakit	jumlah	
1.	Penyakit infeksi saluran pernafasan atas akut tdk spesifik	3.037	14.99 %
2.	Hipertensi primer	2.581	12.74 %
3	Dispepsia	1.465	7.23 %
4	Myalgia	1.414	6.98 %
5	Gastroduedinitesis tidak spesifik	1.222	6.03%
6	Penyakit gusi, jaringan periodontal dan tulang alveolar	1.171	5.78 %
7	Migren dan sindrom nyeri kepala	956	4.72 %
8	Deermatitis lain tidak spesifik	825	4.07 %
9	Diabetes melitus tidak spesifik	654	3.23 %
10	Faringitis akut	595	2.94 %
11	Lain-lain	6.346	31.31 %
	Jumlah	20.266	100.00%

Tabel Jumlah Pegawai Kesehatan di UPF Puskesmas Bojonggede

Jenis Ketenagaan	UPF Bojonggede
Dokter Umum	4
Tata usaha	1
Dokter gigi	1
Bidan puskesmas	3
Bidan desa	6
Tenaga gizi	2
Perawat	7
Sanitarian	1
Surveilans	1
Laboratorium	1
Perawat gigi	1
Asisten apoteker	1

Honor darah	0
Honor puskesmas	4
Total UPF	32

2.2.2. Visi Puskesmas

Terwujudnya masyarakat yang mandiri dalam hidup sehat diwilayah kerja
UPF Bojonggede

2.2.3. Misi Puskesmas

1. Menjadikan puskesmas unggul dalam pelayanan kesehatan
2. Menggerakkan pembangunan masyarakat yang berwawasan kesehatan
3. Memacu kemandirian masyarakat dalam berperilaku hidup bersih dan sehat
4. Sebagai konsultan dalam pembangunan berwawasan kesehatan

2.2.4. Tujuan Puskesmas

Tujuan pembangunan kesehatan adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya.

2.2.5. Fungsi Puskesmas

Sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat diwilayah kerjanya yaitu wilayah kecamatan Bojonggede

2.2.6. Upaya Puskesmas

1. Upaya promosi kesehatan
2. Upaya kesehatan lingkungan
3. Upaya kesehatan ibu dan anak

4. Upaya kesehatan keluarga berencana

2.3. Pengelolaan Keuangan

Sumber dana dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dipuskesmas unsur pembiayaan bersumber dari pemerintah maupun pemerintah daerah (APBD II, BOK, ASKES, BPJS)

2.4. Pengertian Menopause

Menopause adalah merupakan fase terakhir dimana perdarahan haid seorang wanita berhenti sama sekali . Dimana pada fase ini terjadi secara berangsur-angsur yang semakin jelas terjadi penurunan fungsi kelenjar indung telurnya, biasanya pada wanita usia 40 sampai 50 tahun mengalami masa peralihan dari siklus menstruasi yang teratur setiap bulannya ke masa dimana terjadi perubahan fisik dan juga kejiwaan pada diri seorang wanita pada saat menjelang menopause, estrogen akan semakin menurun sampai dengan saat menopause itu tiba. Hal ini sesuai dengan pernyataan Yatim. (Yatim, 2001) .

Manusia dalam rentang daur hidupnya pastilah mengalami perubahan yang sangat berarti, dimulai dari tahap bayi hingga lanjut usia. Siklus kehidupan sejak awalnya kehidupan hingga menjelang akhir kehidupan. Menopause merupakan sebuah kata yang mempunyai banyak arti yang terdiri atas kata men dan pauseis berasal dari bahasa Yunani yang pertama kali digunakan untuk menggambarkan berhentinya haid. Dimana inilah akhir dari proses biologis dari

siklus menstruasi yang terjadi perubahan hormon estrogen yang dihasilkan oleh ovarium (indung telur).

Menopause mulai terjadi pada usia yang berbeda-beda sekitar usia 50 tahun, walaupun ada sedikit wanita yang memulai masa menopause pada usia 30 tahunan (Sarwono P, 2009). Wanita pada usia 40 sampai dengan 50 tahun mengalami masa peralihan dari siklus menstruasi rutin tiap bulan ke masa menopause dimana terjadi perubahan – perubahan fisik dan juga kejiwaan pada diri seorang wanita. Pada masa menjelang menopause , estrogen yang dihasilkan semakin menurun sampai dengan masa menopause tiba. Hal ini merupakan hal yang sulit untuk memberi batasan yang tepat tentang usia menopause , memberi batasan dan gejala tentang menopause juga sulit untuk ditentukan . Misalkan mengartikan menopause bukan hanya ditandai oleh berhentinya haid, tetapi beberapa tahun sebelumnya sudah ditandai oleh keluhan–keluhan fisik maupun psikis.

Menopause merupakan fase terakhir, dimana perdarahan haid seorang wanita berhenti sama sekali. Seorang wanita berhenti mentruasi sama sekali, fase ini terjadi secara berangsur-angsur yang semakin hari semakin jelas penurunan fungsi kelenjar indung telurnya. Melihat banyak faktor yang mempengaruhi menopause maka alangkah baiknya jika hal tersebut dijabarkan dan ditelaah lebih maksimal lagi sehingga hal tersebut dapat diperpanjang lagi waktu terjadinya atau dihambat tibanya masa menopause tersebut.

Dengan adanya perubahan atau terjadinya perubahan fisiologi meliputi terhentinya reproduksi, adanya rasa tegang, perasaan linu yang tiba – tiba

disekujur tubuh termasuk kepala, leher, badan dan dada bagian atas, adanya keringat yang menyertai ketegangan tersebut dan terkadang adanya perasaan seperti semburan panas (*hot flashes*), timbulnya keropos tulang atau osteoporosis. Terjadi pula perubahan pada psikologis antara lain terjadi perubahan antara lain cepat lelah, cepat marah, sering jengkel, adanya rasa tertekan, adanya rasa takut, gelisah dan cemas yang berlebihan.

Bersamaan dengan terjadinya perubahan tersebut maka tidak menutup kemungkinan pada ibu akan timbul adanya rasa tegang, rasa tidak aman, dan adanya kekuatan yang timbul karena adanya perasaan yang dirasakan akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan tapi sebagian besar sumber dari perasaan tersebut tidak diketahui dengan jelas, hal tersebut dapat pula menjadi pemicu akan timbulnya kesadaran akan isyarat adanya atau datangnya suatu bahaya yang akan mengancam.

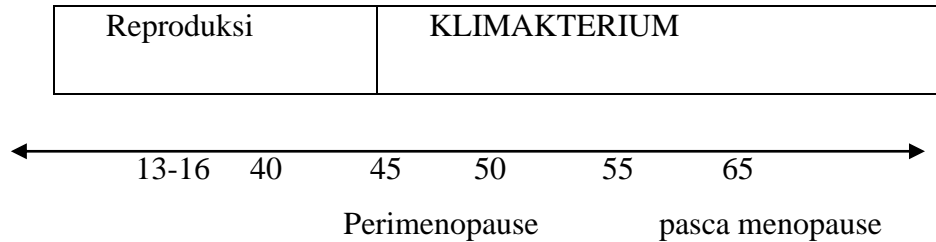
Menopause dini terjadi sebelum usia 40 tahun, etiologinya antara lain genetik, (familial atau bukan) karena adanya kelainan kromosom, dan karena intervensi medis seperti ooforektomi, radiasi dan khemoterapi. Menopause ini dapat juga disebut kegagalan fungsi ovarium dini (*premature ovarian failure* =POF). POF merupakan hipergonadotropik amenore dan mungkin tidak menetap. Untuk kelompok wanita yang memasuki usia menopause ataupun wanita yang telah dalam menopause biasanya identik dengan wanita yang sudah lanjut usia. Biasanya wanita dalam masa ini ataupun dalam kelompok ini memiliki kegiatan berupa pelatihan, arisan, dan kegiatan keagamaan. Disinilah dibutuhkan peran serta keterlibatan dari orang – orang terdekatnya ataupun lingkungan sekitarnya,

bagaimana wanita kelompok menopause ini baik yang awal ataupun telah dalam kelompok *menopause* dan lanjut usia bisa melakukan kegiatan dengan baik dan memiliki aktifitas yang bermanfaat tidak hanya bagi wanita *menopause* saja tetapi juga bagi lingkungan disekitarnya khususnya lingkungan terdekatnya.

Wanita yang mengalami *menopause* akan membutuhkan keluarga dan teman-teman terdekat sebagai dukungan agar tidak minder dalam beradaptasi dengan lingkungan. Selain itu adanya motivasi diri untuk menjalani hidupnya dengan penuh semangat (kualitas hidup yang baik). Dari penelitian ini akan diambil subjek yang telah mengalami *menopause*. Hal ini terlihat dari kegiatan subjek yang rutin tidak hanya menutup diri karena sudah mengalami *menopause*.

Pada era globalisasi ini telah terjadi perkembangan pada ilmu dan teknologi untuk meningkatkan taraf hidup dan perekonomian, serta dapat juga digunakan sebagai sarana peningkatan taraf hidup dan pelayanan kesehatan masyarakat

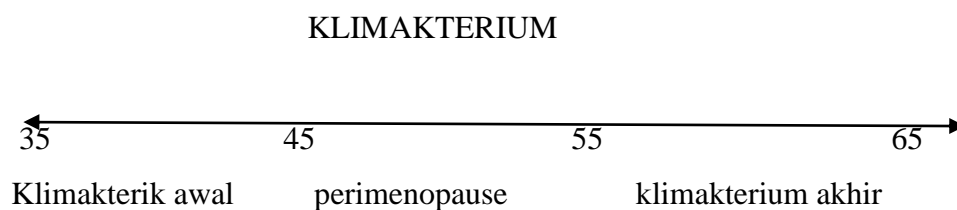
Dalam beberapa kasus wanita yang mengalami *menopause* mulai menarik diri dari pergaulan sosial karena merasa dirinya tidak ada harganya dan merasa tidak berguna lagi. Seperti membatasi untuk berintraksi sosial dengan teman maupun dengan keluarga, mereka lebih suka menyendiri jauh dari keramaian.



Gbr.1 Fase Kehidupan wanita

Sumber : Joseph HK dan M.Nugrogo S dalam buku catatan kuliah
Ginekologi dan obstetri, 2010

Sebuah kepustakaan menyebutkan bahwa masa klimakterik berlangsung selama 30 tahun (usia 35-65 tahun), dan dibagi menjadi 3 bagian untuk kepentingan klinik yaitu : klimakterik awal (35-45 tahun), perimenopause (46-55 tahun) dan klimakterik akhir (56 -65 tahun)



Gbr. 2. Masa Klimakterium

Sumber : Joseph HK dan M.Nugrogo S dalam buku catatan kuliah
Ginekologi dan obstetri, 2010

Menopause dimulai dengan menurunnya fungsi alat reproduksi dan organ pertama yang terkena adalah ovarium, berupa perubahan struktur dan fungsinya. Menjelang *menopause* terjadi perubahan hubungan hormon ovarium dan hypofise

yang terbalik, dimana hormon ovarium menurun dan hypofise meningkat. Hormon ovarium terdiri atas steroid (*Progesteron dan estradiol*) serta Peptide (*Inhibin dan Aktivin*). Walaupun kadar hormon *hypofise* (FSH dan LH) meninggi tetapi karena struktur ovarium sudah menua maka ovarium sudah tidak responsif lagi. Karena kadar hormon steroid menurun, rangsangan endometrium berkurang terjadilah perubahan pola haid baik siklus maupun jumlahnya sampai siklus berhenti sama sekali

Mulai terjadinya *menopause* dipengaruhi oleh faktor keluarga atau genetik, nuliparitas dan perokok yang mengakibatkan *menopause* terjadi 1 ½ tahun lebih cepat, multiparitas dan BMI tinggi berakibat *menopause* terjadi lebih lambat, tetapi tidak ada hubungannya dengan penggunaan pil KB, etnik ataupun usia menarche.

Perimenopause adalah masa sebelum dan 1 tahun setelah *menopause* dimana terjadi perubahan biologis endokrinologis dan klinis dengan mulai terjadinya pada usia rata-rata 47,5 tahun (Amerika). *Perimenopause* rata-rata terjadi 4 tahun sebelum *menopause*. Hanya 10 % wanita yang mengalami henti haid secara tiba-tiba dengan atau tanpa mengalami ketidakteraturan haid atau haid menjadi lebih sedikit. *Menopause* dini terjadi sebelum usia 40 tahun, Etiologinya antara lain: genetik, (familial atau bukan) , karena kelainan kromosom, dan karena intervensi medis seperti: ooforektomi, radiasi dan khemoterapi. *Menopause* ini dapat juga disebut kegagalan fungsi ovarium dini (*premature ovarianfailure* = POF). POF merupakan *hipergonadotropik amenore* dan mungkin tidak menetap.

Menopause merupakan sebuah kata yang memiliki banyak arti yang terdiri dari kata *men* dan *pauseis* yang berasal dari bahasa Yunani, yang pertama kali digunakan untuk menggambarkan berhentinya haid, yang merupakan suatu akhir proses biologis dari siklus menstruasi yang terjadi karena terjadinya penurunan produksi hormon Estrogen yang dihasilkan ovarium (Joseph HK dkk , 2010).

Dalam buku ini membagi *menopause* menjadi tiga periode yaitu:

1. *Klimakterium* yaitu merupakan masa peralihan antara masa reproduksi dan masa senium. Biasanya masa ini disebut juga dengan *pramenopause* , antara usia 40 tahun, ditandai dengan perdarahan haid yang memanjang dan relatif banyak.
2. *Menopause* yaitu saat haid terakhir atau berhentinya menstruasi, dan bila sesudah *menopause* disebut *pasca menopause* bila telah mengalami *menopause* 12 bulan sampai menuju ke senium, umumnya terjadi pada usia 50 an tahun.
3. Senium adalah periode sesudah *pasca menopause*, yaitu ketika individu telah mampu menyesuaikan dengan kondisinya, sehingga tidak mengalami gangguan fisik, antara usia 65 tahun.

Dalam buku ini juga dikemukakan bahwa *menopause* pada umumnya terbagi atas

1. *Pra menopause*

- a. fase antara usia 40 tahun dan dimulainya fase klimakterium
- b. Gejala yang dapat timbul dalam fase ini adalah :
 1. siklus haid yang tidak teratur
 2. perdarahan haid yang memanjang

3. jumlah darah haid yang banyak

4. nyeri haid

2. *Peri menopause*

a. fase peralihan antara pra menopause dan pasca menopause

b. Gejala yang dapat timbul dalam fase ini adalah:

1. siklus haid yang tidak teratur

2. siklus haid yang panjang

3. *Menopause*

a. Haid alami terakhir akibat menurunnya fungsi estrogen dalam tubuh

b. Keluhan - keluhan yang timbul pada menopause : keringat malam hari, mudah marah, sulit tidur, haid tidak teratur, gangguan fungsi seksual, kekeringan vagina, sering terasa panas, gangguan pada tulang, badan bertambah gemuk, gelisah, rasa khawatir, sulit konsentrasi, mudah lupa, sering tidak dapat menahan kencing, nyeri otot sendi, stres, depresi rangsangan LH dan FSH, yang dihasilkan oleh kelenjar Hypofisis.

Akibatnya ovarium melepaskan lebih sedikit hormon estrogen dan progesteron dan pada akhirnya proses ovulasi (pelepasan sel telur) berhenti.

Menurut El Manan dalam buku kamus Pintar kesehatan Wanita, 2011

menyatakan bahwa *menopause* dibagi atas 2 yaitu:

1. *Menopause* Dini yaitu menopause yang terjadi sebelum usia 40 tahun, penyebabnya faktor keturunan, penyakit autoimun, dan rokok.

Data Statistik *Menopause* Dini

- a. Kira – kira 1 dari setiap 100 wanita dibawah usia 40 tahun telah mengalami *menopause*.
- b. Kira – kira 1 dari setiap 1000 wanita dibawah usia 39 tahun telah mengalami *menopause*.
- c. Kira – kira 1 dari setiap 10.000 wanita dibawah usia 20 tahun telah mengalami *menopause*.

Menopause dini terjadi jika ada kondisi seperti :

- a) Ada kelainan pada kromosom anda
 - b) Menderita autoimun
 - c) Mengidap sindrom ovarium polikistik
 - d) Mengalami *histerektomi*
 - e) Mengalami pengobatan radiologi atau kemoterapi
 - f) Riwayat keluarga dengan menopause dini
 - g) Perokok
 - h) Infeksi virus
2. *Menopause* buatan yang terjadi akibat campur tangan medis akan menyebabkan berkurangnya atau berhentinya pelepasan hormon oleh ovarium, campur tangan tangan darah keovarium, serta kemoterapi atau terapi penyinaran pada

panggul dalam tindakan pengobatan panggul guna mengobati kanker, sementara histerektomi menyebabkan berakhirnya siklus menstruasi, tetapi selama ovarium tetap ada akan mempengaruhi kadar hormon dan tidak menyebabkan menopause.

2.4.1. Penyebab Menopause

Dengan bertambahnya usia, ovarium menjadi kurang tanggap terhadap rangsangan LH dan FSH yang dihasilkan oleh kelenjar hypofisis, sehingga ovarium melepaskan lebih sedikit estrogen dan progesteron dan akhirnya proses ovulasi akan berhenti. Dan penyebab dari menopause antara lain adalah faktor keturunan, penyakit autoimun, dan rokok, kemoterapi atau terapi penyinaran pada panggul dalam tindakan pengobatan panggul guna mengobati kanker, sementara histerektomi menyebabkan berakhirnya siklus menstruasi

2.4.2. Perubahan Yang Terjadi Pada Menopause

Perubahan Terjadi selama menopause adalah :

1. Perubahan organ reproduksi

Akibat berhentinya haid, berbagai reproduksi akan mengalami perubahan.

2. Perubahan hormon

Suatu yang berlebihan atau kurang, tentu mengakibatkan timbulnya suatu reaksi pada kondisi menopause reaksi yang nyata adalah perubahan hormon estrogen yang menjadi berkurang. Meski perubahan terjadi juga pada hormon lainnya, seperti progesteron, tetapi perubahan yang mempengaruhi langsung kondisi fisik tubuh maupun organ reproduksi, juga psikis adalah perubahan

hormon estrogen. Menurunnya hormon ini menyebabkan terjadinya perubahan haid menjadi sedikit, jarang bahkan siklus haidnya mulai terganggu, hal ini di sebabkan tidak tumbuhnya selaput lendir rahim akibat rendahnya hormon estrogen.

3. Perubahan Fisik

Akibat perubahan organ reproduksi maupun hormon tubuh pada saat menopause mempengaruhi berbagai keadaan fisik tubuh seorang wanita, keadaan ini berupa keluhan ketidak nyamanan yang timbul dalam kehidupan sehari – hari.

4. Perubahan Emosi

Selain fisik perubahan psikis juga sangat mempengaruhi kualitas hidup seorang wanita dalam menjalani masa *menopause* sangat tergantung pada tiap individu, pengaruh ini sangat tergantung pada pandangan tiap-tiap wanita terhadap *menopause*.

2.4.3. Gejala – gejala *Menopause*

- a. *Hot flashes* terjadi akibat peningkatan aliran darah didalam pembuluh darah wajah, leher, dada dan punggung. Kulit menjadi merah dan hangat disertai oleh sekitar 75% wanita *menopause*. Kebanyakan keluhan *hot flashes* dialami selama dari 1 tahun dan 25 – 50% wanita mengalaminya sampai lebih dari 5 tahun . *Hot flahes* berlangsung selama 30 detik sampai 5 menit.
- b. Vagina menjadi kering lantaran penipisan jaringan pada dinding vagina, sehingga ketika melakukan hubungan seksual bisa timbul rasa nyeri.

C Gejala psikis dan emosional (kelelahan, mudah tersinggung, susah tidur, dan gelisah) bisa disebabkan oleh berkurangnya kadar estrogen.

Berkeringat pada malam hari menyebabkan gangguan tidur, sehingga kelelahan semakin memburuk dan semakin mudah untuk tersinggung

d. Pusing, kesemutan, dan palpitasi (jantung berdebar)

e. Hilangnya kendali terhadap kandung kemih (sering buang air kecil)

f. Peradangan pada kandung kemih atau vagina

g. *Osteoporosis* (pengeroposan tulang)

Pada dasarnya kejadian osteoporosis ini kejadian resiko tinggi nya dapat terjadi pada wanita:

1) Wanita yang kurus

2) Wanita yang merokok

3) Wanita yang mengkonsumsi alkohol secara berlebihan

4) Wanita yang mengkonsumsi kortikosteroid

5) Wanita yang memiliki asupan kalsium yang rendah

6) Wanita yang jarang berolah raga

h. Penyakit jantung dan pembuluh darah

2.4.5. Diagnosis terhadap *menopause*

Diagnosis *menopause* mengacu pada gejala dan hasil pemeriksaan fisik. Pada pemeriksaan paps smear, bisa diketahui adanya perubahan pada lapisan vagina akibat perubahan kadar hormon estrogen.

Pemeriksaan darah dan air kemih dapat digunakan untuk mengukur kadar

estrogen, progesteron serta estron dan esradiol plasma.

2.4.6. Pengobatan terhadap *menopause*

- a. Perubahan gaya hidup
 - a) Pola makan yang sehat dan seimbang
 - b) Olahraga (misalnya latihan ketahanan tubuh seperti jalan kaki/joging ,
olahraga dengan menggunakan beban)
 - c) Menghindari hal – hal yang dapat memicu timbulnya gejala
- b. Pengobatan berbasis hormon
 - a) HRT(terapi estrogen-tunggal, yang dikombinasikan secara sekuensi
atau berkelanjutan)
 - b) Tibolone (Livial)
 - c) Fitoestrogen (zat kimia alami yang diperoleh dari makanan herbal)
 - d) Testosteron
- c. Obat-obatan untuk mengurangi *hot flushes* (rasa panas) dan keringat.
 - a) Clonidine (Dixarit, catapres)
 - b) *Selective serotonin receptor inhibitor*
- d. terapi komplementer
 - a) Obat – obatan herbal
 - b) Homeopati
 - c) Refleksiologi
 - d) Hipnotis
 - e) Akupunktur

f) Aromaterapi

e. pengobatan untuk gejala psikologis

a) Psikoterapi, konseling

b) Obat – obatanm antidepresan

f. Pengobatan untuk gejala urogenital

(gejala fisik yang mempengaruhi sistem saluran kemih dan organ genital)

a) Pelicin/pelembab vagina

Menopause terjadi ketika ovarium tidak berfungsi atau tidak merespon sinyal – sinyal hormon yang dikirimkan dari otak (FSH dan LH) sinyal ini berusaha memicu ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron serta tetap menjaga kelangsungan siklus menstruasi,tetapi ovarium tidak mampu lagi memberikan respon yang diharapkan.

Jadi menjadi mengapa ovarium tidak mampu lagi merespon, hal ini dikarenakan:

Ovarium tidak mampu merespon lagi sebagai akibat bertambahnya usia (kegagalan *ovarium primer*, Ovarium tidak mampu merespon lagi sebagai akibat masalah kesehatan lain atau akibat pengobatan dari masalah kesehatan tersebut (kegagalan *ovarium sekunder*).

b) Penyebab yang mungkin pada kegagalan ovarium sekunder adalah :

1) Radioterapi atau kemoterapi untuk kanker

2) Histerektomi tanpa pengangkatan ovarium

3) Infeksi tertentu, seperti tuberkulosis dan gondongan (*mumps*)

Efek berkurangnya hormon seks dapat dilihat di alat kelamin sejak masa *perimenopause*, akibat berkurangnya estrogen, epitel vagina akan makin merah akibat menipisnya lapisan epitel, pembuluh – pembuluh darah kapiler dibawah permukaan kulit akan semakin terlihat, dikarenakan epitel vagina menjadi atrofi, kapiler pun tidak lagi memperdarahi epitel, permukaan vaginapun menjadi pucat, selain itu rugae-rugae (kerut) vagina akan jauh berkurang yang mengakibatkan permukaan vagina menjadi licin, akibatnya sering sekali wanita mengeluh *dispareunia*, akhirnya menjadi malas untuk melakukan hubungan seksualitas, atau biasa *frigiditas* pada wanita paruh baya, pada wanita *menopause* uterus akan mengecil sehingga pada saat dilakukan pemeriksaan *ginekologis* dapat dipastikan uterus akan makin sulit terdeteksi pada palpasi, karena produksi hormon sudah jauh berkurang akhirnya endometriosis dan adenomyosis pun tidak akan muncul lagi (Pakasi ,2005).

Selain organ panggul secara umum kulit pun akan mengalami penurunan elastisitas akibat berkurangnya fungsi kolagen pada jaringan lunak. Tulang – tulang pun akan mengalami penurunan kepadatan mineral (*bone density*), payudara pun akan mengalami penurunan kepadatan jaringan lunak dan digantikan dengan jaringan lemak, efek positifnya hal ini akan lebih memudahkan pemeriksaan mammografi (Baziad,2008).

Selain gejala-gejala yang telah disebutkan diatas, terdapat pula isu-isu lain yang sangat populer berkaitan dengan *menopause*, diantaranya *osteoporosis*, kanker payudara, serta penyakit jantung koroner (PJK). Keluhan ini sangat penting ditekankan dikarenakan menjadi salah satu penyebab tingginya

morbiditas dan *mortalitas* utama pada wanita *menopause*. Pada wanita *menopause* dengan penyakit jantung koroner dapat terjadi karena efek protektif *kardiovaskular* dikarenakan estrogen yang mendadak berkurang. Estrogen mampu mengurangi kadar LDL dan meningkatkan HDL dalam sirkulasi, dalam lembaga The heart estrogen/progestin Replacement (HERS) dan *Women Healt Initiative* (WHI) telah melakukan penelitian membuktikan bahwa terapi sulih hormon untuk mengurangi insiden PJK pada perempuan *menopause* namun pada penelitian ada juga yang membuktikan bahwa terapi sulih hormon kurang efektif dan harus ditambahkan dengan obat-obatan penghancur LDL misalnya golongan statin. Terapi hormon memberikan efek yang baik pada perempuan *menopause* yang mengalami operasi angioplasti agar terjadi restenosis (Baziad, 2008).

Banyak penelitian yang mendukung dan menolak penggunaan terapi sulih hormon hanya diindikasikan untuk meredakan gejala *vasomotor* akibat *menopause*, perempuan memiliki insiden lebih tinggi untuk terkena penyakit Alzheimer daripada laki-laki, terapi sulih hormon juga terbukti dapat mengurangi resiko terjadinya Alzheimer, selain itu gangguan sistem saraf pusat pada perempuan *menopause* ialah seringnya terjadi depresi pada perempuan meski sejak *fase perimenopause* (Baziad, 2008)

2.5. Faktor – faktor yang mempengaruhi *menopause*

Menurut Bla ckburn dan Davidson (1990), faktor – faktor yang mempengaruhi *menopause* adalah :

a. Umur

Sewaktu mendapat haid pertama kali (*menarch*). Beberapa penelitian menemukan bahwa ada hubungan antara umur pertama kali menstruasi dengan umur sewaktu memasuki *menopause*. Semakin muda umur waktu mendapatkan haid pertama kali maka semakin tua usia memasuki *menopause*. Dalam jurnal yang diterbitkan oleh plos ONE/www, plosone.org 6 Maret 2013 menyatakan bahwa usia mempunyai keterkaitan dengan datangnya *menopause*, yang menyatakan bahwa cadangan ovarium bagi setiap manusia sama, dan penurunan folikel primordial pada tiap manusia tidaklah sama atau bervariasi dimana usia merupakan variabelitas yang tinggi dalam tahapan habisnya folikel primordial pada wanita dan akan memasuki masa *menopause*. Oleh karena itu biomarker yang menunjukkan jumlah folikel istirahat dapat menyebabkan peningkatan dalam prediksi usia *menopause*.

b. Kondisi kejiwaan dan pekerjaan.

Ada penelitian yang menemukan pada wanita yang tidak menikah dan bekerja umur memasuki *menopause* lebih muda dibandingkan dengan wanita sebaya yang tidak bekerja dan menikah . Dalam penelitian yang dilakukan oleh Catarina dan Ramos di Instituto Universitario, Lisbon, Portugal yang membahas model dan penyebab *menopause* yang menyatakan bahwa salah satu variabel dari penyebab *menopause* adalah karena psikologis, meliputi suasana hati, kecemasan dan depresi. Hal ini sesuai

dengan yang ter kutip dalam Blumel, JEM, Castelo branco-, C, Cancelo, MJ, Cardova, AT, Binfa, LE, Bonilla, H.G...dan Sarra, S.C (2004) Hubungan antara psikologis keluhan dan gejala vasomotor selama klimakterik.

c. Jumlah anak

ada yang menemukan bahwa semakin sering melahirkan makin tua usia memasuki *menopause*, kelihatannya kenyataan ini lebih sering terjadi pada golongan ekonomi berkecukupan dibandingkan dengan golongan masyarakat yang ekonominya kurang mampu. Dalam penelitian oleh Pimenta et al yang menyatakan bahwa salah satu variabel independen dari terjadinya *menopause* adalah *paritas* atau jumlah anak.

Hubungan *paritas* dengan *menopause* seperti penelitian yang dilakukan oleh Humdatul Husna dalam judul hubungan *paritas* dan usia *menarche* dengan usia *menopause* di wilayah kerja puskesmas Andalas kota Padang, Tahun 2011 yang menyatakan bahwa dengan banyaknya jumlah *paritas* mempengaruhi kejadian *menopause*.

Pengertian *Paritas*

Paritas adalah keadaan melahirkan anak balita baik hidup maupun mati, tetapi bukan *aborsi*, tanpa melihat jumlah anaknya, dengan demikian kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu *paritas* (Stedman, 2003). *Paritas* adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipercayai oleh seorang perempuan (BKKBN, 2006). Jumlah *paritas* merupakan salah satu komponen dari status *paritas* yang sering dituliskan dengan notasi G-P-A,

dimana G menyatakan jumlah kehamilan (*gestasi*), P menyatakan jumlah *paritas* dan A menyatakan jumlah *abortus* (Stedman,2003).

1). Faktor yang mempengaruhi *paritas* menurut Friedman adalah;

a). Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah suatu cita-cita tertentu. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah dalam memperoleh dan menerima informasi , sehingga kemampuan ibu dalam berpikir lebih rasional. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berpikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang.

b). Pekerjaan

Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilaksanakan oleh seseorang sesuai dengan jabatan atau profesinya masing-masing. Beberapa segi positif menurut (JacintaF.Rini,2002) adalah mendukung ekonomi rumah tangga. Pekerjaan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik untuk keluarga dalam hal gizi, pendidikan, tempat tinggal, sandang liburan dan hiburan serta fasilitas kesehatan yang diinginkan. Banyak sekali orang berpendapat bahwa semakin tinggi status pekerjaan seseorang maka boleh mempunyai anak lebih banyak karena mereka mampu dalam memenuhi segala kebutuhan dari anak-anak mereka.

c). Keadaan Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih karena keluarga merasa mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup.

d). Latar Belakang Budaya

Cultur universal adalah unsur-unsur kebudayaan yang bersifat universal, semua kebudayaan didunia seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan sosial, adat istiadat, penilaian-penilaian umum. Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah.

Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakatnya. Hanya kepercayaan individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudarkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual. Latar belakang budaya yang mempengaruhi paritas antara lain anggapan bahwa semakin banyak jumlah anak maka semakin banyak rejeki.

e). Pengetahuan

Pengetahuan merupakan dominan dari perilaku. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka perilaku akan lebih bersifat langgeng. Dengan kata lain ibu yang tahu dan paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui (Fredman,2005)

d. Penggunaan obat – obatan /KB

Karena obat – obat KB memang menekan fungsi hormon dari indung telur, kelihatannya wanita yang menggunakan pil KB lebih lama memasuki usia *menopause*. Dalam legare,F (2007) dalam keputusan wanita tentang penggunaan produk kesehatan alami , dalam kutipan yang diambil dari La Marca et al 2013 yang menyatakan pula bahwa ada hubungan atau keterkaitan walaupun belum jelas benar adanya hubungan dengan penggunaan alat kontrasepsi hormonal.

e. Merokok

wanita perokok kelihatannya akan lebih muda memasuki usia *menopause* dibandingkan dengan wanita yang tidak merokok. Dalam kutipan La Marca A, Sighinolfi, Papaleo E, CagnacciA, Volpe a, et al (2013) yang menyatakan bahwa status merokok dapat memicu terjadinya *menopause*, dan status merokok dapat dijadikan variabel kejadian *menopause*.

f. Cuaca dan ketinggian tempat tinggal dari permukaan laut

wanita yang tinggal diketinggian lebih dari 2000-3000 dari permukaan laut lebih cepat 1-2 tahun memasuki masa *menopause* dibandingkan dengan wanita yang tinggal kurang dari 1000 meter dari permukaan laut

g. Sosio ekonomi

Menopause juga dipengaruhi oleh status ekonomi dibandingkan dengan pendidikan dan pekerjaan , begitu juga hubungan antara tinggi badan dan berat badan wanita yang bersangkutan termasuk dalam pengaruh sosio

ekonomi. Dalam jurnal yang diterbitkan oleh plos ONE/www.plosone.org 6 Maret 2013, menyatakan bahwa BMI atau *indeks* massa tubuh dapat mempengaruhi terjadinya *menopause*. Secara rasional dapat dijabarkan bahwa wanita dengan sosio ekonomi yang baik akan mendapatkan asupan yang cukup bagi dirinya tetapi jika asupan yang didapatkan dan gaya hidup yang tidak baik maka menjadi pencetus terjadinya *menopause* serta dapat memperberat keadaan *menopause* dari aspek kesehatan dan tidak menutup kemungkinan dari aspek psikologis wanita *menopause* tersebut.

h. *Menopause* yang terlalu dini dan *menopause* yang terlambat

Umur rata – rata wanita memasuki masa *menopause* pada usia 45 tahun sebanyak 4,3 % dan pada usia 54 tahun sebanyak 96,4% sudah memasuki masa *menopause*. Sedangkan pada *menopause* terlalu dini ditemukan adanya penurunan fungsi kelenjar indung telur mulai umur 30-45 tahun.

i. Pengetahuan

Pengetahuan didapatkan baik melalui pendidikan formal ataupun non formal . pendidikan non formal terbentuk karena sosial budaya dalam masyarakat, adanya media cetak dan elektronik serta berdiskusi dengan teman sebaya ataupun dengan tenaga kesehatan. Dengan pengetahuan yang baik maka wanita akan memasuki masa *menopause* dengan baik, hal ini senada dalam penelitian yang dilakukan oleh Indah Yuliana Wulandari, Sitti Nur Djanah, Isti Ken Utami yang berjudul Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang *Menopause* Dengan Dukungan Sosial Suami Saat Istri Menghadapi *Menopause* Di Desa Somagede Kecamatan Somagede Banyumas.

2.6. Klasifikasi *Menopause*

Berdasarkan proses terjadinya, *menopause* dibedakan menjadi *menopause* alamiah (natural) dan *menopause* buatan (*artifisial*). *Menopause* buatan adalah *menopause* yang terjadi sebagai akibat prosedur medis seperti pembedahan atau penyinaran. *Menopause* yang terjadi akibat adanya ooperektomi atau pengangkatan ovarium kadang-kadang dilakukan karena penyakit ovarium

2.7. Perubahan Fisiologis Dan Psikologis Pada *Menopause*

Menopause adalah haid terakhir yang dialami perempuan yang masih dipengaruhi oleh hormon reproduksi yang menimbulkan berbagai perubahan baik fisik maupun psikologis dan merupakan bagian dari klimakterium (Pakasi,2005: Baziad,2008; Speroff,glass,& Kase,2005). Klimakterium merupakan periode peralihan dari fase reproduksi dan berakhir pada awal masa senium atau periode akhir masa reproduksi menuju fase non reproduktif atau senium yang terjadi akibat menurunnya fungsi generatif ataupun endokrinologik ovarium dan terbagi menjadi beberapa fase yaitu *pramenopause*, *perimenopause* *menopause* dan *pascamenopause* (Soejoenoes dalam Darmajo,2006 & Baziad,2008).

2.8. Pelayanan Kesehatan Pada *Menopause*

Departemen Kesehatan (Depkes) RI belum mencanangkan program khusus yang berkaitan dengan kesehatan pada perempuan *menopause*. Berdasarkan hasil komunikasi interpersonal dengan koordinator bagian usia lanjut memang di

wilayah kecamatan Bojong Gede belum ada program bagi pelayanan kesehatan perempuan *menopause*. Program yang dilaksanakan selama ini adalah program yang berkaitan dengan pembinaan usia lanjut berdasarkan program yang telah ada di Departement Kesehatan.

Oleh sebab itu maka perlu adanya suatu upaya mensosialisasikan tanda dan gejala *menopause* pada masyarakat luas dan dikembangkannya klinik *menopause* dan konseling *menopause* baik ditingkat daerah melalui puskesmas maupun dirumah sakit tingkat pusat, perlu pula dipersiapkan tenaga yang handal untuk menunjang pelaksanaan klinik *menopause* dan konseling *menopause*.

2.9. Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif merupakan suatu pendekatan yang sistematis, subyektif yang digunakan untuk menguraikan pengalaman hidup dan memberikan makna (Sylva&Rothbart,1984 dalam Burn & Groove,2001).

Data kualitatif adalah data yang berbentuk kata-kata atau yang berwujud pernyataan-pernyataan verbal, bukan dalam bentuk angka, data kualitatif diperoleh melalui berbagai cara atau bermacam-macam tehnik pengumpulan data, misalnya wawancara, analisis dokumen, diskusi terfokus, atau observasi semua penelitian dilakukan yang telah dituangkan dalam catatan lapangan (*transkrip*) dan adapula bentuk lain dari data kualitatif adalah melalui gambar yang diperoleh dari pemotretan atau rekaman video. Data kualitatif mencakup :

1. *Induktif* yang bertolak dari satu atau sejumlah data *spesifik* untuk

menurunkan kesimpulan dengan cara generelasi atau analogi atau adanya hubungan kausal

2. *Deduktif* yaitu proses berfikir yang bertolak dari suatu proposisi yang sudah ada untuk memperoleh prosisi baru sebagai kesimpulan dengan silogisme yaitu argumentasi yang terdiri atas tiga buah proposisi

3. *Komparatif* yaitu dengan menguraikan persamaan dan perbedaan antara kedua objek data yang diteliti

Penelitian kualitatif adalah penelitian tentang riset yang bersifat *deskriptif* dan cenderung menggunakan analisis dengan pendekatan *induktif*. Proses dan makna perspektif subyek lebih ditonjolkan dalam penelitian kualitatif, landasan teori dimanfaatkan sebagai pemandu agar fokus penelitian kualitatif, selain itu landasan teori juga bermanfaat untuk memberikan gambaran umum sebagai bahan pembahasan hasil penelitian, terdapat perbedaan mendasar antara peran landasan teori dalam penelitian kuantitatif dengan penelitian kualitatif. Dalam penelitian kuantitatif penelitian berangkat dari teori menuju data dan berakhir pada penerimaan atau penolakan terhadap teori yang digunakan sedangkan dalam penelitian kualitatif peneliti bertolak pada data, memanfaatkan teori yang ada sebagai bahan penjelas dan berakhir dengan suatu teori.

Penelitian kualitatif jauh lebih subyektif daripada penelitian atau survei kuantitatif dan menggunakan metode sangat berbeda dari mengumpulkan informasi, terutama individu, dalam menggunakan wawancara secara mendalam dan grup fokus. Sifat dari jenis penelitian ini adalah penelitian dan

penjelajahan terbuka berakhir dengan dilakukannya bersama dengan jumlah relatif kelompok kecil yang diwawancarai secara mendalam. Kualitas dari hasil temuan penelitian kualitatif secara langsung tergantung pada kemampuan pengalaman dan kepekaan dari interviewer atau moderator group. Penelitian kualitatif adalah suatu pendekatan yang juga disebut pendekatan investigasi karena biasanya peneliti mengumpulkan data dengan cara bertatap muka langsung dan berinteraksi dengan orang-orang ditempat penelitian (McMillan & Schumacher,2003)

Pada penelitian kualitatif , penelitian dilakukan pada obyek yang alamiah maksudnya obyek yang berkembang apa adanya , tidak dimanipulasi oleh peneliti dan kehadiran peneliti tidak begitu mempengaruhi dinamika pada objek tersebut. Instrument dalam penelitian kualitatif ini adalah orang atau peneliti itu sendiri, untuk dapat menjadi instrument maka peneliti harus memiliki bekal teori dan wawasan yang luas, sehingga mampu bertanya, menganalisa dan mengkontruksi situasi sosial yang diteliti menjadi lebih jelas dan bermakna. Tiap – tiap penelitian berpegang pada paradigma tertentu, sebab paradigma akan mengarahkan penelitian, seiring dengan berjalannya waktu paradigma tersebut dapat berubah bersamaan dengan timbulnya paradigma baru yang memberi dorongan kuat dan segar untuk mengadakan penemuan baru.

Alasan peneliti memilih metode kualitatif adalah karena penulis dapat mengikuti dan memahami peristiwa yang sedang berlangsung, dapat menilai sebab akibat dalam lingkup pola pikir para informan atau responden.

Penelitian ini akan dikembangkan dengan melakukan analisis kebijakan *versi* Patton & Savicky dengan melakukan *konfirmatori* terhadap pengambil kebijakan ditempat pelayanan terdepan dahulu yaitu pihak Puskesmas Bojong Gede, Bogor.

2.9.1 Ciri – Ciri Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif ini mempunyai ciri-ciri khusus yang dapat digunakan untuk bisa mengetahui lebih jelas lagi tentang metode tersebut yang terangkum dalam literatur Lexy J. Moleong dan Nasution, antara lain :

- 1) Dalam penelitian kualitatif pengumpulan data dilakukan dalam kondisi yang alamiah atau *natural setting*, peneliti mengumpulkan data berdasarkan observasi situasi yang wajar.
- 2) Peneliti adalah sebagai alat penelitian, artinya dalam melakukan penelitiannya, peneliti merupakan alat utama pengumpulan data.
- 3) Pengumpulan data yang dilakukan secara *deskriptif*, data hasil dari penelitiannya tersebut dituangkan dalam bentuk laporan.
- 4) Mementingkan proses daripada hasil, maksudnya proses terjadinya suatu fenomena sosial menjadi lebih penting atau menjadi lebih utama atau bisa juga disimpulkan bahwa fenomena sosial yang ada menjadi hal yang diutamakan dibandingkan sekedar dari hasil penelitian.
- 5) Latar belakang tingkah laku atau perbuatan dicari maknanya, makna yang ada dibalik tingkah laku manusia merupakan hal pokok bagi penelitian kualitatif

- 6) Mengutamakan data langsung atau *first hand* , untuk dapat memahami konteks dan berbagai perspektif dari orang yang sedang ditelitinya peneliti harus melakukannya sendiri kegiatan penelitiannya dilapangan.
- 7) Dalam penelitian kualitatif dipergunakan metode *Triagulasi*, dimana penelitian ini dilakukan secara *ekstensif* baik itu pada *triagulasi metode* yaitu bagaimana menggunakan *metode* dalam pengumpulan data, maupun *triagulasi sumber data*, dimana dalam pengumpulan data harus menggunakan data yang sangat *relevan* dan yang terakhir adalah *triagulasi pengumpulan data* dimana data yang ada dikumpulkan secara terpisah
- 8) Mementingkan rincian *kontekstual*, pengumpulan dan pencatatan data dengan sangat terperinci mengenai hal-hal yang dianggap bertalian dengan masalah yang ditelitinya.
- 9) Subyek yang diteliti mempunyai kedudukan yang sama dengan peneliti, artinya orang yang sedang ditelitinya dipandang sebagai *partisipan*, konsultan atau kolega peneliti dalam menangani kegiatan penelitiannya.
- 10) Mengutamakan *perspektif emik*, artinya lebih mementingkan pandangan responden tentang bagaimana ia menyikapi, memandang atau menafsirkan masalah tersebut berdasarkan dirinya sendiri artinya biarkan partisipan atau responden memandang suatunya berdasarkan segi pendiriannya atau responden memandang , menafsirkan suatunya berdasarkan dirinya sendiri.
- 11) *Verifikasi*, penerapan metoda ini melalui kasus yang bertentangan dengan apa yang telah ditemukannya dilapangan atau dilahan penelitian.

- 12) Pengambilan sampel secara *purposif*, sampel yang diambil atau digunakan itu sedikit artinya sampel yang ditelitinya biasanya sedikit dan dipilih menurut tujuan (*purpose*) penelitian, bukan menggunakan sampling random (sampel dipilih secara acak) dan tidak menggunakan populasi sampel yang banyak.
- 13) Menggunakan *audit trail*, untuk mengetahui apakah laporan penelitian sesuai dengan data yang telah dikumpulkan , digunakanlah *audit trail* artinya data yang didapatkan harus mengikuti jejak atau melacak daripada responden sesuai dengan penelitian yang dilakukan, dan menggunakan cara mencantumkan metode pengumpulan data dan analisa data.
- 14) Mengadakan analisis sejak awal penelitian hingga sepanjang melakukan penelitian tersebut berlangsung, ini berarti penelitian *kualitatif* sebagai analisa data secara *induktif* (penyusunan teori dari bawah keatas)
- 15) Teori dari dasar (*grundef theory*), penelitian kualitatif lebih menghendaki mengarah bimbingan penyusunan teori arah *substantif* yang berasal dari data yang sudah didapatkan.

2.9.2. Dasar pendekatan kualitatif

Dalam penelitian kualitatif orientasi teoritis merupakan dasar yang digunakan untuk mengarahkan penelitian tersebut dalam pengumpulan dan analisa data dari penelitian.

Dalam penelitian ini terdapat 4 dasar pendekatan kualitatif yaitu :

- 1) Pendekatan *fenomenologis*, pandangan yang berusaha memahami arti peristiwa dan kaitan-kaitannya terhadap orang-orang biasa dalam situasi tertentu.
- 2) Pendekatan interaksi *simbolik*, pandangan yang mengasumsikan bahwa objek orang, situasi dan peristiwa tidak memiliki pengertian sendiri, sebaliknya pengertian itu diberikan kepada mereka.
- 3) Pendekatan kebudayaan, pandangan yang mengarahkan , menggambarkan suatu peristiwa kebudayaan sebagaimana seharusnya manusia berperilaku.
- 4) Pendekatan *etnometodologi*, pandangan yang berupaya untuk memahami bagaimana masyarakat memandang, menjelaskan dan menggambarkan tata hidup mereka sendiri (Muhadjir, 1998) ataupun pandangan yang berusaha memahami bagaimana orang-orang mulai melihat, menerangkan dan menguraikan keteraturan dunia tempat mereka hidup (Lexy J.Moleong, 1998) ataupun pandangan yang berusaha menginterpretasikan kejadian dan peristiwa sosial sesuai dengan sudut pandang objek penelitiannya.

2.5. Model Sosio Ekologis

Model sosio ekologis adalah bentuk promosi kesehatan yang *komprehensif* dan *multifaset*, yang melihat tidak hanya perubahan lingkungan dan perilaku tetapi juga kebijakan yang membantu individu membuat pilihan hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari mereka. Dalam hal ini aspek paling membedakan

dari model sosio ekologis adalah bentuk promosi kesehatannya yang memperhitungkan lingkungan fisik dan hubungannya dengan manusia pada level *individual, interpersonal*, organisasional, komunitas dan kebijakan publik.

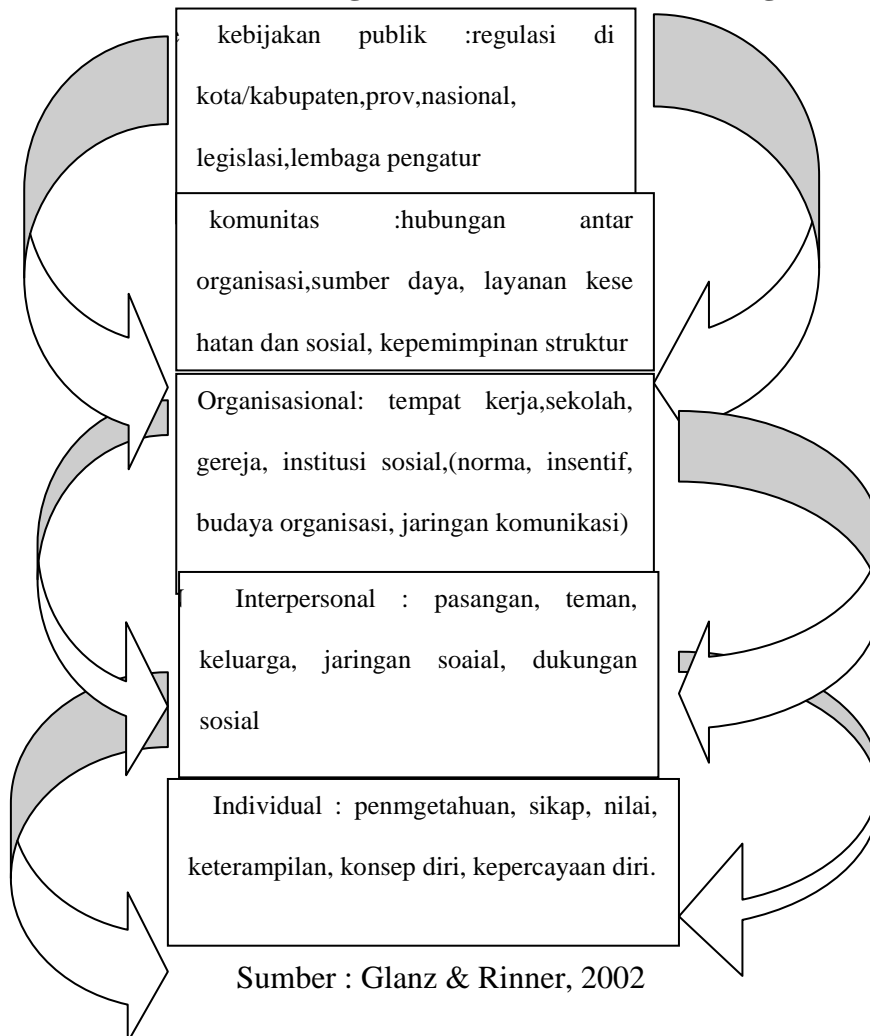
Menurut Green et al (1996), prinsip utama model sosio ekologis adalah *determinisme-resiprokal (reciprocal-determinism)*, yaitu interaksi antara perilaku dan lingkungan. *Determinisme-resiprokal* adalah konsep yang aslinya diidentifikasi oleh Bandura (Bandura,1991) dalam *Sosio Cognitive Theory*, mulanya lingkungan yang banyak mengontrol perilaku, seiring dengan berjalannya waktu, perubahan variabel-variabel lingkungan yang menyebabkan modifikasi perilaku. Model sosio ekologis menekankan pengaruh yang berlapis-lapis pada suatu perilaku, hal ini menyediakan pendekatan yang *komprehensif* untuk program promosi kesehatan. Banyak teori dan model-model perilaku arus utama berfokus hanya pada satu dimensi promosi kesehatan seperti pengetahuan, sikap atau ketrampilan. Model sosio ekologis menghubungkan strategi-strategi promosi kesehatan yang berfokus pada individu dengan pengaruh-pengaruh tertentu pada lingkungan perilaku.

Dalam keterkaitannya dengan *intervensi* perubahan perilaku wanita *menopause* maka diperlukan adanya peningkatan pemahaman yang benar tentang *menopause* dan persiapan sebelum memasuki masa *menopause*, hak-hak kesehatan reproduksi pada wanita dalam masa *menopause* tersebut. Model Sosio ekologis menyediakan suatu kerangka kerja yang *komprehensif* untuk memahami dan memodifikasi berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku wanita *menopause* dalam mengisi hari-harinya dengan baik dan berkualitas tidak hanya

bagi wanita *menopause* sendiri tetapi juga bagi keluarga dan lingkungannya. Untuk mewujudkan hal tersebut selain perubahan perilaku individu yang mempengaruhi lingkungan tetapi juga adanya kebijakan yang menciptakan lingkungan yang mendukung untuk terciptanya suatu perilaku kesehatan yang baik dan sehat.

Jadi secara khusus model ini dapat digunakan untuk memahami faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perilaku wanita *menopause* secara konsisten dan upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan atau melewati masa *menopause* dengan baik walaupun masa *menopause* ini adalah merupakan suatu kejadian siklus alamiah atau hal yang fisiologis dalam rentang kehidupan pada wanita, namun dikarenakan banyaknya hal yang terjadi baik fisik dan psikologis pada wanita *menopause* yang jika tidak ditangani atau sikapi dengan baik akan berpotensi untuk menjadi hal yang merugikan bahkan membahayakan bagi wanita itu sendiri ataupun bagi lingkungan terdekatnya yang tidak menutup kemungkinan pula berdampak pada lingkungan sekitarnya. Menurut model sosial ekologis ini faktor-faktor *individual*, *interpersonal*, *instsitutional* komunitas dan kebijakan publik secara bersama-sama dapat digunakan dalam membawa perubahan perilaku pada wanita *menopause* tersebut untuk dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Oleh karena itu memahami 5 level pengaruh model sosio ekologis dan interaksi diantara mereka dalam mempengaruhi perubahan perilaku menjadi hal yang penting.

2.3.1. Lima Level Pengaruh Pada Model Sosio ekologis



a. Level Individual

Menurut Mc Leroy (1998), pada *level* ini memeperhitungkan aspek-aspek pada individua seperti pengetahuan, sikap, nilai, ketrampilan, konsep diri dan kepercayaan diri atas perilaku. Strategi untuk *intervensi* pada level ini termasuk pendidikan kesehatan, kampanye media massa, pemasaran sosial dan pengembangan ketrampilan individual.

b. Level Interpersonal

Level Interpersonal termasuk dalam aspek-aspek pada diri individu yang terkait dengan hubungan dengan orang lain atau bersosialisasi dengan orang lain seperti jaringan sosial, dukungan sosial, keluarga, kelompok kerja, teman sebaya atau tetangga, strategi ini mencakup pengayaan jaringan sosial dan dukungan sosial, mengubah norma-norma kelompok dan meningkatkan akses (McLeroy,1998). Ada ahli lain yang mengemukakan bahwa faktor-faktor yang termasuk dalam pengaruh *level interpersonal* adalah orang dalam lingkungan sosial terdekat seperti teman sebaya, pasangan dan anggota keluarga. Orang-orang ini dianggap mempunyai banyak pengalaman dan berpotensi membentuk perilaku individu (Dahlberg et al,2002)

c. Level organisasi

Level organisasi termasuk norma-norma, *insentif*, budaya organisasi dan jaringan komunikasi. Strategi *intervensi* pada *level* ini termasuk penyediaan *insentif/reward* material maupun non material, konsultasi proses, pengembangan koalisi dan jaringan dengan organisasi lain (Mc Leroy et al,1998)

d. Level Komunitas

Level ini termasuk sumber-sumber, lingkungan organisasi, praktek-praktek masyarakat struktur pemerintahan dan praktek-praktek kepemimpinan formal dan informal, strategi *intervensi* pada level ini termasuk *Community development* (CD) atau pengembangan masyarakat, koalisi komunitas,

pemberdayaan, revolusi konflik dan kampanye media massa (MC Leroy, 1998). Sumber lain mengemukakan bahwa pada level ini komunitas adalah faktor-faktor yang meningkatkan resiko berbasis lingkungan sosial dan komunitas dimana individu mempunyai pengalaman dan relasi seperti sekolah, tempat kerja, RT, atau kelompok –kelompok sosial dan profesi (Glanz & Rinner,2002)

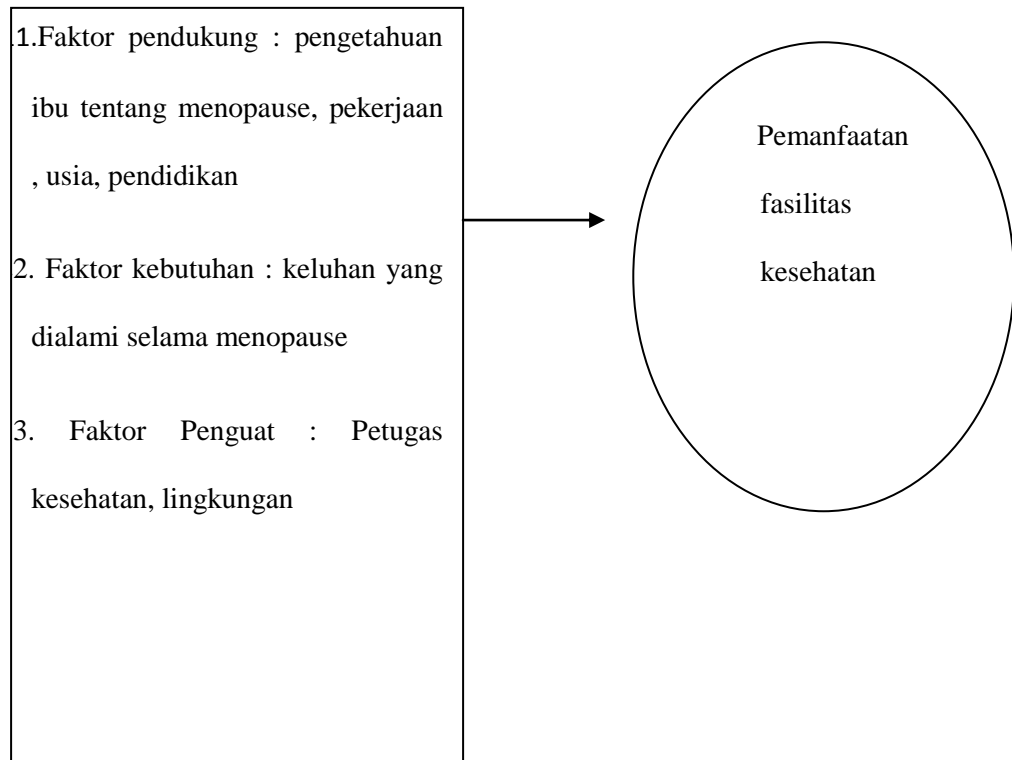
e. Level Kebijakan Publik

Level kebijakan publik termasuk proses-pross legalisasi, kebijakan, pajak dan lembaga-lembaga pengatur, startegi *intervensi* yang dapat digunakan pada level ini adalah kampanye madia massa, analisis kebijakan, perubahan politis dan lobi-lobi (Mc aleroy et al, 1998)

Level kebijakan publik adalah level terbesar dalam model Sosio Ekologis, dikarenakan level ini mewadahi faktor-faktor makro yang mempengaruhi perilaku individu seperti system keyakinan agama dan budaya, norma masyarakat, ekonomi atau kebijakan-kebijakan publik/sosial yang menciptakan atau melanggengkan gap dan tekanan diantara kelompok-kelompok individu (Glanz &Rinner,2002).

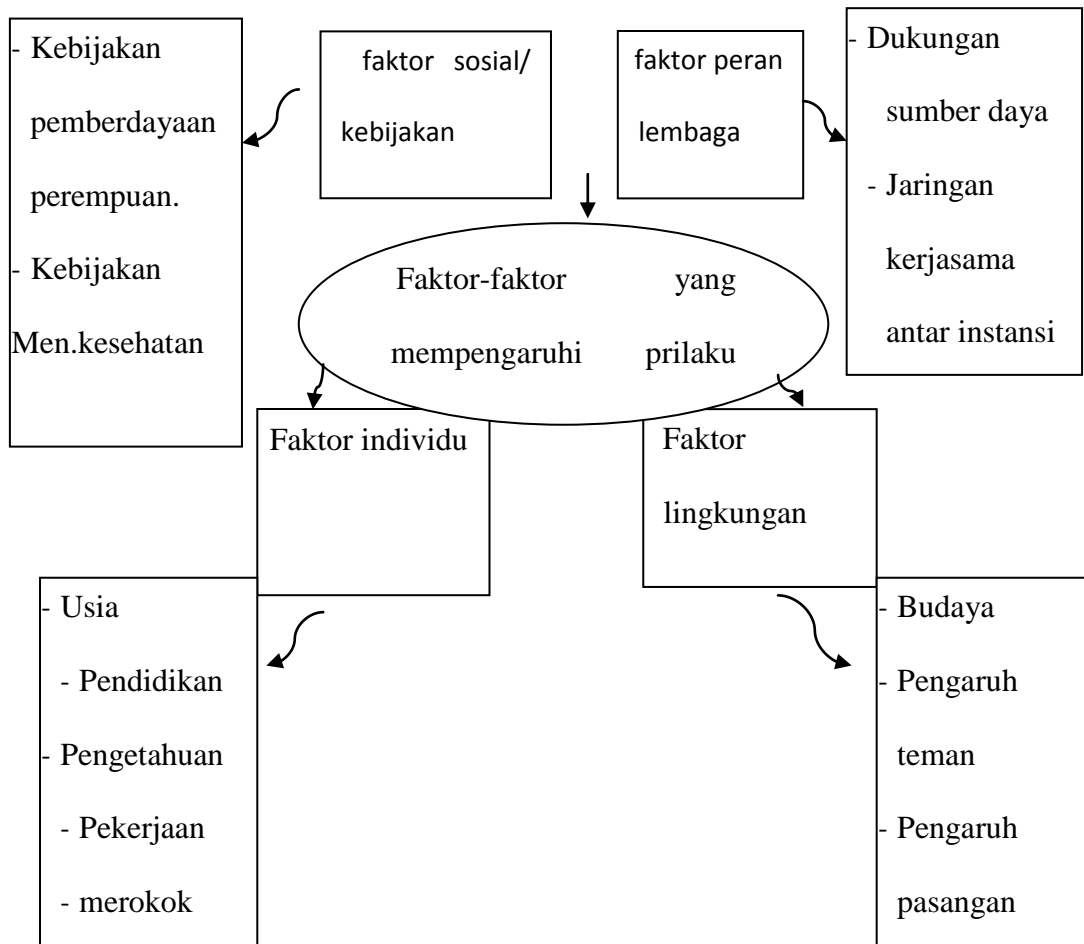
Berdasarkan uraian kepustakaan yang mendasari penelitian ini maka kerangka teori penelitiannya sebagai berikut :

Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian



Sumber : Modifikasi teori perilaku Green (Green et.all.1998:71)

Skema 2.3. Kerangka teori faktor yang mempengaruhi perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh wanita menopause



Sumber : Bandura, 1991

2.3.2. Kebijakan Operasional Menopause

Dalam rangka mencapai tujuan kesehatan reproduksi diperlukan kebijakan dan strategi umum yang dapat melindungi pelaksanaan upaya seluruh komponen kesehatan reproduksi di Indonesia, upaya penanganan kesehatan reproduksi ini harus dilaksanakan dengan memperhatikan nilai-nilai agama dan

budaya ataupun norma kemasyarakatan dan kegiatannya selalu diarahkan untuk dapat meningkatkan kualitas hidup manusia.

1. Kebijakan Umum Kesehatan Reproduksi

- a) Menempatkan upaya kesehatan reproduksi menjadi salah satu prioritas Pembangunan Nasional.
- b) Melaksanakan percepatan upaya kesehatan reproduksi dan pemenuhan hak reproduksi keseluruhan Indonesia.
- c) Melaksanakan upaya kesehatan reproduksi secara holistik dan terpadu melalui pendekatan siklus hidup.
- d) Menggunakan pendekatan keadilan dan kesetaraan gender di semua upaya kesehatan reproduksi.
- e) Menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas bagi keluarga miskin

2. Strategi Umum

- a) Menempatkan dan memfungsikan Komisi Kesehatan Reproduksi (KKR) pada tingkat Menteri Koordinator serta membentuk KKR dipropinsi dan kabupaten / kota.
- b) Mengupayakan terbitnya peraturan perundangan dibidang kesehatan reproduksi.
- c) Meningkatkan *advokasi*, sosialisasi dan komitmen politis disemua tingkat
- d) Mengupayakan kecukupan anggaran/dana pelaksanaan kesehatan reproduksi

- e) Masing-masing penanggung jawab komponen mengembangkan upaya kesehatan reproduksi sesuai ruang lingkupnya dengan menjalin kemitraan dengan sektor terkait, organisasi profesi dan LSM.
- f) Masing-masing komponen membuat rencana aksi mengacu pada kebijakan yang telah ditetapkan.
- g) Mengembangkan upaya kesehatan reproduksi yang sesuai dengan masalah spesifik daerah dan kebutuhan setempat.
- h) Memobilisasi sumber daya nasional dan internasional baik pemerintah dan non pemerintah.
- i) Menyediakan pembiayaan pelayanan kesehatan reproduksi melalui skema Jaminan Sosial Nasional.
- j) Melakukan penelitian untuk mengembangkan upaya kesehatan reproduksi.
- k) Menerapkan Pengurus Utamaan Gender dalam bidang kesehatan reproduksi.
- l) Melaksanakan pemantauan dan evaluasi untuk kemajuan upaya kesehatan reproduksi.

3.1. Kebijakan Keluarga Berencana

- 1) Memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB
- 2) Mengintegrasikan pelayanan KB dengan pelayanan lain dalam komponen kesehatan reproduksi.
- 3) Jaminan pelayanan KB bagi orang miskin
- 4) Terlaksananya mekanisme operasional pelayanan

- 5) Meningkatnya peran serta LSM swasta dan organisasi profesi
- 6) Tersedianya informasi tentang program KB bagi remaja
- 7) Terjadinya pemanfaatan data untuk pelayanan

3.2. Strategi Keluarga Berencana

- 1) Prinsip *integrasi* artinya dalam pelaksanaannya tidak hanya bernuansa *demografis* tetapi juga mengarah pada upaya meningkatkan kesehatan reproduksi yang dalam pelaksanaannya harus memperhatikan hak-hak reproduksi serta kesetaraan dan keadilan *gender*.
- 2) Prinsip *Desentralisasi*, kebijakan program KB perlu menyesuaikan dengan perubahan lingkungan institusi daerah sesuai dengan UU No.22 tahun 1999 dan PP No. 25 tahun 2000.
- 3) Prinsip pemberdayaan, dengan ditingkatkannya kualitas kepemimpinan dan kapasitas pengelola dan pelaksana program nasional KB dengan memberdayakan institusi masyarakat, keluarga dan individu dalam rangka meningkatkan kemandirian.
- 4) Prinsip kemitraan, meliputi koordinasi dalam rangka kemitraan yang tulus dan setara , serta meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dan kerjasama internasional.
- 5) Prinsip *segmentasi* sasaran, meliputi keberpihakan pada keluarga rentan, perhatian khusus pada segmen tertentu berdasarkan ciri-ciri demografis, sosial, budaya dan ekonomi serta keseimbangan dalam memfokuskan partisipasi dan pelayanan menurut *gender*.

3.3. kebijakan Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut

- 1) Meningkatkan dan memperkuat peran keluarga dan masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi usia lanjut dan menjalin kemitraan dengan LSM, dunia usaha secara berkesinambungan.
- 2) Meningkatkan koordinasi dan *integrasi* dengan Lintas program dan lintas sektor dipusat maupun daerah yang mendukung upaya kesehatan reproduksi.
- 3) Membangun serta mengembangkan sistem jaminan dan bantuan sosial agar usia lanjut dapat mengakses pelayanan kesehatan reproduksi. meningkatkan dan memantapkan peran kelembagaan dalam kesehatan reproduksi yang mendukung peningkatan kualitas hidup usia lanjut.

3.4. Strategi Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut

- 1) Melakukan *advokasi*, sosialisasi untuk membangun kemitraan dalam upaya kesehatan reproduksi usia lanjut baik dipusat , provinsi dan kabupaten/kota.
- 2) Memantapkan kemitraan dan jejaring kerja dengan LP/LS, LSM dan dunia usaha untuk dapat meningkatkan upaya kesehatan reproduksi usia lanjut yang optimal.
- 3) Mendorong dan menumbuh kembangkan partisipasi dan peran serta keluarga dan masyarakat dalam pelayanan kesehatan reproduksi usia

lanjut dalam bentuk pendataan, mobilisasi sasaran dan pemanfaatan pelayanan

- 4) Peningkatan *profesionalisme* dan kinerja tenaga penerapan kendali mutu pelayanan melalui pendidikan/pelatihan, pengembangan standar pelayanan
- 5) Membangun sistem pelayanan kesehatan reproduksi usia lanjut melalui pelayanan kesehatan dasar dan rujukannya serta melakukan pelayanan proaktif dengan mendekatkan pelayanan kepada sasaran
- 6) Melakukan *survei*/penelitian untuk mengetahui permasalahan kesehatan reproduksi usia lanjut dan tindak lanjutnya untuk pementapan pelayanan kesehatan reproduksi usia lanjut

3.5. Strategi Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut

- 1) Melakukan *advokasi*, sosialisasi untuk membangun kemitraan dalam upaya kesehatan reproduksi usia lanjut baik dipusat, provinsi dan kabupaten/kota
- 2) Memantapkan kemitraan dan jejaring kerja denan LP/LS/LSM dan dunia usaha untuk dapat meningkatkan upaya kesehatan reproduksi usia lanjut yang optimal
- 3) Mendorong dan menumbuhkembangkan partisipasi dan peran serta keluarga dan masyarakat dalam pelayanan kesehatan reproduksi usia lanjut dalam bentuk pendataan, mobilisasi sasaran dan pemanfaatan pelayanan

- 4) Peningkatan *profesionalisme* dan kinerja tenaga serta penerapan kendali mutu pelayanan melalui pendidikan/pelatihan, pengembangan standar pelayanan
- 5) Membangun sistem pelayanan kesehatan reproduksi usia lanjut melalui pelayanan kesehatan dasar dan rujukannya serta melakukan pelayanan *proaktif* dengan mendekatkan pelayanan kepada sasaran
- 6) Melakukan *survei*/penelitian untuk mengetahui permasalahan kesehatan reproduksi usia lanjut dan tindak lanjutnya untuk pemantapan pelayanan kesehatan reproduksi usia lanjut

3.6. Kebijakan Pemberdayaan Perempuan

- 1) Peningkatan kualitas hidup perempuan
- 2) Pengarus utamaan *Gender*
- 3) Penguatan pranata dan kelembagaan pemberdayaan perempuan

3.7. Strategi Pemberdayaan Perempuan

- 1) Peningkatan pendidikan perempuan dan penghapusan buta huruf perempuan
- 2) Peningkatan peran serta suami dan masyarakat dalam kesehatan reproduksi
- 3) Peningkatan akses perempuan terhadap perekonomian dan peringanan beban ekonomi keluarga
- 4) Perlindungan Perempuan dan peningkatan hak azasi perempuan

- 5) Peningkatan penanganan masalah sosial dan lingkungan perempuan
- 6) Penyadaran gender dalam masyarakat
- 7) Pengembangan sistem informasi gender
- 8) Penyebarluasan pengarusutamaan gender disemua tingkat pemerintahan
- 9) Pembaharuan dan pengembangan hukum dan peraturan perundangan yang sensitif gender dan memberikan perlindungan terhadap perempuan
- 10) Penghapusan kekerasan terhadap perempuan dengan *Zero tolerance policy*
- 11) *Advokasi, sosialisasi, fasilitasi dan mediasi*
- 12) Pengembangan sistem penghargaan.

2.4. Kebijakan Kesehatan dan Analisis Kebijakan

2.4.1 Kebijakan Kesehatan

Kebijakan Kesehatan adalah sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggungjawab dalam bidang kebijakan tertentu antara lain bidang kesehatan, lingkungan pendidikan atau perdagangan (Thomas Dye, 2001).

Kebijakan kesehatan dapat meliputi kebijakan publik dan swasta tentang kesehatan. Kebijakan kesehatan diasumsikan untuk merangkum segala arah tindakan yang mempengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam sistem kesehatan. Ada banyak

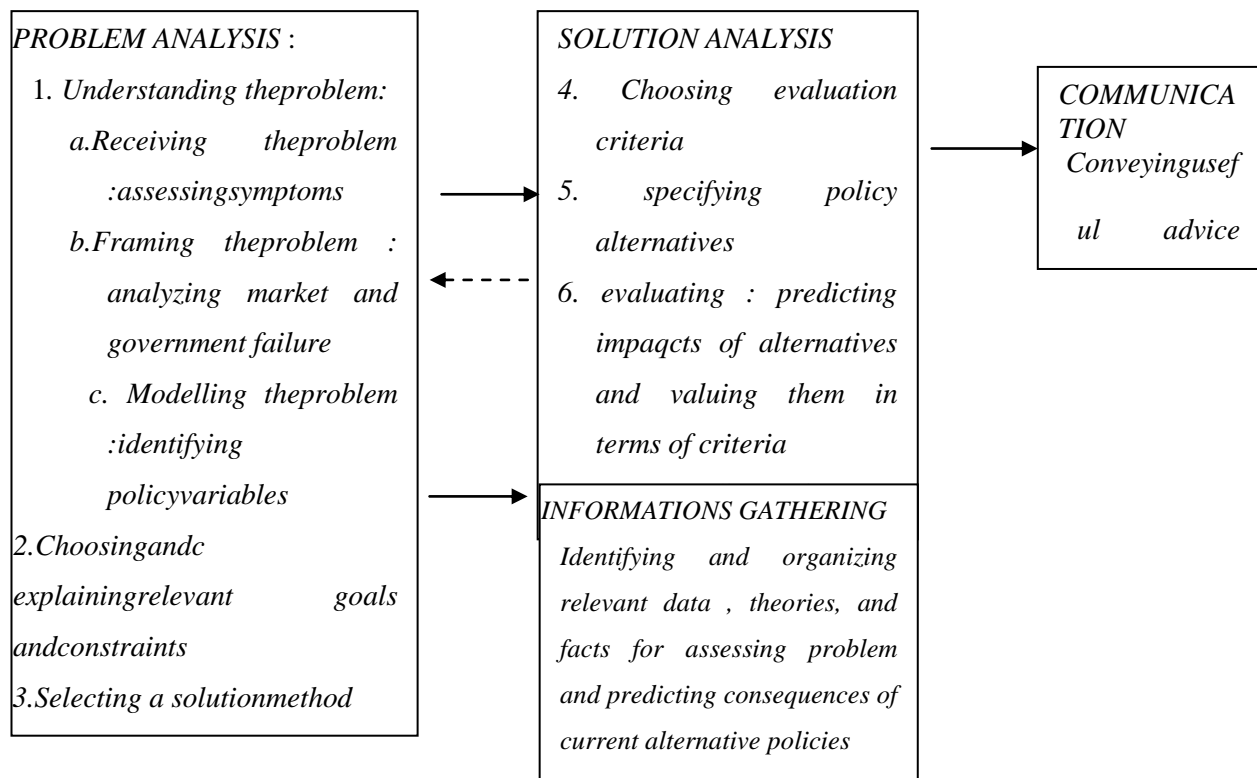
gagasan mengenai pengkajian kebijakan kesehatan beserta penekanannya. Seorang ahli ekonomi mungkin berpendapat bahwa kebijakan kesehatan adalah segala sesuatu tentang pengalokasian sumber daya yang langka bagi kesehatan, seorang perencana melihatnya sebagai cara untuk mempengaruhi faktor-faktor penentu disektor kesehatan agar dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat dan bagi seorang dokter, kebijakan merupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan layanan kesehatan (Walt, 1994).

Patton dan Savicky (1993) dalam Dwijowijoto (2007) mengemukakan bahwa analisis kebijakan dapat dilakukan sebelum dan sesudah kebijakan ada. Analisis setelah kebijakan ada biasanya berbentuk *deskriptif* atau *retrospektif*. Sedangkan analisis sebelum kebijakan ada disebut *prospektif*. Analisis *prospektif* dibagi menjadi dua yaitu analisis *prediktif* merujuk pada proyeksi kondisi yang akan datang dan analisis *preskripsi* yaitu merujuk pada rekomendasi kebijakan.

2.4.2. Analisis Kebijakan Pengelolaan *Menopause*

Analisis Kebijakan dalam arti *historis* yang paling luas merupakan suatu pendekatan terhadap pemecahan masalah sosial dimulai pada satu tonggak sejarah ketika pengetahuan secara sadar digali untuk dimungkinkan dilakukannya pengujian secara eksplisit dan *reflektif* kemungkinan menghubungkan pengetahuan dan tindakan. (Nugroho, 2011). Analisis kebijakan adalah proses mengevaluasi beberapa *alternative* kebijakan dengan menggunakan kriteria-kriteria yang *relevan*

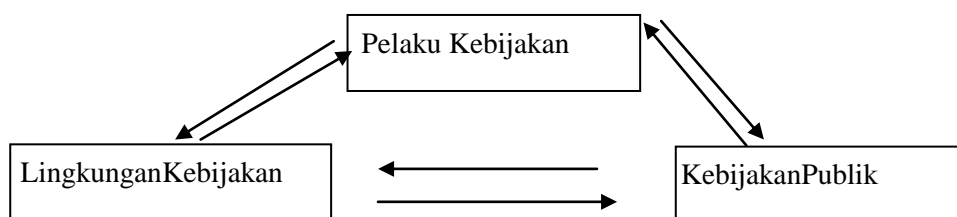
agar diperoleh *alternative* terbaik untuk dijadikan tindakan kebijakan (Dye, 1995).



Skema 2.2 Analisis Kebijakan

Menurut Dunn (2004), analisis kebijakan adalah aktivitas intelektual dan praktis yang ditujukan untuk menciptakan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan tentang dan dalam proses kebijakan. Analisis kebijakan adalah disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode pengkajian multiple dalam konteks argumentasi dan debat politik untuk menciptakan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan. Analisis

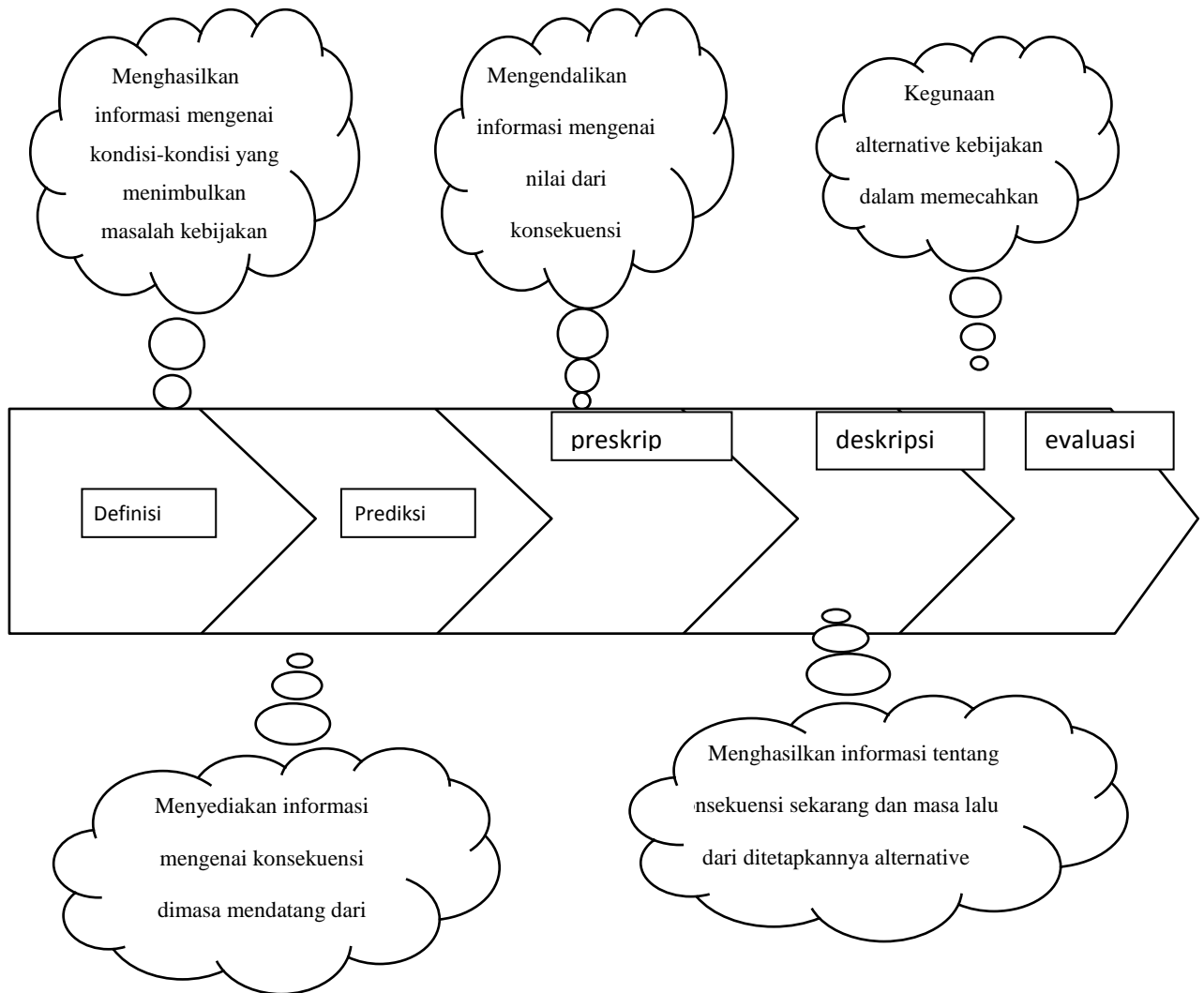
kebijakan adalah aktivitas *intelektual* yang dilakukan dalam proses politik. Analisis kebijakan tidak dimaksudkan menggantikan politik dan membangun *elite teknokratis*. Analisis kebijakan diletakkan pada konteks sistem kebijakan, yang menurut Dunn, dengan mengutip Thomas R. Dye, dapat digambarkan sebagai berikut:



Skema 2.3 Tiga Elemen Sistem Kebijakan

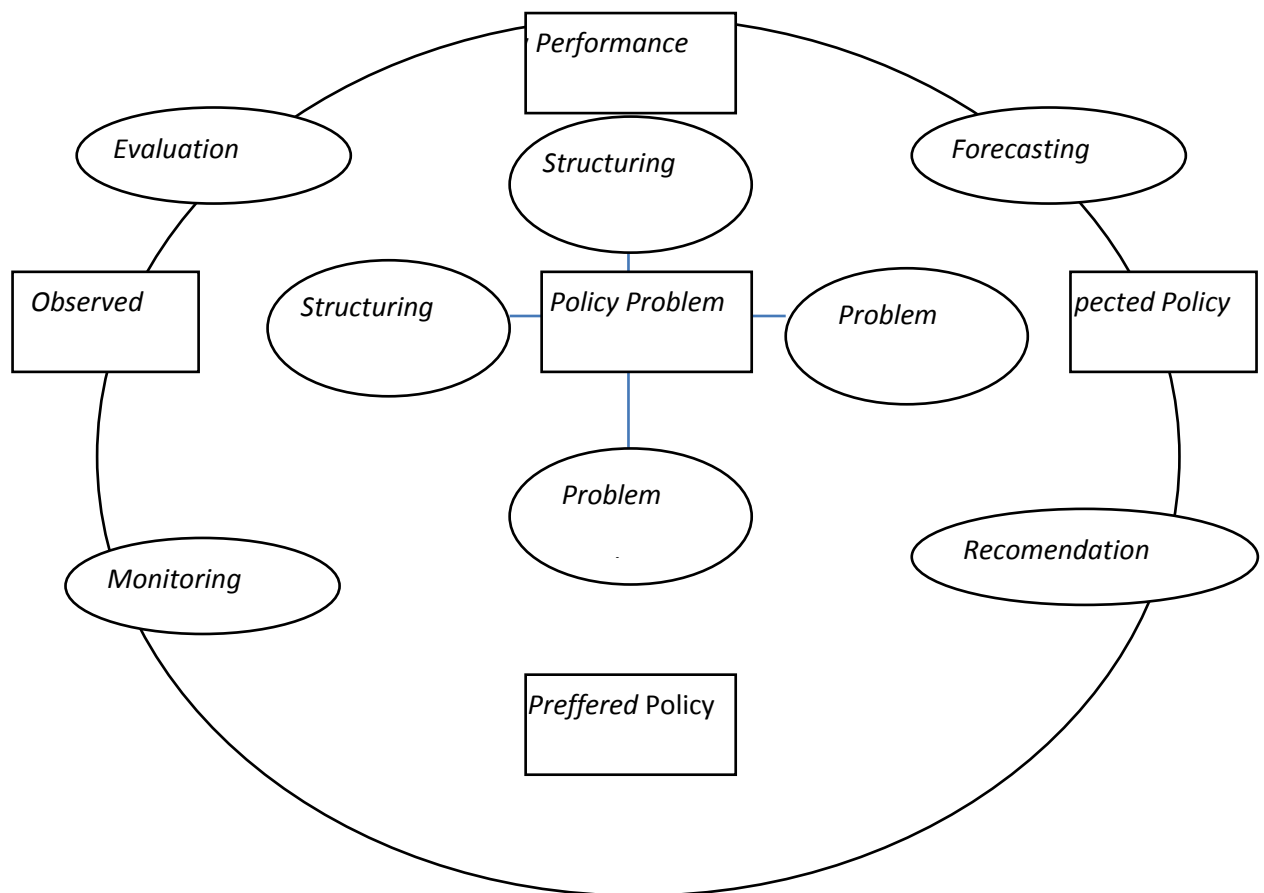
Mengikuti Dunn (2004), metode analisis kebijakan menggabungkan lima prosedur umum yang lazim dipakai dalam pemecahan masalah manusia, yaitu

1. *Definisi* : menghasilkan informasi mengenai kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah kebijakan.
2. *Prediksi* : menyediakan informasi mengenai konsekuensi di masa mendatang dari penerapan alternatif kebijakan, termasuk jika tidak melakukan sesuatu.
3. *Preskripsi* : menyediakan informasi mengenai nilai konsekuensi alternatif kebijakan di masa mendatang.
4. *Deskripsi* : menghasilkan informasi tentang konsekuensi sekarang dan masa lalu dari diterapkannya alternatif kebijakan.
5. *Evaluasi* : kegunaan *alternative* kebijakan dalam memecahkan masalah



Skema 2.4 Proses Analisis Kebijakan

Analisis kebijakan adalah disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode multiple dalam konteks argumentasi dan debat politik yang menciptakan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan. Analisis kebijakan diletakkan dalam konteks sistem kebijakan.



Skema 2.5 Proses Kebijakan

Kebijakan publik biasanya tidak bersifat *spesifik* dan sempit, tetapi luas dan berada pada strata strategis. Sebab itu kebijakan

publik berfungsi sebagai pedoman umum untuk kebijakan dan keputusan-keputusan khusus di bawahnya. Teori analisis kebijakan, seperti sebagian besar teori-teori manajemen, baik sektor publik maupun bisnis, dikembangkan dari praktik baik, yang kemudian diverifikasi, divalidasi, dan kemudian dikodifikasikan berbeda dengan teori-teori dalam ilmu alam atau non-sosial, yang dikembangkan dari penelitian ilmiah, kemudian dikembangkan menjadi praktik (Abidin, 2004). Jadi analisis kebijakan adalah teori yang berasal dari pengalaman terbaik, dan bukan diawali dari temuan, kajian akademik, atau penelitian ilmiah.

Dengan demikian, pengembangan teori analisis kebijakan di masa mendatang akan semakin ditentukan oleh keberhasilan, dan kegagalan-kegagalan, yang terjadi di lingkungan administrasi publik. Ranah keberhasilan-kegagalan analisis kebijakan berkenaan dengan produk final-nya, yaitu kebijakan public. Analisis kebijakan adalah aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses politik (Abidin, 2004) .

1. Rekomendasi kebijakan mempunyai enam kriteria utama :
 - a. *Efektivitas*, berkenaan dengan apakah suatu alternative mencapai hasil yang diharapkan.
 - b. *Efisisensi*, berkenaan dengan jumlah usaha yang diperlukan untuk menghasilkan tingkat efektivitas yang dikehendaki.
 - c. *Kecukupan*, berkenaan dengan seberapa jauh suatu tingkat efektivitas memuaskan kebutuhan, nilai, atau kesempatan yang menumbuhkan adanya masalah.

- d. Perataan (*equity*), berkenaan dengan pemerataan distribusi kebijakan.
- e. *Responsivitas*, berkenaan dengan pemerataan distribusi manfaat kebijakan.
- f. Kelayakan, berkenaan dengan pertanyaan apakah kebijakan tersebut tepat untuk suatu masyarakat. Dalam memutuskan alternatif kebijakan, salah satu pendekatan yang paling banyak dipergunakan adalah *rasionalitas*.

(Nugroho, 2003).

Namun rasionalitas juga berarti multirasionalitas, yang berarti terdapat dasar-dasar rasional ganda yang mendasari sebagian besar pilihan-pilihan kebijakan, yaitu : (Dwidjowijoto, 2004)

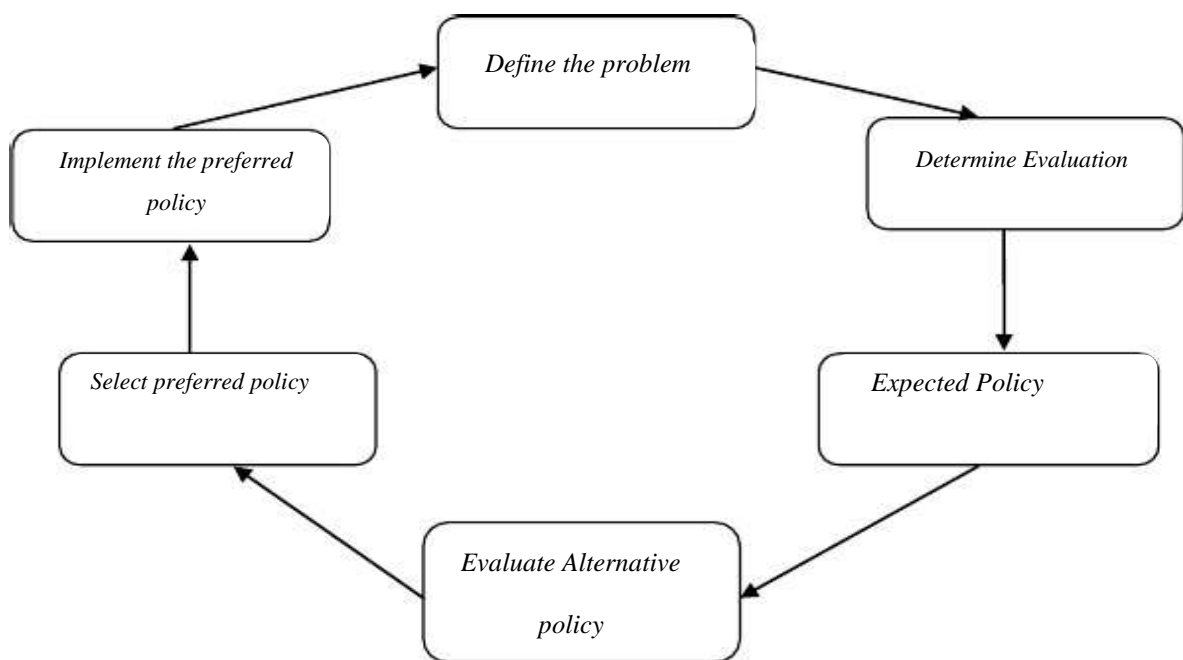
- a. Rasionalitas teknis, berkenaan dengan pilihan *efektif*.
- b. Rasionalitas ekonomis, berkenaan dengan *efisiensi*.
- c. Rasionalitas legal, berkenaan dengan legalitas.
- d. Rasionalitas sosial, berkenaan dengan *akseptabilitas*
- e. Rasionalitas substansif, yang merupakan kombinasi ke empat rasionalitas diatas

2.4.3 Analisis Kebijakan Versi Patton & Savicky

Menurut Patton (1993), tantangan hari ini bagi analisis kebijakan *public* adalah bagaimana kita dapat mempunyai metode analisis dan perencanaan kebijakan yang sederhana. Tantangan ini muncul karena proses pemecahan masalah yang rasional tidak sesuai dengan kondisi kebutuhan

analisis kebijakan yang ditekankan karena sempitnya waktu, terbatasnya pengetahuan, dan terbatasnya sumber daya.

Menurut Patton, isu kebijakan tidak dapat dengan mudah didefinisikan dengan baik dan sering kali cenderung merupakan isu politis murni ataupun isu teknis murni. Solusi isu kebijakan tidak pernah dibuktikan sebelumnya, tidak ada jaminan bagi keberhasilannya. Tingkat kecukupan kebijakan sulit disetarakan dengan pemahaman tentang *public goods*, dan unsur *fairness* solusi kebijakan sering kali sulit atau tidak mungkin diukur secara obyektif.



Skema 2.6 Proses Kebijakan Versi Patton & Savicky

Patton & Savicky (1993) mengembangkan sebelas kriteria untuk menjadi analisis kebijakan yang unggul, yaitu :

1. Pelajari secara fokus cepat tentang kriteria masalah kemudian buat keputusan dari kriteria.

2. Pikirkan tentang jenis tindakan kebijakan yang dapat diambil .
3. Untuk menganalisis kebijakan gunakan using metode yang mudah dan tepat, dengan menggunakan rasional atau menggunakan rancangan yang sudah ada.
4. Membuat keputusan.
5. Melakukan pembobotan masalah.
6. Membuat analisis sederhana dan transparan yang saling berkaitan .
7. Melakukan klarifikasi data .
8. Pelajari cara untuk advokasi posisi orang lain, karena (1) mengusulkan ide tentang elaternatif masalah dengan argumentasi yang sederhana atau mendasar yang memungkinkan dapat dijalankan, (2) dapat meningkatkan kemampuan analitis dan dengan data yang anda punya, dalam proses pelaksanaan dan Anda benar-benar telah mempertimbangkan alternatif yang akan dilaksanakan, (3) untuk mengadvokasi anda harus mempunyai alasan yang kuat untuk alternatif agar bisa dijalankan.
9. Memberikan alasan yang kuat dan bukan keputusan.
10. Mendorong batas-batas dari analisis di luar kebijakan yaitu tidak hanya merekomendasikan ya atau tidak dengan apa yang diusulkan, tetapi analisis dari kebijakan dan alternatif masalah.
11. Sadarilah bahwa hal tersebut tidak bersifat mutlak benar, tetapi sudah dilakukan analisa lengkap dengan rasional..

(Patton & Savicky, 1993)

Patton dan Savicky mempromosikan 6 langkah analisis kebijakan yang disebutnya *Basic policy Analysis Process* sebagai berikut :

1. Mendefinisikan, verifikasi, dan mendetailkan permasalahan kebijakan.

Langkah ini sering kali sangat sulit karena tidak jarang tujuan atau keinginan klien tidak jelas, atau tujuan yang hendak dicapai bersifat konfliktual. Berkenaan dengan masalah ini, analisis kebijakan tidak punya pilihan lain selain harus melakukan verifikasi, mendefinisikan, dan mendetailkan permasalahan. Ada banyak pendekatan untuk identifikasi dan definisi masalah. Dua metode yang banyak digunakan adalah, pertama, pendekatan pragmatik yang digunakan apabila analisis kebijakan dihadapkan pada pertentangan bagaimana seharusnya suatu isu kebijakan ditangani sehingga pertimbangan dijatuhkan pada biaya yang paling rendah, kedua adalah kriteria pendekatan sosial yang digunakan apabila analisis kebijakan mencari ekspresi tersembunyi dari permasalahan sosial yang harus diatasi (Patton&Savicky, 1993).

2. Membangun kriteria evaluasi. Untuk memahami, pertama-tama perlu dibedakan beberapa konsep. Tujuannya adalah pernyataan yang dinyatakan secara formal dan luas tentang apa yang akan dicapai di masa depan. Objectif adalah pernyataan yang lebih konkret dan fokus tentang tujuan yang hendak dicapai, biasanya dilengkapi dengan dimensi waktu dan target populasi yang menjadi kliennya. Kriteria adalah pernyataan khusus tentang dimensi-dimensi sasaran yang akan digunakan untuk mengevaluasi alternative kebijakan atau program. Dimensi penting

tersebut termasuk biaya, manfaat, keefektifan, risiko, kemudahan administratif, legalitas, ketidakpastian, kesetaraan, dan waktu (Patton&Saviky, 1993).

3. Mengidentifikasi alternative :

1. Biaya, bisakah kita mengambil pilihan tersebut dan apakah pilihan tersebut tepat biaya?
2. Stabilitas, apakah tujuan akan tetap bisa dicapai seandainya terjadi gangguan dalam kegiatan normal?
3. Keandalan, bagaimana kemungkinan pilihan tersebut bisa dilaksanakan setiap saat?
4. Ketahanan, akankah pilihan tersebut bisa terus dilaksanakan?
5. Keluwesan, bisakah pilihan tersebut melayani lebih dari satu tujuan?
6. Resiko, apakah pilihan tersebut memiliki resiko kegagalan yang tinggi?
7. Kemampuan berkomunikasi, apakah pilihan tersebut mudah dipahami untuk mereka yang tidak terlibat dalam analisis?
8. Keunggulan, apakah pilihan tersebut memiliki validitas bentuk yaitu pilihan tersebut tampak menyelesaikan masalah?
9. Kesederhanaan, apakah perilaku tersebut mudah untuk diimplementasikan?.
10. Kesesuaian, apakah pilihan tersebut sejalan dengan norma serta prosedur yang berlaku?.

11. Keterbalikan, bagaimana tingkat kesulitan untuk mengembalikan pada kondisi semula seandainya pilihan tersebut gagal?
12. Kekuatan, seberapa jauh pilihan tersebut bisa berhasil dalam keadaan yang jauh berbeda dimasa yang akan datang?

(Patton&Saviky, 1993).

4. Evaluasi alternatif kebijakan

Langkah ini khusus digunakan untuk kebijakan yang diambil. Analisis peramalan : ekstrapolasi, modeling, dan intuitif. Tehnik peramalan yang pertama adalah ekstrapolasi, yaitu membuat proyeksi masa depan dengan mempergunakan data masa kini dan tren yang ada. Kedua modeling teoritis, yaitu peramalan yang mempergunakan pendekatan teori tertentu. Ketiga, peramalan intuitif, dilakukan dengan melakukan interview kepada ahli (pakar) dengan dua prinsip utama : wawancara kepada yang benar-benar mempunyai keahlian yang berkenaan dengan kebijakan dan prinsip anonimitas (Dunn, 1993).

5. Menyajikan alternatif kebijakan

konflik antara rasionalitas individu dan rasionalitas kelompok. Kedua, masalah kriteria-kriteria berganda (*multiple criteria*). Dalam analisis kebijakan kita pasti menemukan konflik antara tujuan kebijakan dan kriteria keberhasilan kebijakan. Beberapa metode yang dapat dipergunakan untuk memecahkan konflik antara tujuan dan kriteria diatas. Yaitu dengan (1) pendekatan perbandingan sederhana, (2) matriks *score-card* dan (3) matriks lainnya (Dunn, 1993).

6. Pemantauan dan evaluasi kebijakan yang diimplementasikan.

2.4.3.1 Proses Analisis Kebijakan

a). Merumuskan masalah.

Masalah kebijakan adalah nilai kebutuhan, atau kesempatan yang belum terpenuhi, yang dapat diidentifikasi, untuk kemudian diperbaiki atau dicapai melalui tindakan publik. Masalah kebijakan mempunyai ciri-ciri (Nugroho, 2003) :

1. Terdapat saling kebergantungan antar masalah kebijakan
2. Mempunyai subyektivitas
3. Buatan manusia karena merupakan produk penilaian subyektif dari manusia
4. Bersifat dinamis.

Fase-fase perumusan masalah kebijakan disusun sebagai berikut :

1. Pencarian masalah
2. Pendefinisian masalah
3. Spesifikasi masalah
4. Pengenalan masalah

Untuk menuju pada analisis kebijakan, sejak perumusan masalah sudah harus dikenali model-model kebijakan, yaitu (Nugroho, 2003) :

1. Model deskriptif, yang bertujuan menjelaskan dan atau memprediksi sebab-sebab dan konsekuensi-konsekuensi pilihan-pilihan kebijakan.

2. Model normative, yang selain bertujuan sama dengan model deskriptif, juga memberikan rekomendasi untuk meningkatkan pencapaian nilai atau kemanfaatan.

b) Peramalan masa depan kebijakan.

Peramalan adalah prosedur membuat informasi aktual tentang situasi sosial di masa depan atas dasar informasi yang telah ada tentang masalah kebijakan (Nugroho, 2003).

c) Rekomendasi kebijakan.

Tugas membuat rekomendasi kebijakan mengharuskan analisis kebijakan menentukan alternatif yang terbaik dan alasannya karena prosedur analisis kebijakan berkaitan dengan masalah etika dan moral. Dalam memutuskan alternative kebijakan, salah satu pendekatan yang paling banyak dipergunakan adalah rasionalitas (Nugroho, 2003).

Namun rasionalitas juga berarti multi rasionalitas, yang berarti terdapat dasar-dasar rasional ganda yang mendasari sebagian besar pilihan-pilihan kebijakan, yaitu (Nugroho, 2003) :

1. Rasionalitas teknis, berkenaan dengan pilihan efektif.
2. Rasionalitas ekonomis, berkenaan dengan efisiensi.
3. Rasionalitas legal, berkenaan dengan legalitas.
4. Rasionalitas sosial, berkenaan dengan akseptabilitas.
5. Rasionalitas substansif, yang merupakan kombinasi ke-empat diatas.

d) Pemantauan hasil kebijakan.

Pemantauan atau monitoring merupakan prosedur analisis kebijakan yang digunakan untuk memberikan informasi tentang sebab dan akibat kebijakan publik. Pemantauan, setidaknya memainkan empat fungsi dalam analisis kebijakan, yaitu eksplanasi, akuntansi, pemeriksaan, dan kepatuhan.

e) evaluasi kinerja kebijakan.

(Nugroho, 2003).

2.4.3.2. Proses analisis kebijakan

Proses analisis kebijakan menurut Patton & Savicky (1993) dalam Dwijowijoto(2007) menggunakan konsep *A Basic Policy Analysis Process* yaitu suatu pendekatan evaluasi kesehatan yang terdiri dari enam kegiatan yaitu :

1) Mengidentifikasi, verifikasi dan mendetailkan permasalahan kebijakan.

Pada tahap ini seorang analisis kebijakan sering menemukan kesulitan karena tujuan atau keinginan yang ingin dicapai dari analisis kebijakan tidak jelas. Karena itu seorang analisis kebijakan harus melakukan verifikasi, identifikasi dan mendetailkan masalah kebijakan. Pendekatan untuk identifikasi dan definisi masalah adalah dengan menggunakan pragmatic approach and social criterion approach.

2) *Establishing Evaluation Criteria*

Kriteria merupakan uraian dari sasaran yang ada dan yang akan digunakan dalam mengevaluasi kebijakan, antara lain adalah biaya, manfaat,

keefektifan, resiko, viabilitas politik, kemudahan administrasi, legalitas, ketidakpastian, kesetaraan dan waktu. Patton dan Savicky mengungkapkan bahwa tidak ada formula baku dalam membuat kriteria evaluasi karena dapat dikembangkan sesuai permasalahan, tujuan yang akan dicapai serta alternatif yang tersedia. Ada empat kriteria yang akan ditemukan saat mendesain kriteria kebijakan antara lain adalah *technical feasibility, political viability, economical and financial possibility and administrative operability*.

3) Identify Alternatif Policy

Didalam melakukan identifikasi alternatif kebijakan terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan antara lain adalah *cost, stability, reability, invulnerability, flexibility, riskness, communicability, merit, simplicitycompatibility, reversibility dan robustness*. Sedang untuk dapat mengidentifikasi alternatif dikelompokkan menjadi:

- a) *Reasearhed analysis and exprementation yang menggunakan teknik passive collection dan classification*
- b) *No action analysis* yang menggunakan teknik tipologi-tipolog
- c) *Quick surveys* yang menggunakan teknik analogi, metafora dan sinetik
- d) *Literature review* menggunakan teknik galang gagasan
- e) *Compatison of real world experience* yang menggunakan teknik perbandingan dengan suatu ideal

4) Evaluasi *Alternative Policy*

Langkah ini khusus digunakan untuk kebijakan yang akan diambil, dan ada dua metode untuk menentukan *alternative* kebijakan yaitu peramalan dan evaluasi. Analisis peramalan terdiri dari *ekstraplorasi* yaitu membuat proyeksi masa yang akan datang dengan menggunakan data saat ini, kedua adalah modeling teoritis yaitu meramalkan masa depan hanya dengan menggunakan teori tertentu ketiga adalah peramalan *intuitif* yaitu melakukan wawancara dengan orang yang benar-benar memiliki keahlian yang sesuai dengan kebijakan. Untuk teknik evaluasi menggunakan tiga pendekatan yaitu dengan teknik *discounting* yang menghitung *future value* dampak dari suatu kebijakan, teknik *three measures of efficiency* yaitu dengan menggunakan tiga ukuran efisiensi, dan yang terakhir adalah dengan teknik analisis *sensitivitas*

5) Menyajikan Alternatif Kebijakan

Penyajian alternatif kebijakan dipengaruhi oleh konflik antara rasionalitas individu dengan rasionalitas kelompok dan adanya kriteria berganda (*multiple criteria*) yaitu konflik antara tujuan kebijakan dengan kriteria keberhasilan kebijakan. Oleh karenanya Patton dan Savicky memaparkan metode untuk memecahkan masalah konflik yaitu dengan pendekatan perbandingan sederhana, matrik *score – card* (*Geoller matrix*) dan matrik *Goal Achievemant Matric* (*GAM*), untuk pengambilan keputusan lebih dari satu orang maka disarankan menggunakan model *Goller*, karena metode ini melakukan komparasi dari *alternative* kebijakan yang ada. Penentuan bobot dari masing-masing variabel bisa disesuaikan dengan

feasibilitas atau sesuai dengan kebutuhan, setelah melakukan pembobotan masing-masing alternative kebijakan diberikan ranking yaitu (1 : low, 3 : high) matrik yang digunakan adalah :

Kriteria	Kebijakan		
	A	B	C
<i>Cost</i>			
<i>Political viability</i>			
<i>Legality and Ethics</i>			
<i>Technical Feasibility</i>			
Total			

Sumber : *American Library Association* (2013)

Apabila terdapat prioritas alternatif kebijakan yang dihasilkan berdasarkan *matriks Goller* langkah selanjutnya adalah dengan melakukan analisis kebijakan dengan pendekatan Hill (1993). Hill menyatakan bahwa pembedahan yang paling nyata dalam *varian* analisis kebijakan adalah dalam kaitan dengan sasaran atau tujuan eksplisitnya, memisahkan antara *analysis for policy* dari *analysis of policy*. Dalam kaitannya dengan bentuk riset hal ini juga mencerminkan pembagian suatu penekanan perhatian.

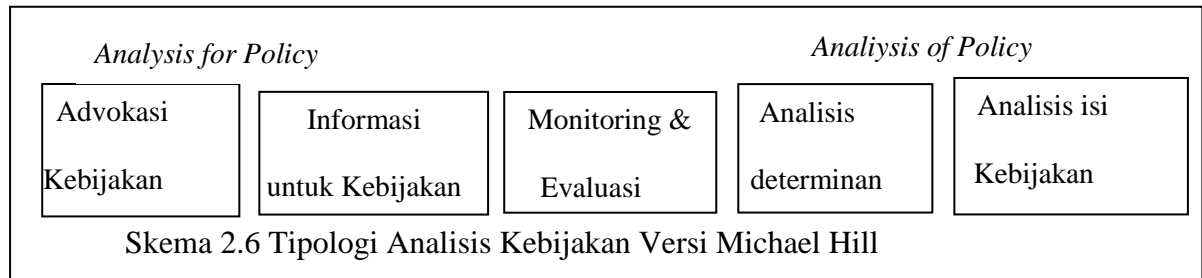
Format *analysis of policy* berupa empat komponen yaitu isi, implementasi hasil dan lingkungan kebijakan, formulasi *analysis of policy* ini selanjutnya dibuat suatu strategi sebagai jawaban atau pemikiran untuk

mengatasi keadaan tentang kebijakan atau status *of policy* yang telah dianalisis tersebut untuk disajikan kedalam format *analysis for policy* sebagai suatu usulan untuk kebijakan yang telah ada.

2.4.4. Proses Analisis Kebijakan Menurut Michael Hill

Proses analisis kebijakan menurut Hill (1993) dalam menganalisa kebijakan diperlukan beberapa persiapan awal dan identifikasi kebutuhan supaya mencapai hasil analisa yang maksimal. Analisa kebijakan publik tidak hanya bertujuan menciptakan pengetahuan untuk memahami dan menyelaraskan kebijakan yang akan atau sudah dibuat, tetapi lebih dari itu untuk mampu mendorong proses *advokasi* lebih lanjut. Tulisan ini tidak dimaksud sebagai sebuah pedoman yang berisikan langkah-langkah praktis untuk menganalisa kebijakan. Namun hanya berisikan sebuah panduan dasar yang dapat dijadikan *framework* dalam analisa kebijakan.

Pembedaan yangn paling nyata dalam *varian* analisis kebijakan adalah dalam kaitan dengan sasaran dan atau tujuan *eksplisitnya*, memisahkan antara *analysis for policy* dari *analisis of policy*. Dalam kaitan dengan bentuk riset, hal ini mungkin adalah pembedaan yang paling utama, dan hal ini juga mencerminkan pembagian suatu penekanan perhatian. Meski terjadi dikotomi, hal ini masih berada dalam suatu rangkaian aktivitas advokasi kebijakan (Nugroho, 2003).



Sumber data yang diambil dengan tiga macam metode (TD, Observasi, WM) dengan waktu yang berbeda (sebagai suatu proses *cross check* atau dilaksanakannya triangulasi sumber, metode dan waktu) untuk dianalisis isinya (*content analisis*) yang merupakan suatu data kualitatif yang menyeluruh sebagai suatu hasil penelitian kebijakan untuk disajikan kedalam format *analisis of policy* berupa empat komponen isi, implementasi, hasil dan lingkungan kebijakan. Formulasi *analisis of policy* ini selanjutnya dibuat suatu strategi sebagai jawaban atau pemikiran untuk mengatasi keadaan tentang kebijakan atau *status of policy* yang telah dianalisis tersebut untuk disajikan kedalam format *analysis for policy* sebagai suatu usulan untuk kebijakan yang telah ada (Nugroho, 2003).

2.4.5. Analisis SWOT

Menurut Rangkuti (2008) analisis SWOT adalah identifikasi berbagai faktor secara sistematis untuk merumuskan strategi perusahaan. Analisa ini didasarkan pada hubungan atau interaksi antara unsur internal, yaitu kekuatan dan kelemahan dan unsure eksternal yaitu peluang dan ancaman. Suatu perusahaan atau organisasi harus membuat analisis SWOT

dengan menekankan pada kekuatannya untuk menutupi kelemahannya (Nainggolan, 2011).

Analisis SWOT merupakan tehnik analisa yang paling tua, yang pertamakali diperkenalkan oleh Albert Humphrey, seorang pimpinan proyek riset pada Universitas Stanford di tahun 1960. SWOT adalah singkatan dari *Strengths* (kekuatan), *Weaknesses* (Kelemahan), *Opportunities* (peluang) dan *Threats* (ancaman). *Strengths* dan *Weaknesses* adalah factor-faktor lingkungan internal perusahaan, sedangkan *Opportunities* dan *Threats* adalah faktor-faktor lingkungan eksternal (Rangkuti 2008).

Penerapan analisis SWOT harus terus dilakukan oleh perusahaan/organisasi agar berjalan sesuai dengan keadaan yang dinamis. Terlebih bila suatu perusahaan atau organisasi ingin mengembangkan atau membuat suatu proyek/kegiatan baru, maka analisis SWOT wajib dilakukan (Rangkuti, 2008).

Analisa SWOT merupakan proses menganalisis organisasi dan lingkungannya berdasarkan pada faktor kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman yang didalamnya mencakup analisa lingkungan eksternal untuk melihat apa saja peluang dan ancaman dan analisa lingkungan internal untuk melihat apa saja kekuatan dan kelemahan perusahaan (Ahmed et al., 2006).

Gabungan dari kekuatan dan peluang akan menghasilkan strategi S-O, gabungan dari kelemahan dan peluang akan menghasilkan strategi W-O,

gabungan dari kekuatan dan ancaman akan menghasilkan strategi S-T, dan gabungan dari kelemahan dan ancaman menghasilkan strategi W-T.

Setelah mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman perlu dilanjutkan dengan memilih dan menetapkan faktor kunci keberhasilan sebagai faktor – faktor strategis. Suatu faktor disebut strategis apabila memiliki nilai lebih dari faktor yang lainnya. Faktor yang telah memberikan nilai dukungan (kontribusi) tinggi dan keterkaitan tinggi terhadap berbagai keberhasilan yang diraih organisasi selama ini dan untuk yang akan datang dianggap sebagai faktor strategis dan selanjutnya disebut menjadi faktor kunci keberhasilan. (Cicilia, 2011)

Aspek yang dinilai dari tiap faktor adalah : Urgensi faktor terhadap misi, meliputi nilai faktor (NF) dan bobot faktor (BF). Dukungan faktor terhadap misi, meliputi nilai dukungan (ND) dan nilai bobot dukungan (NBD). Keterkaitan antar faktor terhadap misi meliputi nilai keterkaitan (NK). Nilai rata – rata keterkaitan (NRK) dan nilai bobot keterkaitan (NBK). Nilai yang dipergunakan adalah skala yang dianjurkan oleh Rensis Likert yang disebut model skala nilai yaitu nilai yang diberikan pada suatu faktor secara kualitatif dikonversi ke dalam angka yaitu :

- Sangat baik : 5. sangat tinggi urgensi/dukungan/keterkaitan.
- Baik : 4. tinggi nilai urgensi/dukungan/keterkaitan.
- Cukup : 3. cukup tinggi nilai urgensi/dukungan/keterkaitan
- Kurang : 2. kurang nilai urgensi/dukungan/keterkaitan
- Buruk : 1. sangat kurang nilai urgensi/dukungan/keterkaitan

Cara penilaiannya adalah sebagai berikut

Nilai Urgensi (NU)

Nilai urgensi diperoleh dengan cara memberikan nilai bobot pada setiap faktor yang berkisar antara 1-5

Bobot Faktor (BF):

Penetapan besaran BF, langkah pertama adalah memberikan Nilai *Urgensi* (NU) yang berkisar antara 1-5 yakni nilai terendah = paling kurang *urgen* dan nilai tertinggi = paling *urgen*. Selanjutnya BF dihitung berdasarkan rumus berikut

$$BF = \frac{NU}{\sum NU} \times 100 \%$$

Nilai Dukungan Faktor (ND)

Nilai dukungan diperoleh dengan cara memberikan nilai bobot pada setiap faktor yang berkisar antara 1-5

Nilai Bobot Dukungan (NBD)

Nilai bobot dukungan adalah suatu nilai yang diperoleh dengan cara mengalikan antara bobot faktor (BF) dengan nilai dukungan (ND) dengan demikian rumusan perhitungan NBD adalah sebagai berikut :

$$NBD = BF \times ND$$

Nilai Keterkaitan (NK)

Menilai keterkaitan antara S1 dan S2, S1 dan W1, S1 dan T1 dan seterusnya. Nilai keterkaitan berkisar 0-5

Nilai Rata-Rata Keterkaitan (NK)

NRK dapat diperoleh dengan cara rumus perhitungan sebagai berikut:

Rumusnya :

$$\text{NRK} = \frac{\text{TNK (Total Nilai Keterkaitan)}}{\sum N \text{ (Jumlah faktor yang dinilai)} - 1}$$

Nilai Bobot Keterkaitan (NBK)

Rumus perhitungan NBK adalah sebagai berikut :

$$\text{NBK} = \text{BF} \times \text{NRK}$$

Total Nilai Bobot (TNB)

Cara penetapan TNB adalah dengan menggunakan rumus perhitungan sebagai berikut $\text{TNB} = \text{NBK} + \text{NBD}$.

Menetapkan Faktor Kunci Keberhasilan.

Hasil evaluasi faktor *internal* dan *eksternal* seperti dalam tabel 4.4 dapat digunakan sebagai dasar penentuan pemilihan Faktor Kunci Keberhasilan (FKK) dan Peta Posisi Kekuatan Organisasi.

Faktor Kunci Keberhasilan (FKK) adalah faktor yang memiliki Total Nilai Bobot (TNB) terbesar diantara faktor – faktor yang berpengaruh terhadap sasaran yang akan dicapai. Faktor Kunci Keberhasilan (FKK) disebut juga sebagai kekuatan kunci atau faktor strategis. Sesuai dengan keberhasilan penilaian faktor – faktor *internal* dan matrik keterkaitan antara Nilai Bobot (NB), Nilai Dukungan (ND) dan Nilai Keterkaitan (NK). (LAN, 2008)

2.4.6. Proses Analisis Kebijakan

Proses analisis kebijakan menurut Patton & Savicky (1993) dalam Dwijowijoto(2007) menggunakan konsep *A Basic Policy Analysis Process* yaitu suatu pendekatan evaluasi kesehatan yang terdiri dari enam kegiatan yaitu :

- 1). Mengidentifikasi, verifikasi dan mendetailkan permasalahan kebijakan.

Pada tahap ini seorang analisis kebijakan sering menemukan kesulitan karena tujuan atau keinginan yang ingin dicapai dari analisis kebijakan tidak jelas. Karena itu seorang analisis kebijakan harus melakukan verifikasi, identifikasi dan mendetailkan masalah kebijakan. Pendekatan untuk identifikasi dan definisi masalah adalah dengan menggunakan *pragmatic approach an social criterion approach*.

- 2). *Establishing Evaluation Criteria*

Kriteria merupakan uraian dari sasaran yang ada dan yang akan digunakan dalam mengevaluasi kebijakan, antara lain adalah biaya, manfaat, keefektifan, resiko, viabilitas politik, kemudahan administrasi, legalitas, ketidakpastian, kesetaraan dan waktu. Patton dan Savicky mengungkapkan bahwa tidak ada formula baku dalam membuat kriteria evaluasi karena dapat dikembangkan sesuai permasalahan, tujuan yang akan dicapai serta alternatif yang tersedia. Ada empat kriteria yang akan ditemukan saat mendesain kriteria kebijakan antara lain adalah *technical feasibility, political viability, economical and financial possibility and administrative operability*.

3). *Identify Alternatif Policy*

Didalam melakukan identifikasi alternative kebijakan terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan antara lain adalah *cost, stability, reability, invulnerability, flexibility, riskness, communicability, merit, simplicitycompatibility, reversibility dan robustness*. Sedang untuk dapat mengidentifikasi alternative dikelompokkan menjadi:

- a) *Reasearhed analysis and exprementation* yang menggunakan teknik *passive collection dan classification*
- b) *No action analysis* yang menggunakan teknik tipologi-tipolog
- c) *Quick surveys* yang menggunakan teknik analogi, metafora dan sinetik
- d) *Literature review* menggunakan teknik galang gagasan
- e) *Compatison of real world experience* yang menggunakan teknik perbandingan dengan suatu ideal

4). *Evaluasi Alternative Pilicy*

Langkah ini khusus digunakan untuk kebijakan yang akan diambil, dan ada dua metode untuk menentukan alternative kebijakan yaitu peramalan dan evaluasi. Analisis peramalan terdiri dari ekstraplorasi yaitu membuat proyeksi masa yang akan datang dengan menggunakan data saat ini, kedua adalah modeling toeritis yaitu meramalkan masa depan hanya dengan menggunakan teori tertentu ketiga adalah peramalan intuitif yaitu melakukan wawancara dengan orang yang benar-benar memiliki keahlian yang sesuai dengan kebijakan. Untuk teknik evaluasi menggunakan tiga

pendekatan yaitu dengan teknik *discounting* yang menghitung future value dampak dari suatu kebijakan, teknik *three measures of efficiency* yaitu dengan menggunakan tiga ukuran efisiensi, dan yang terakhir adalah dengan teknik analisis sensitivitas.

5). Menyajikan Alternatif Kebijakan

Penyajian alternative kebijakan dipengaruhi oleh konflik antara rasionalitas individu dengan rasionalitas kelompok dan adanya criteria berganda (*multiple criteria*) yaitu konflik antara tujuan kebijakan dengan criteria keberhasilan kebijakan. Oleh karenanya Patton dan Savicky memaparkan metode untuk memecahkan masalah konflik yaitu dengan pendekatan perbandingan sederhana, *matrik score – card* (*Geoller matrix*) dan matrik *Goal Achievemant Matric* (GAM), untuk pengambilan keputusan lebih dari satu orang maka disarankan menggunakan model Goller, karena metode ini melakukan komparasi dari alternative kebijakan yang ada. Penentuan bobot dari masing-masing variable bisa disesuaikan dengan feasibilitas atau sesuai dengan kebutuhan, setelah melakukan pembobotan masing-masing alternative kebijakan diberikan ranking yaitu (1 : *low*, 3 : *high*) matrik yang digunakan adalah :

Criteria	Kebijakan		
	A	B	C
<i>Cost</i>			
<i>Political viability</i>			
<i>Legality and Ethics</i>			
<i>Technical Feasibility</i>			
Total			

Sumber : *American Library Association* (2013)

Apabila terdapat prioritas alternative kebijakan yang dihasilkan berdasarkan matriks Goller langkah selanjutnya adalah dengan melakukan analisis kebijakan dengan pendekatan Hill (1993). Hill menyatakan bahwa pembedahan yang paling nyata dalam varian analisis kebijakan adalah dalam kaitan dengan sasaran atau tujuan eksplisitnya, memisahkan antara *analysis for policy* dari *analysis of policy*. Dalam kaitannya dengan bentuk riset hal ini juga mencerminkan pembagian suatu penekanan perhatian.

Format *analysis of policy* berupa empat komponen yaitu isi, implementasi hasil dan lingkungan kebijakan, formulasi *analysis of policy* ini selanjutnya dibuat suatu strategi sebagai jawaban atau pemikiran untuk mengatasi keadaan tentang kebijakan atau status *of policy* yang telah dianalisis tersebut untuk disajikan kedalam format *analysis for policy* sebagai suatu usulan untuk kebijakan yang telah ada.

Tabel 1.1 Analisis of dan for versi Michael Hill (1993)

<i>ANALYSIS OF</i>	<i>ANALYSIS FOR</i>
Isi kebijakan	
Implementasi kebijakan	(Rekomendasi alternative kebijakan yang diinginkan
Kinerja (hasil) kebijakan	
Lingkungan kebijakan	

6). Pemantauan dan Evaluasi Kebijakan yang diImplementasikan

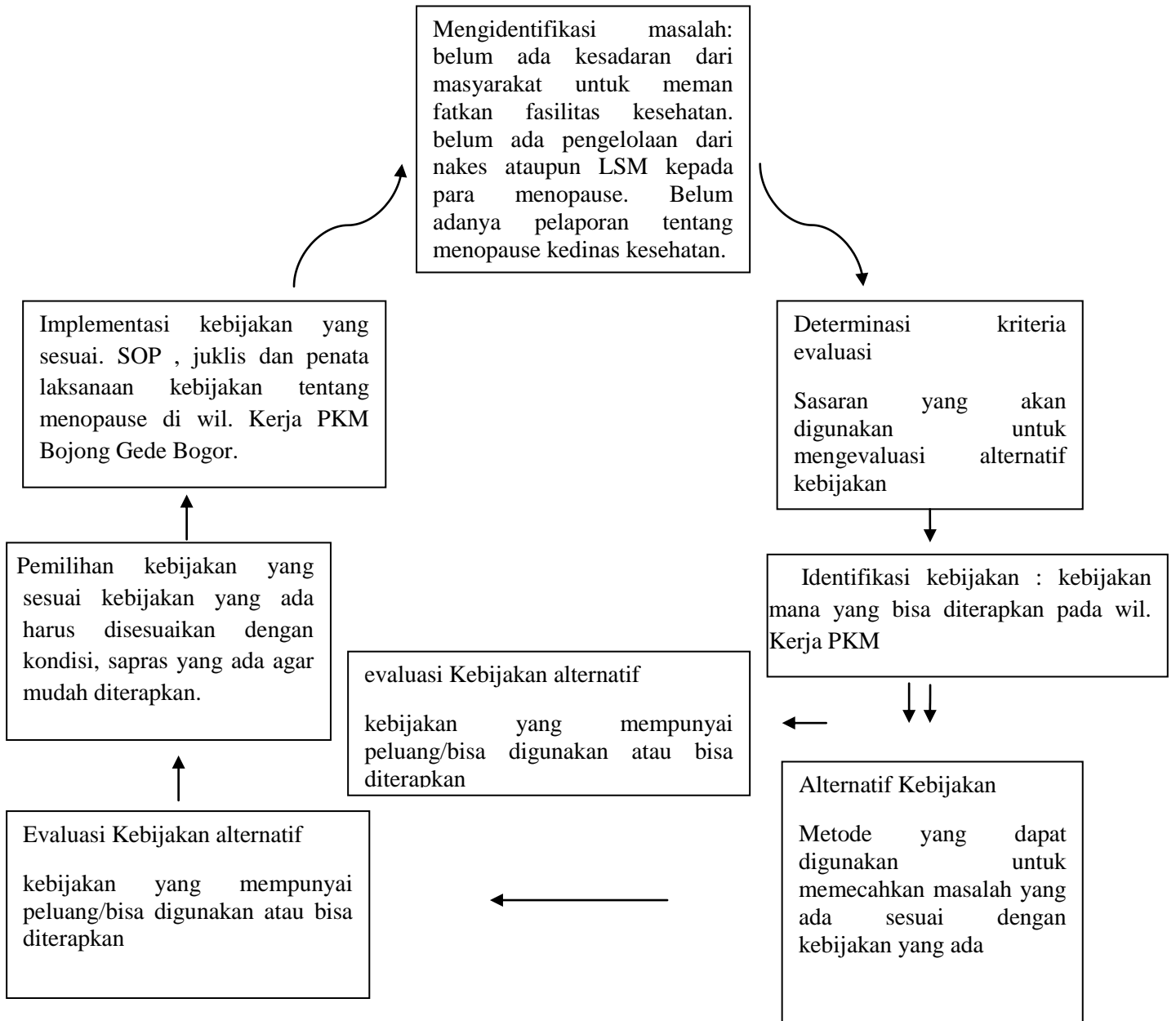
Patton dan Savicky menyatakan bahwa implementasi sama pentingnya dengan kebijakan itu sendiri, sehingga kegagalan implementasi dianggap suatu kegagalan kebijakan. Evaluasi kebijakan dilaksanakan secara terus menerus.

Berdasarkan pernyataan Thomas Dye (2001) menyatakan bahwa kebijakan umum adalah segala sesuatu yang dipilih oleh pemerintah untuk dilaksanakan atau tidak. Ia berpendapat bahwa kegagalan untuk membuat keputusan atau bertindak atas suatu permasalahan juga merupakan suatu kebijakan. Hasil studi kelayakan disusun langsung selanjutnya adalah melakukan penyiapan dan implentasi rencana kegiatan, baru kemudian dilaksanakan kegiatan yang dimaksud.

Memahami hubungan antara kebijakan dan kesehatan itu sendiri menjadi penting agar kita dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang sedang terjadi, karena proses kebijakan kesehatan akan memberikan arahan dalam pemilihan tindakan yang dilaksanakan untuk menyelesaikan masalah. (Walt, 1994)

2.5 Kerangka Konsep

Menurut Green, tindakan seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, faktor penguat. Ketiga faktor tersebut memberikan kontribusi atas perilaku kesehatan yang ada dimasyarakat. Disamping itu dengan kurangnya pembinaan dan pengelolaan dari tenaga kesehatan setempat membuat wanita menopause semakin jauh dari pelayanan tentang menopause, dalam hal ini ada beberapa hal yang membuat pengelolaan menopause ini kurang atau tidak maksimal dikarenakan belum adanya kebijakan yang jelas mengenai penatalaksanaan dan pengelolaan tentang menopause.



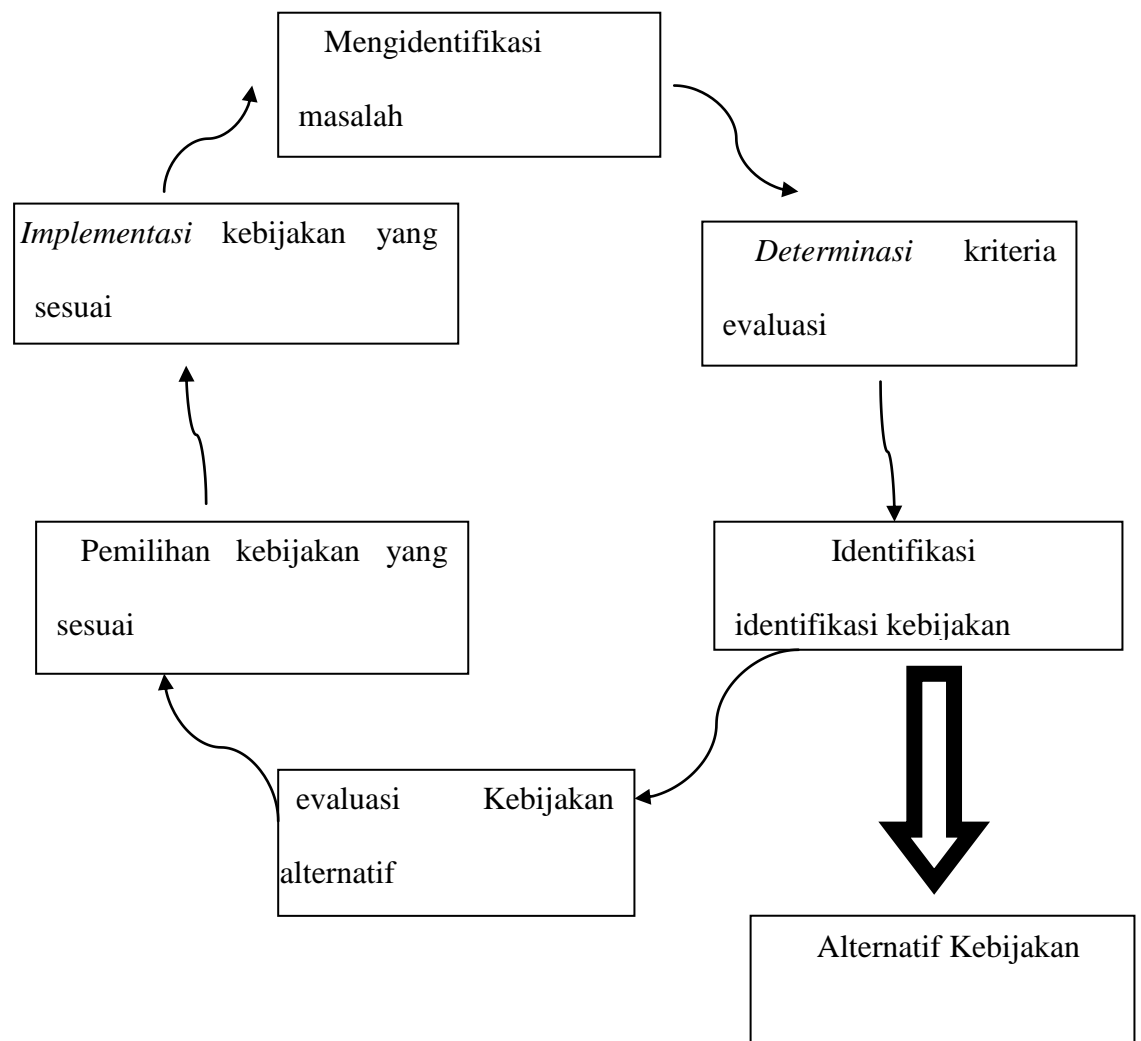
BAB III

KERANGKA BERFIKIR, KERANGKA ANALISIS DAN DEFINISI ISTILAH

3.1. Kerangka Berfikir

Kerangka pemikiran pada penelitian ini dibuat untuk melihat seluruh faktor yang mempengaruhi kejadian *menopause* dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan dan untuk membuktikan bahwa belum dicanangkannya kebijakan pada wanita *menopause* serta untuk menjelaskan melihat dan mengungkapkan kasus secara keseluruhan dan *komprehensif*. Dengan demikian maka perilaku *menopause* dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada serta mengevaluasi kebijakan yang harus diteliti dan diinterpretasikan sebagai satu kesatuan yang utuh dan *komprehensif* pada setiap *variabel* informasi yang didapatkan didalamnya.

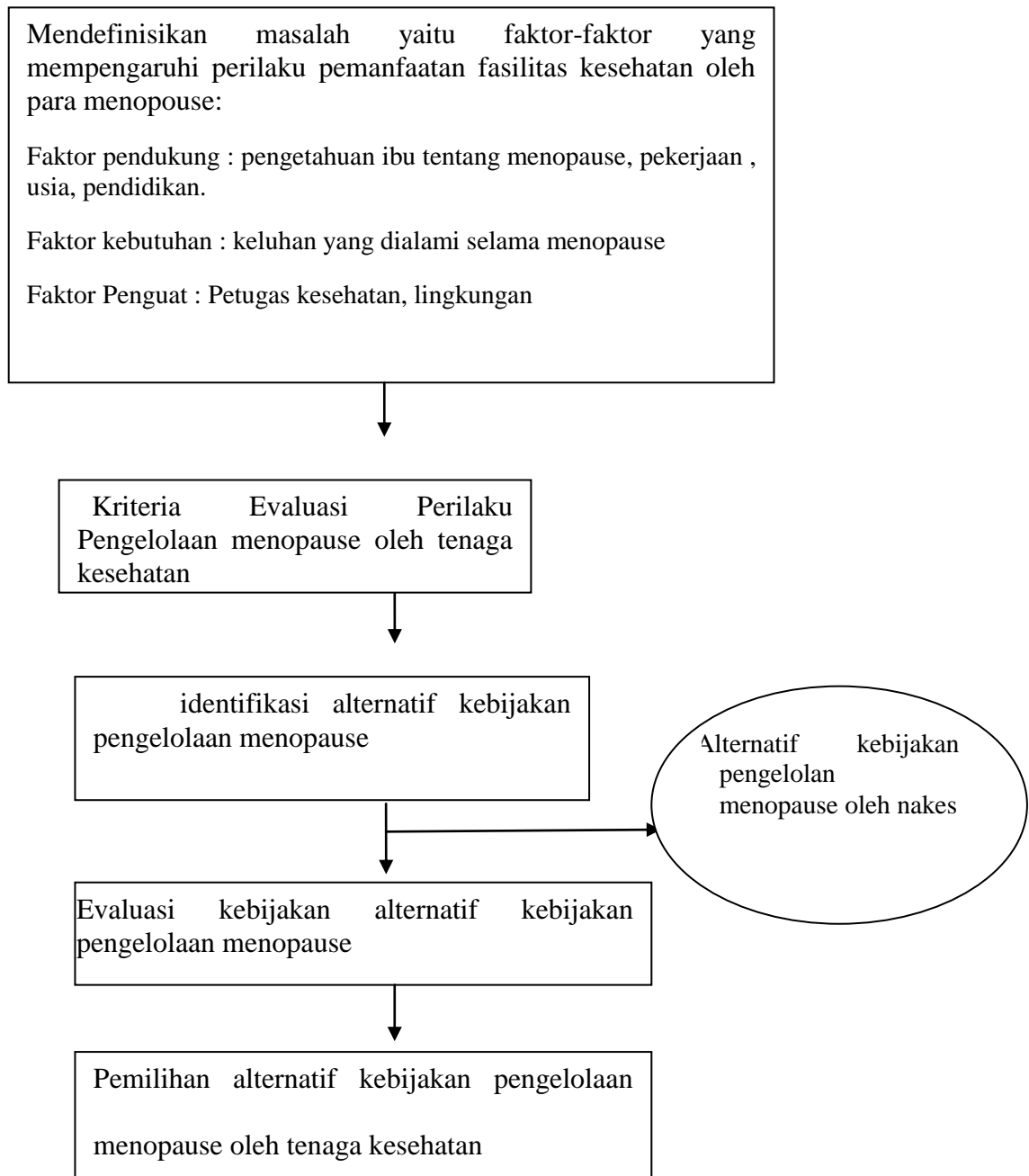
Kerangka berfikir dan definisi istilah akan penulis sesuaikan agar mampu mencapai tujuan dari penelitian yang ingin dicapai dan dimaksud sesuai dengan konteks penelitian yang ada dengan konteks lingkungan sosial dan fisik dari subyek penelitian/partisipan. Sedangkan untuk menghasilkan alternatif kebijakan untuk pemecahan masalah menggunakan analisis kebijakan dengan model klasik proses pemecahan masalah versi Patton & Savicky (1993) yaitu:



Skema 3.1. Kerangka fikir Teori Analisis Kebijakan Model Patton & Savicky

Sumber : Modifikasi Teori Patton & Savicky

Sehingga dapat diperoleh Kerangka Fikir sebagai berikut:



Skema pengaruh pemanfaatan pelayanan kesehatan dan alternatif kebijakan
pengelolaan menopause oleh tenaga kesehatan

Dengan mengadopsi analisis kebijakan model klasik proses pemecahan masalah versi Patton & Savicky sehingga dapat diperoleh dengan melihat dari pengetahuan, umur, sarana dan prasarana, dana serta kebijakan dan lingkungan yang ada, lalu masuk dalam proses langkah - langkah persiapan dan observasi dari lingkungan dan informan atau partisipan yang ada, lalu melakukan analisis kebijakan agar didapatkan alternatif kebijakan dalam pengelolaan menopause oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Bojong Gede Bogor.

Faktor – faktor tersebut diatas bisa menjadi penyebab menjadi semakin terpuruknya ibu atau wanita dalam menjalani atau melewati masa menopause yang kurang baik. Sehingga bisa berdampak baik pada ibu keluarga dan mungkin lingkungan terdekatnya, dikarenakan dampak dari *menopause* ini sangat kompleks sehingga harus ada suatu manajemen yang baik sehingga wanita *menopause* bisa tetap menjalani masa tersebut dengan baik dan tetap menjadi wanita yang berkualitas baik bagi diri sendiri, keluarga ataupun lingkungannya.

3.2. Kerangka Analisis

Analisis kebijakan dengan menggunakan pendekatan Hill yang disajikan dalam format *analysisi of policy* berupa 4 komponen yaitu : isi kebijakan, implementasi, hasil dan lingkungan kebijakan. Formulasi *analysisi of policy* ini selanjutnya dibuat suatu strategi sebagai jawaban atau pemikiran untuk mengatasi keadaan tentang kebijakan atau status *of policy* yang telah dianalisis tersebut untuk

disajikan kedalam format *analycys for policy* sebagai suatu usulan untuk kebijakan yang telah ada.

<i>Analysis of</i>	<i>Analysis for</i>
Isi kebijakan Kebijakan tentang pengelolaan pada kesehatan reproduksi	Evaluasi isi kebijakan tentang pengelolaan menopause yang belum terencanakan saat ini.
Implementasi Kebijakan Upaya Pelaksanaan kebijakan dan operasional pengelolaan menopause	Rekomendasi alternatif kebijakan pengelolaan menopause oleh tenaga kesehatan diwilayah Bojong Gede pada tahun 2014
Kinerja (hasil) Kebijakan Hasil berupa draf dari tahapan atau kriteria yang dilakukan oleh wanita menopause	
Lingkungan kebijakan Lingkungan terhadap implementasi dan hasil kebijakan diharapkan dapat mendukung terselenggaranya kebijakan yang dibuat	

3.3. Definisi Istilah

Untuk memperjelas istilah – istilah yang terdapat dalam penelitian ini maka peneliti menggunakan definisi istilah, yaitu :

1. Wanita menurut Shaqr (2006) adalah satu dari dua jenis manusia yang diciptakan. Sebagai manusia wanita juga diharapkan mampu menjalankan semua hak-hak dan kewajiban yang telah terlimpah kepadanya, Murad (dalam Ibrahim,2005) mengatakan bahwa wanita adalah seorang manusia yang memiliki dorongan keibuan yang merupakan dorongan instinktif yang berhubungan erat dengan sejumlah kebutuhan organik dan fisiologis. Ia sangat melindungi an dan menyayangi anak – anaknya terutama yang masih kecil. Menurut Junaidi (2003) bahwa wanita adalah seorang ibu yang mengatur rumah tangga, serta kehormatan yang wajib dijaga. Sedangkan menurut Ibrahim (2005) mengatakan bahwa wanita adalah seorang manusia yang memiliki tendensi feminim yang mengundang daya tarik kecantikan. Dari berbagai uraian diatas dapat penulis simpulkan bahwa wanita adalah seorang ibu yang memiliki sifat feminim, keibuan dan ibu rumah tangga yang menyayangi anak-anaknya serta menjaga kehormatan keluarganya.

Karakteristik wanita menurut Lenz (dalam Papalia dan Olds,1998) adalah seorang wanita yang memiliki tingkat emosional yang tinggi, melahirkan seorang anak, umumnya memiliki sifat lembut, keibuan dan penyayang serta tempat berlindung bagi anak-anaknya.

2. *Menopause* adalah periode berhentinya menstruasi dalam siklus kehidupan perempuan baik terjadi secara dini maupun alamia

3. Pengetahuan adalah pengetahuan yang dimiliki oleh wanita tentang kesehatan reproduksi dan dampak yang dapat timbul dengan adanya *menopause*.
4. Sarana dan Prasarana adalah bangunan dan peralatan yang mendukung pelayanan kesehatan khususnya pada wanita *menopause*
5. SDM adalah kualitas dan kuantitas dari tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Bojong Gede.
6. Lingkungan adalah dukungan dari pihak-pihak terkait yang berperan dan mempengaruhi perilaku dan tindakan yang ada disekitar wanita *menopause*
7. Organisasi adalah kumpulan peran dari suatu lembaga atau institusi yang mempengaruhi perilaku wanita *menopause* di wilayah kerja puskesmas Bojong Gede

BAB IV

METODE PENELITIAN

Bab IV ini memaparkan lebih lanjut tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, teknik pengumpulan data, data dan sumber data, prosedur pengumpulan data, pengolahan data, analisa data, interpretasi data dan etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan rencana pemeriksaan keabsahan data dan hasil penelitian

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian pada penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif konfirmatori untuk memperoleh hasil dengan pemahaman yang mendalam tentang topik penelitian. Metode penelitian kualitatif dapat digunakan untuk mengkaji, membuka, menggambarkan atau menguraikan sesuatu dengan apa adanya. Bertujuan untuk memahami fenomena dan temuan-temuan yang didapatkan atau terjadi di lapangan berdasarkan bukti-bukti atau fakta-fakta sosial yang ada misalnya persepsi, perilaku, motivasi dan lain-lain.

Metode ini penulis anggap cocok dengan tujuan penelitian yang ada, masalah/pertanyaan penelitian yang hendak diselesaikan / dijawab, metode pengumpulan data yang akan dilakukan, jenis data yang perlu dikumpulkan dan situasi *partisipan/informan* penelitian ini. Lebih lanjut, berikut beberapa alasan lebih detail mengapa penulis menggunakan metode penelitian kualitatif.

Pertama, sesuai dengan tujuan penelitian ini yang ingin memperoleh informasi dan pemahaman yang mendalam (*verstehen*) tentang bagaimana pengelolaan *menopause* di wilayah kerja puskesmas Bojonggede oleh tenaga kesehatan. Tujuan ini tidak mengkolaborasi pertanyaan-pertanyaan terkait *insidensi* atau *prevalensi*. Tujuan ini hanya dapat dicapai dengan metode penelitian kualitatif yang memungkinkan desain penelitian yang *fleksibel* (terbuka terhadap kemungkinan penyesuaian keadaan yang mungkin berubah untuk memungkinkan perolehan pengertian yang mendalam), serta memperhatikan kedalaman/*indepth* dan keseluruhan/*wholeness* (Cresswell, 1998). Selain itu, tujuan penelitian ini menghendaki suatu metode yang mampu *mengeksplorasi* perilaku yang menjadi topik penelitian ini, persepsi individu dan konteks organisasi dan komunitas dimana perilaku tersebut mengambil tempat.

Kedua, penelitian ini penulis posisikan sebagai penelitian yang belum pernah dilakukan. Situasi ini dianggap sangat menyedihkan dikarenakan wanita selalu kurang dalam mendapatkan haknya dalam hal ini menyangkut pelayanan kesehatan reproduksi khususnya dalam siklus hidupnya yaitu *menopause*, padahal diketahui bahwa angka harapan hidup mengalami peningkatan serta angka harapan hidup yang tertinggi terletak pada wanita yaitu dengan 67 tahun pada pria usia 63 tahun. Mengapa belum adanya kebijakan kesehatan yang berfokus pada *menopause*? Jawaban atas pertanyaan ini tidak dapat dijelaskan dengan penelitian kuantitatif. Tetapi lebih tepat dengan menggunakan metode penelitian kualitatif.

Ketiga dengan metode kualitatif memungkinkan penulis melakukan *induksi*. Cara *induktif* dimulai dengan mengobservasi *partisipan* penelitian secara rinci menuju generalisasi dan ide-ide yang lebih abstrak. Cara induktif juga berawal dari fakta dan realita di lapangan bukannya asumsi atau *hipotesis* (Raco, 2010). Dengan cara ini penulis berharap dapat menemukan pola-pola atau tema-tema hasil analisis data yang diperoleh melalui wawancara mendalam.

Keempat, melalui metode kualitatif, desain penelitian dan peneliti terbuka pada lebih dari satu pandangan dalam hal ini pandangan dan informasi dari *partisipan/informan*. Hasil penelitian tidak diasumsikan oleh peneliti di awal penelitian, tetapi diperoleh dari partisipan dan dianalisis oleh peneliti. Informasi dan *input* dari *partisipan* adalah rujukan utama *analisis* (Raco, 2010).

Menurut Bogdan dan Taylor (1975) *dalam* Moleong (2006) mendefinisikan metode kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Secara khusus dalam penelitian ini akan berusaha menyelesaikan masalah yang dihadapi partisipan dalam bentuk kolaborasi dan mampu mengangkat permasalahan praktik ke dalam ranah yang menarik kalangan akademisi. Dalam penelitian ini, penelitian memiliki potensi untuk menyumbangkan solusi bagi permasalahan yang dihadapi partisipan.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di wilayah kerja puskesmas Bojonggede

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan selama satu bulan yaitu pada bulan Juni tahun 2014

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Menurut Setiadi (2007) definisi populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang akan diteliti. Populasi dapat berupa orang, benda, gejala atau wilayah yang ingin diketahui oleh peneliti.

Menurut Siswojo (dalam Setiadi 2007) mendefinisikan populasi adalah sejumlah kasus yang memenuhi seperangkat kriteria yang ditentukan oleh peneliti. Disini peneliti dapat menentukan kriteria - kriteria yang ada pada populasi yang akan diteliti.

Populasi pada penelitian kualitatif merupakan suatu fenomena atau situasi sosial yang akan diteliti (Streubert & Carpenter, 2003). Populasi sebagai situasi sosial dalam penelitian ini adalah perilaku pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan dalam hal ini pengelolaan *menopause* oleh tenaga kesehatan.

4.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang dianggap dapat mewakili populasi secara keseluruhan (Mukhtar,2013). Sampel dalam penelitian ini disebut juga dengan *partisipan*. Jumlah partisipan yang dijadikan sampel dalam penelitian kualitatif sangat ditentukan oleh adanya pengulangan informasi atau saturasi data (Moleong, 2004).

Sampel penelitian ini dibedakan menjadi dua : informan utama (*key informant*) dan informan pendukung. Informan utama atau informan kunci merupakan sumber informasi utama yang berkaitan dengan masalah yang diteliti, dalam penelitian ini adalah wanita yang telah menopause diwilayah kerja puskesmas Bojonggede. Sementara informan pendukung merupakan sumber sumber informasi yang akan mendukung informasi kunci (Sugiyono, 2005) dalam hal ini adalah: koordinator yang ada di lokalisasi, kader, dan suku Dinas Kesehatan Cibinong Bogor .

Cara pemilihan informan dan informan kuncinya secara umum menggunakan strategi *purposive sampling*, artinya sesuai dengan tujuan dan data yang dibutuhkan oleh penelitian ini. Keputusan tentang sampel penelitian tidak hanya untuk informan utama dan informan pendukung, tetapi juga untuk latar dan kejadian (*event*) yang ingin diobservasi (Miles dan Huberman, 1994).

Di sini sampel tidak menekankan pada jumlah atau keterwakilan, tetapi lebih pada kualitas informasi, kredibilitas (*credible*) dan kekayaan informasi (*information rich*) yang dimiliki informan pendukung dan informan kunci, termasuk kesesuaian dengan konteksnya (Raco, 2010). Kriteria lain yang tidak kalah

penting dalam pengambilan sampel atau pemilihan informan pendukung dan informan kunci yang akan dilakukan adalah terkait kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Kesesuaian artinya informan pendukung dan informan kunci yang diambil sebagai sampel memang mempunyai pengetahuan yang memadai tentang topik penelitian ini. Kecukupan artinya informan dan informan kunci yang diambil sebagai sampel memang dapat menggambarkan fenomena atau berbagai aspek yang dilihat dalam penelitian ini secara memadai (Kresno, 2010). *Fleksibilitas* rancangan penelitian ini dimanfaatkan untuk menambah jumlah sampel, jika memang masih ada informasi yang perlu dikejar sampai tidak ada informasi baru yang muncul atau telah terjadi kejenuhan atau pengulangan informasi yang diperoleh.

Penelitian kualitatif ini menggunakan *purposive sampling* dengan kriteria tertentu yang tujuannya memperoleh sampel yang memenuhi kriteria tertentu dan berguna untuk menjamin kualitas sampel. Dalam penelitian kualitatif tidak menetapkan aturan baku dalam penetapan jumlah minimal sampel. Jumlah sampel ini disesuaikan dengan jumlah sampel yang direkomendasikan oleh Riemen yaitu 5-10 partisipan (dalam Creswell, 2010).

Pada penelitian ini sampel yang digunakan adalah para wanita yang telah mengalami menopause di wilayah kerja puskesmas Bojonggede, Bogor yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Wanita yang telah menopause dan bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas Bojonggede, Bogor

- b. Wanita menopause yang dapat berbicara dan berkomunikasi dengan baik serta kooperatif.
- c. Wanita menopause yang bersedia menjadi responden
- d. Wanita menopause yang telah berusia 45 – 55 tahun

4.4. Teknik Pengumpulan Data

Data dalam penelitian ini akan dikumpulkan melalui 3 cara : wawancara mendalam, observasi dan analisis dokumen. Ketiga cara ini akan saling melengkapi dan memperkuat satu sama lain dan sebagian dari proses triangulasi.

Wawancara mendalam akan dilakukan menggunakan *open-ended*. Data yang diperoleh berupa persepsi, pendapat, perasaan, pengetahuan dan perilaku. Observasi akan menghasilkan data deskripsi yang ada di lokasi penelitian dalam bentuk pembicaraan, *interaksi interpersonal*, sikap dan perilaku/tindakan. Sedangkan analisis dokumen akan dilakukan dengan menganalisis material yang tersimpan baik berupa dokumen tulisan atau *audiovisual*.

Wawancara Mendalam (WM) adalah proses tanya jawab secara individual untuk menggali informasi tentang pandangan, keyakinan, pengalaman, pengetahuan dan perilaku informan mengenai suatu topik secara menyeluruh (Sudarti, 2010).

Penelitian ini akan menggunakan jenis WM semi terstruktur, dimana peneliti akan merancang panduan wawancara terlebih dahulu untuk kemudian ditanyakan sebagai pertanyaan utama yang akan diprobing terus-menerus sampai peneliti

memahami makna keseluruhannya. Wawancara berlangsung dalam waktu kurang dari 90 menit.

Tahapan observasi yang akan dilakukan adalah dimulai dengan *grand-tour observation* (observasi deskriptif) baru dilakukan *mini-tour observation* (observasi terfokus). Hal-hal utama yang akan di observasi adalah : tempat, karakteristik orang yang diobservasi, aktivitas sehari-hari, proses interaksi di lokalisasi, kejadian, waktu dan ekspresi-ekspresi lain dari informan (Sudarti, 2010).

Proses observasi akan dimulai dengan mengidentifikasi tempat/lokasi observasi, membuat deskripsi pengamatan, mengidentifikasi siapa yang akan diobservasi, kapan, berapa lama dan bagaimana caranya (Raco, 2010). Dengan cara-cara observasi tersebut diharapkan dapat memampukan peneliti untuk mengerti tentang situasi dan konteks dan menggambarkannya sealamiah mungkin. Peneliti juga berharap mendapatkan manfaat observasi dalam hal a) menangkap hal-hal yang tidak dikatakan informan dalam wawancara mendalam dan b) menangkap hal-hal yang rahasia, tersirat dan menangkap konteks.

Analisis dokumen akan digunakan terutama karena banyak dokumen sekunder yang akan dilihat dalam penelitian ini terutama karena tuntutan kerangka konsep yang mengharuskan peneliti melihat pengaruh-pengaruh pada level komunitas dan kebijakan publik. Dokumen yang akan dianalisis berupa buku, laporan program, hasil penelitian, jurnal ilmiah, rekaman foto dan audiovisual.

4.5. Etika Penelitian

Menurut Hamidi (2008), penelitian baru dapat dilakukan setelah mendapatkan persetujuan yang menekankan pada masalah etika. Etika penelitian yang telah dipenuhi oleh peneliti meliputi :

1. *Informed Consent*, yaitu memberikan penjelasan kepada informan mengenai maksud dan tujuan penelitian serta memberikan lembar persetujuan menjadi informan dengan tujuan agar informan mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Bila informan bersedia, maka informan harus menandatangani lembar persetujuan dan jika informan menolak, maka peneliti tidak akan memaksa dan menghormati haknya.
2. Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut diberi kode nomor atau inisial responden (*anonymity*).
3. Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan juga dijamin oleh peneliti dengan menyimpan hasil rekaman tersebut secara baik dan hanya dilaporkan pada saat penyajian hasil riset (*confidentiality*).

4.6. Prosedur Pengumpulan Data

4.6.1. Jenis data berdasarkan sifatnya

4.6.1.1. Data kuantitatif yaitu data yang dinyatakan dalam bentuk angka-

angka. Data kuantitatif dalam penelitian ini adalah data demografi puskesmas

4.6.1.2. Data kualitatif yaitu data yang tidak dapat dinyatakan dalam bentuk angka-angka, seperti keberadaan tempat penelitian, keterangan dari responden yang didapatkan dari hasil wawancara dan observasi

4.6.2. Jenis data menurut sumbernya

4.6.2.1. Sumber Primer yaitu data yang diambil langsung dari sumber data yang dikumpulkan secara khusus dan berhubungan langsung dengan permasalahan yang sedang diteliti. Data primer yang disini adalah data yang didapatkan langsung dari jawaban para responden mengenai pengetahuan, pemanfaatan fasilitas kesehatan, pengelolaan yang ada diwilayah kerja puskesmas Bojong Gede berkaitan dengan pengelolaan menopause.

4.6.2.2. Sumber sekunder yaitu data yang tidak didapatkan langsung oleh peneliti tetapi diperoleh dari data yang dimiliki oleh puskesmas, studi kepustakaan, literature, jurnal penelitian terdahulu serta majalah yang berhubungan dengan permasalahan penelitian.

4.7. Alat Bantu Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang paling utama digunakan dalam penelitian kualitatif adalah peneliti sebagai instrument sehingga kelayakan atau validasi hasil uji coba ini didasarkan pada kemampuan peneliti dalam

melakukan wawancara, mencatat hasil observasi dalam field notes, kualitas pertanyaan serta kualitas hasil rekaman (Patilima, 2007).

Alat bantu pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan tape recorder melalui hand phone dan field notes dan alat tulis (bolpoint). Pada penelitian ini alat bantu rekaman yang digunakan adalah telepon genggam (hand phone) yang dapat merekam suara sampai sampai dengan 2jam, dengan kualitas rekaman high quality. Untuk mencegah adanya telepon yang masuk pada saat dilakukan wawancara dengan informan maka peneliti tidak mengaktifkan jaringan signal pada handphone. Peneliti melakukan uji coba alat perekam suara sebelum wawancara dilakukan langsung kepada informan, uji coba alat perekam suara dilakukan dengan cara merekam suara peneliti sendiri kemudian dilakukan pemutaran ulang untuk mendengarkan volume da kualitas suara yang direkam, jika hasil rekaman dapat didengar dengan jelas maka dapat dikatakan alat perekam suara berfungsi dengan baik.

Alat bantu lain adalah field notes beserta alat tulisnya (bolpoint), sebelumnya alat tulis tersebut diuji terlebih dahulu apakah dapat digunakan dengan baik sehingga saat dipergunakan tidak menghambat proses penelitian, peneliti juga menyediakan beberapa alat tulis (bolpoint) siap pakai.

4.8. Wawancara Mendalam (*Indepth interview*)

Wawancara mendalam (*Indepth interview*) merupakan metode pengumpulan data dimana peneliti melakukan kegiatan wawancara tatap muka secara mendalam dan terus-menerus (lebih dari satu kali) untuk menggali informasi dari informan. Wawancara mendalam adalah wawancara secara intensif untuk mendapatkan data menyeluruh dan mendalam (Kriyantono,2009).

Penelitian ini akan menggunakan jenis wawancara mendalam semi terstruktur, dimana peneliti akan merancang panduan wawancara terlebih dahulu untuk kemudian ditanyakan sebagai pertanyaan utama yang akan diprobing terus-menerus sampai peneliti memahami makna keseluruhannya (Kriyantono,2009) .

4.9. Observasi

Observasi akan menghasilkan data *deskripsi* yang ada di lokasi penelitian dalam bentuk pembicaraan, interaksi interpersonal, sikap dan perilaku/tindakan. Observasi, diartikan sebagai kegiatan mengamati secara langsung, tanpa mediator, subjek penelitian untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan subjek tersebut. Observasi merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian kualitatif. Yang diobservasi adalah interaksi (perilaku) dan percakapan yang terjadi antara subjek yang diteliti. Sedangkan observasi yang digunakan adalah observasi non-partisipan, yang merupakan metode observasi tanpa ikut

terjun melakukan aktivitas seperti yang dilakukan kelompok yang diteliti, baik kehadirannya diketahui atau tidak (Kriyantono, 2009).

Tahapan observasi yang akan dilakukan adalah dimulai dengan *grand-tour observation* (observasi *deskriptif*) baru dilakukan *mini-tour observation* (observasi terfokus). Hal-hal utama yang akan di observasi adalah : tempat, benda-benda di sekitar informan, karakteristik orang yang diobservasi, aktivitas sehari-hari, proses interaksi di lokalisasi, kejadian, waktu dan ekspresi-ekspresi lain dari informan (Sudarti, 2010).

Proses observasi akan dimulai dengan mengidentifikasi tempat/lokasi observasi, membuat deskripsi pengamatan, mengidentifikasi siapa yang akan diobservasi, kapan, berapa lama dan bagaimana caranya. Dengan cara-cara observasi tersebut diharapkan dapat memampukan peneliti untuk mengerti tentang situasi dan konteks dan menggambarannya sealamiah mungkin. Peneliti juga berharap mendapatkan manfaat observasi dalam hal a) menangkap hal-hal yang tidak dikatakan informan dalam wawancara mendalam dan b) menangkap hal-hal yang rahasia, tersirat dan menangkap konteks (Raco, 2010).

5.0. Prosedur pengumpulan data

Penelitian ini dimulai pada bulan Mei 2014 sampai bulan Juni 2014, menggunakan metode kualitatif wawancara mendalam dan observasi, tahap-tahap pengumpulan data adalah:

4.9.1 Tahapan persiapan pengumpulan data

Setelah melakukan uji coba maka pengumpulan data selanjutnya adalah melakukan wawancara mendalam terhadap informan, serta melakukan observasi lapangan terhadap keadaan lingkungan informan meliputi keadaan rumah dan petugas puskesmas. Tahapan tersebut sebagai berikut:

1. Tahap persiapan : mengajukan judul untuk melakukan studi pendahuluan dan penjajakan awal untuk menentukan masalah dan studi kepustakaan, menyusun proposal penelitian menyusun instrumen penelitian, mengadakan uji coba instrumen penelitian dan melakukan perbaikan instrumen
2. Tahap pelaksanaan diantaranya melakukan wawancara mendalam dengan wanita *menopause* beserta keluarga dan petugas kesehatan. Pelaksanaan wawancara dengan tiga fase yaitu fase *orientasi*, fase kerja dan fase *terminasi*. Pada fase *orientasi* peneliti menanyakan kondisi kesehatan persiapan serta kesiapan dari informen untuk dilakukan wawancara dengan mengajukan pertanyaan inti untuk memperoleh gambaran secara umum dari partisipan. Selama proses berlangsung peneliti menuliskan catatan lapangan yang penting yang bertujuan agar peneliti dapat melengkapi hasil wawancara agar tidak terlupakan serta untuk membantu unsur kealamiah data yang didapatkan selama proses wawancara berlangsung . catatan lapangan ini juga dapat digunakan untuk mendokumentasikan suasana, ekspresi

wajah, perilaku dan *respon non verbal partisipan* selama proses wawancara berlangsung serta sebagai bahan pengolahan data serta analisa hasil penelitian. Pada fase akhir peneliti menutup wawancara dengan mengajukan pertanyaan terbuka seputar masalah yang ada dan memberikan kesempatan responden untuk menyampaikan segala masalah yang terkait jika ada yang perlu ditambahkan lagi

5.1. Pengolahan Data

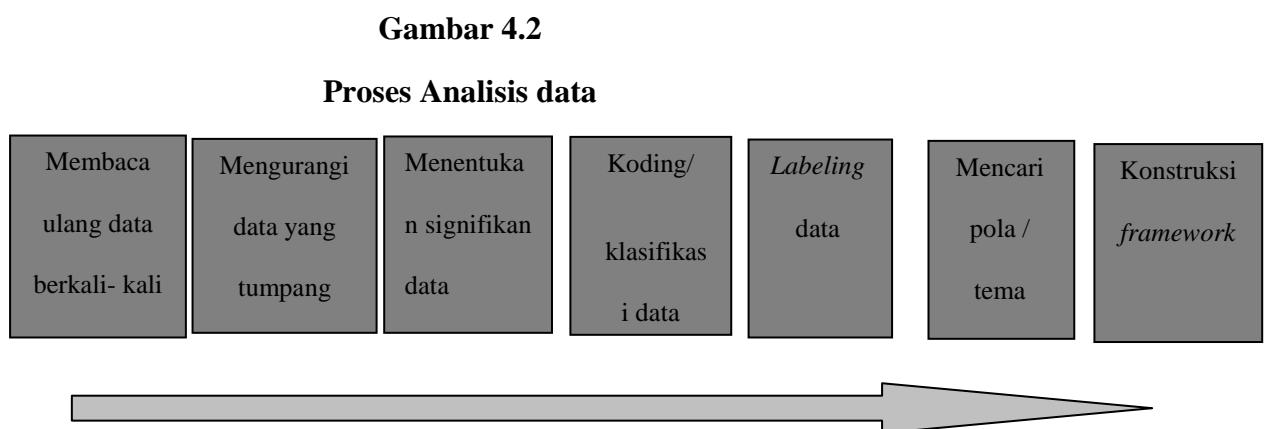
Pengolahan data dilakukan dengan mencatat membuat matriks dan interpretasi. Pengolahan data dengan software nVivo proses analisis dilakukan secara bertahap meliputi :

1. Membuat transkrip hasil rakaman wawancara mendalam
2. Menelaah seluruh data yang berasal dari sumber informasi
3. Membuat kategori pada data yang memiliki karakteristik yang sama.
4. Reduksi data dengan abstraksi yaitu membuat rangkuman yang sesuai dengan yang diteliti dan menyajikan data yang diperlukan dalam bentuk matriks
5. Melakukan pemeriksaan dan penalaahan dan keabsahan data
6. Membuat interpretasi data sesuai dengan item yang diteliti.

5.2. Teknik pengolahan dan Analisis Data

5.2.1. Analisa Data

Pada penelitian ini, analisis data akan dilakukan dengan proses sebagai berikut:



Proses analisis data akan dimulai dengan membaca ulang seluruh data yang telah terkumpul. Data ini antara lain akan berupa transkrip hasil wawancara, catatan lapangan hasil observasi, berita media massa, laporan program yang relevan dan dokumen lainnya. Membaca ulang berkali-kali ditujukan bagi pemahaman yang menyeluruh atas data yang telah terkumpul dan untuk mendapatkan insight.

Bersamaan dengan proses membaca ulang berkali-kali, peneliti akan secara bertahap mengurangi data yang dianggap tumpang tindih dan berulang (*redundant*). Langkah selanjutnya adalah menentukan penting tidaknya bagian-bagian data yang ada dalam rangka menjawab pertanyaan dan tujuan penelitian.

Pertanyaan *reflektif* untuk mendukung proses ini adalah apa informasi penting yang ingin disampaikan data ini?

Tahap keempat dan merupakan salah satu tahap terpenting adalah membuat klasifikasi atau *koding* berdasarkan kemiripan, keumuman atau kecocokan dengan data lain. Langkah ini secara simultan dilanjutkan dengan langkah melakukan *labeling* untuk memudahkan penyusunan pola atau tema. Penyusunan pola atau tema akan dibuat bertahap dan berkelanjutan sesuai data yang telah dianalisis dan tetap membuka kemungkinan berubah sesuai kemajuan proses analisis. Pola atau tema disusun sebagai pengikat pikiran yang satu dengan pikiran yang lain. Langkah terakhir adalah mengkonstruksikan framework atau kerangka kerja untuk mendapatkan esensi dari apa yang hendak disampaikan data tersebut.

Khusus untuk proses pengkodean (*coding*), peneliti akan merujuk pada saran Cresswell (dalam Raco 2010) sebagai berikut : a) mencari arti keseluruhan, memilih yang paling penting dan paling singkat, b) menanyakan secara reflektif apa yang disampaikan oleh data tersebut dan mencari arti arti yang terkandung dalam data tersebut, c) membuat catatan pada setiap statement atau memilih topik berdasarkan setting dan konteks, perspektif partisipan, cara berpikir partisipan, proses, aktifitas, strategi, hubungan atau struktur sosial, d) membuat daftar kode sesuai kemiripan dan menghilangkan yang tumpang tindih. Hasil coding inilah yang akan membentuk tema atau pola. Fungsi kode adalah membuat tema utama yang akan disederhanakan menjadi beberapa tema utama (5-7 tema/pola).

Terdapat beberapa tipe tema yang diharapkan penulis akan muncul yakni : tema biasa yaitu tema yang sudah diduga oleh peneliti, tema baru yaitu tema yang muncul di luar dugaan peneliti sebelumnya dan tema-tema tambahan yang mungkin membutuhkan klasifikasi khusus. Tema akan menjadi dasar refleksi peneliti. Tema inilah yang selanjutnya akan disusun menjadi framework dan diinterpretasi dengan merujuk pada penelitian-penelitian lainnya.

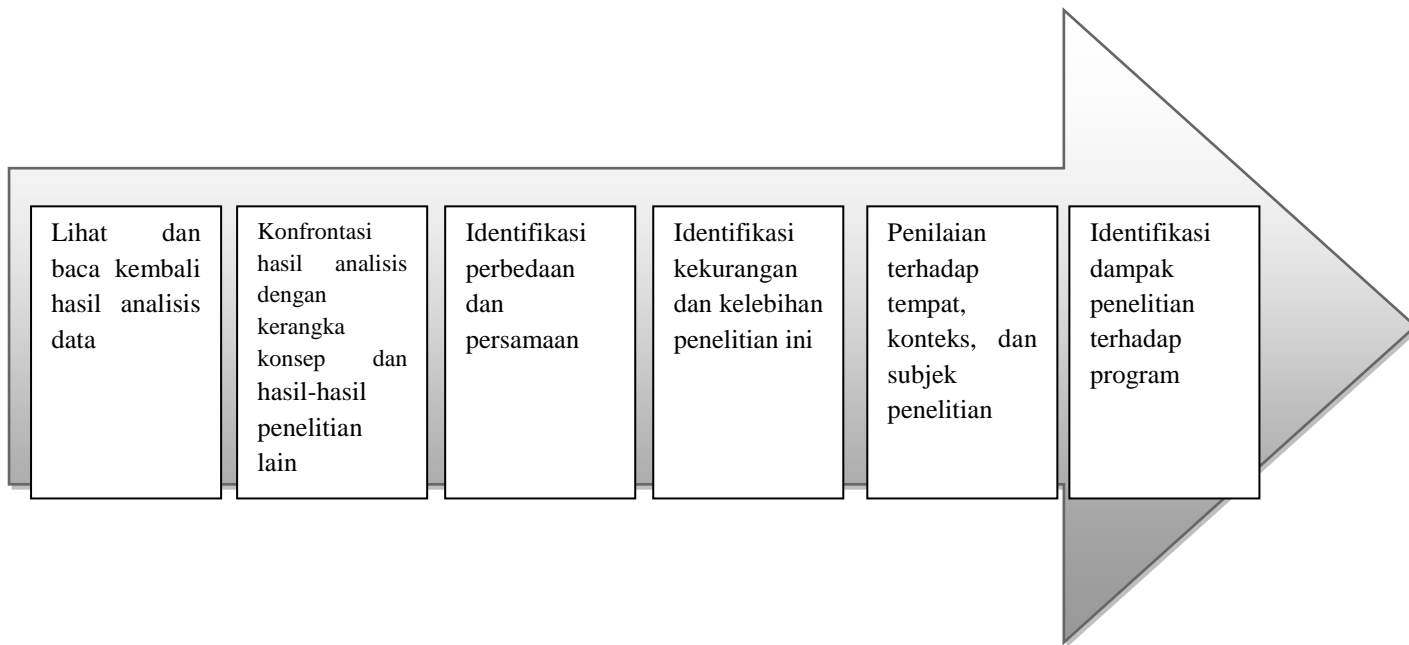
5.2.2. Interpretasi Data

Interpretasi data berarti pengembangan ide berdasarkan *findings* yakni tema/pola dan *framework*, dan menghubungkannya dengan kerangka konsep secara lebih luas dan mendalam. Interpretasi dilakukan bersamaan dan setelah analisis data diyakini peneliti selesai, lengkap dan jelas (Raco, 2010). Interpretasi data juga berarti mencari hal baru, unik atau signifikan. Dalam interpretasi, peneliti juga akan mencoba mencari apakah ada hubungan antara apa yang diduga sebelumnya dengan *findings* yang diperoleh, bagaimana hubungannya dengan kerangka konsep atau penelitian-penelitian sebelumnya.

Secara sederhana proses dan ruang lingkup interpretasi hasil penelitian akan mengikuti langkah-langkah sebagai berikut :

Gambar 4.3

Proses dan Ruang Lingkup Interpretasi data



Proses melihat dan membaca kembali hasil analisis data semata-mata diperlukan guna menangkap makna terdalam dari data yang ada yang selanjutnya akan dikonfrontasikan dengan kerangka fikir dan hasil-hasil penelitian lain dengan topik yang sama. Pada proses interpretasi ini juga akan dilakukan identifikasi perbedaan dan persamaan hasil penelitian ini dengan kerangka konsep yang digunakan dan hasil-hasil penelitian sebelumnya. Akan dibahas pula apa kekurangan dan kelebihan penelitian ini dibandingkan penelitian yang lain.

Sementara itu penilaian terhadap tempat, konteks dan subjek penelitian juga akan diberikan dan dibandingkan dengan penelitian-penelitian lain agar penarikan kesimpulan terhadap dampak penelitian ini kepada pengelolaan menopause oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja puskesmas Bojonggede, Bogor

tetap sesuai dengan kriteria dan ruang lingkup tempat tempat, konteks dan subjek penelitian ini.

Dalam sistematika penulisan penelitian untuk tujuan tesis ini, interpretasi data akan diletakkan pada bagian pembahasan.

5.3. Rencana Pemeriksaan Keabsahan Data dan Hasil Penelitian

5.3.1. *Autentitas*

Metode kualitatif lebih tepat menggunakan istilah “*autentitas*” dari pada validitas (Raco, 2010). Sebab istilah *autentitas* lebih berarti memberikan deskripsi, keterangan, informasi yang fair dan jujur. Interpretasi harus berdasarkan informasi yang disampaikan oleh partisipan dan bukan karangan peneliti sendiri. Jadi untuk pemaparan bagian ini, peneliti akan secara konsisten menggunakan istilah *autentitas* dari pada validitas.

Melakukan proses *autentitas* berarti peneliti menentukan akurasi dan *kredibilitas* hasil melalui strategi yang tepat. Cara yang akan ditempuh peneliti untuk menjamin autentitas data (akurasi dan kredibilitas data) adalah :

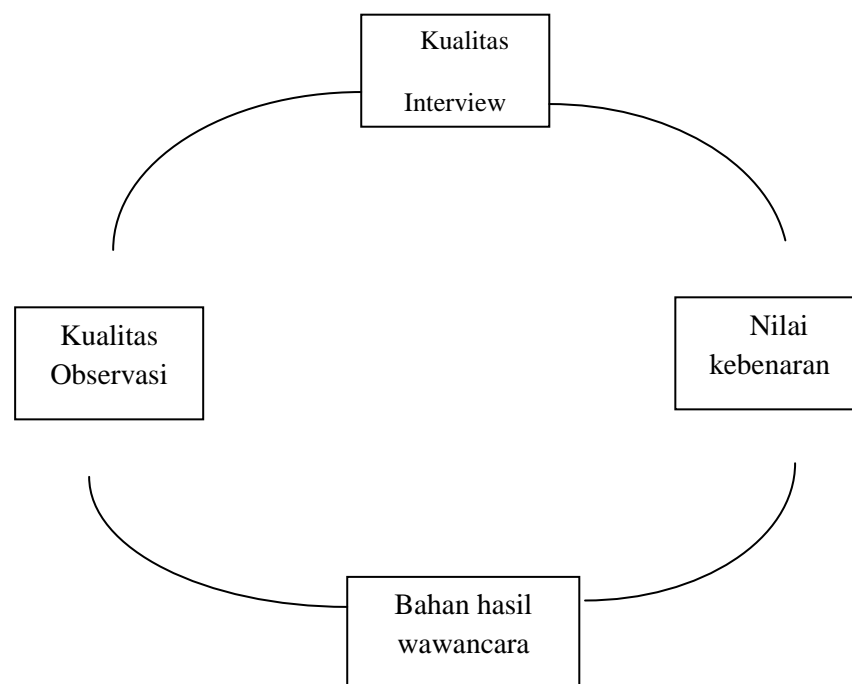
Pertama, triangulasi. Triangulasi data akan dilakukan melalui 3 strategi dasar yakni triangulasi metode (menggunakan beberapa metode untuk pengumpulan data), triangulasi sumber (menggunakan beberapa metode untuk pengumpulan data, dan triangulasi analisis (menggunakan lebih banyak peneliti). Triangulasi metode dan sumber informasi sudah peneliti rencanakan seperti tercantum dalam metode pengumpulan data dan sampel penelitian. Sementara untuk triangulasi

analisis, peneliti akan melibatkan Kader, bidan dan kepla puskesmas sebagai penanggungjawab wilayah binaan menopause diwilayah kerja puskesmas Bojonggede, Bogor.

Kedua, kredibilitas peneliti. Metode kualitatif menghendaki bahwa peneliti memiliki pengetahuan yang cukup terhadap bidang penelitiannya, mempunyai kompetensi, memahami metodologi yang digunakan, mempunyai waktu yang memadai untuk terlibat dengan partisipan dan memahami konteks dan keadaan mereka dan mampu menghadirkan bahan-bahan pendukung yang berkualitas seperti buku, jurnal yang dapat memperkaya hasil dan menjamin kredibilitas hasil.

5.3.2. Reliabilitas

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi apabila penelitian yang sama dilakukan kembali oleh peneliti lain atau oleh peneliti yang sama tapi di tempat lain (Raco, 2010). Kita dapat melihat aspek reliabilitas sebuah penelitian kualitatif melalui : ketajaman observasi, analisis teks, interview dan traskrip dari pembicaraan yang terjadi di lingkungan alamiah. Untuk menjamin reliabilitas, penulis akan melakukan beberapa strategi :

Gambar 4.4**Upaya Peningkatan Reliabilitas Penelitian**

Pertama, mempertahankan kualitas interview. Dalam hal ini partisipan harus mengerti pertanyaan atas cara yang sama, sehingga jawabannya dapat di – coding tanpa kemungkinan ketidakpastian. Ini akan dicapai dengan cara menguji alat wawancara dan melatih pewawancara secara memadai.

Kedua, adalah nilai kebenaran (*truth value*). Artinya dekripsi dari pengalaman partisipan adalah benar seperti yang mereka alami dan hidupi (Raco, 2010

Ketiga, bahan hasil wawancara adalah benar-benar sesuai dengan apa yang dikatakan. Hasil wawancara ini dapat dicek kebenarannya dengan mendengar kembali wawancara tersebut, sehingga netralitas peneliti tetap terjaga.

Keempat, kualitas observasi. Peneliti akan berusaha semaksimal mungkin menguasai lapangan, mengetahui secara persis apa yang terjadi di lapangan serta mengetahui budaya yang diteliti.

BAB V

GAMBARAN UMUM PUSKESMAS BOJONGGEDE

5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

5.1.1. Data demografis

Luas Wilayah :UPF Puskesmas Bojonggede secara administratif berada di wilayah desa Bojongbaru Kecamatan Bojonggede Kabupaten Bogor, dengan luas wilayah sekitar 1169,8 Ha.

Grafik Luas Wilayah Kerja Dalam Ha perdesa
Puskesmas Bojonggede tahun 2013

No	Nama Desa	Luas Dalam (Ha)
1	Bojonggede	433,3
2	Bojongbaru	248,5
3	Pabuaran	315
4	Rawa Panjang	173
	Total luas	1169,8

Letak dan batas wilayah, letak UPF Bojonggede sangat strategis mudah dijangkau dari arah mana saja , baik dengan berjalan kaki, kendaraan roda dua maupun kendaraan roda empat, adapaun puskesmas Bojonggede berbatasan dengan ;

- 1) Sebelah Utara : Desa Citayam
- 2) Sebelah Selatan ; Desa kd. Waringin
- 3) Sebelah Timur Desa Sukahati dan Cibinong
- 4) Sebelah Barat : Desa Sukmajaya

Puskesmas Bojonggede membawahi atas desa Bojonggede, Bojongbaru, Pabuaran, serta desa Rawa Panjang . sarana transportasi masing-masing desa bisa dijangkau dengan berjalan kaki, kendaraan roda dua dan roda empat, jalan yang menghubungkan sudah beraspal dengan waktu tempuh yang terjauh adalah sekitar 30menit dan berjarak sekitar 3km dari kecamatan.

Jumlah penduduk diwilayah kerja puskesmas Bojonggede ditahun 2013 adalah sebanyak 154.077 jiwa dengan jumlah penduduk laki – laki sebanyak 77.649 jiwa dan perempuan sebanyak 76.428 jiwa.

TABEL JUMLAH USIA PRODUKTIF

Desa	Jumlah Usia Produktif								
	Usia muda <15 thn			Usia Produktif 15- <45			Usia 45 <65 thn		
	L	P	J	L	P	J	L	P	J
Bojonggede	7.359	7.727	15.086	15.052	15.803	30.856	12.014	12.613	24.627
Bojongbaru	3.670	3.412	7.083	7.507	6.979	14.486	5.991	5.570	11.562
Rw panjang	6.569	6.283	12.852	13.436	12.851	26.287	10.724	10.256	20.980
Pabuaran	7.093	6.882	13.975	14.508	14.075	28.583	11.579	11.234	22.813
puskesmas	24.692	24.304	48.996	50.503	49.709	100.212	40.308	39.674	79.981

Tabel jumlah usia lanjut

DESA	jumlah usia lanjut					
	Pddk pra usila 45 - < 60 thn			Usila >60 thn		
	L	P	Jmlh	L	P	Jmlh
Bojonggede	3.039	3.190	6.229	1.139	1.195	2.334
Bojongbaru	1.515	1.409	2.924	568	528	1.096
Rw Panjang	2.712	2.594	5.307	1.016	972	1.988
Pabuaran	2.929	2.841	5.770	1.097	1.065	2.162
puskesmas	10.195	10.035	20.230	3.820	3.760	7.581

Jumlah Keluarga diwilayah kerja puskesmas Bojonggede adalah sebanyak 32.673 KK

Jumlah KK perdesa
UPF Puskesmas Bojonggede
Tahun 2013

NO	Nama Desa	Jumlah KK
1	Bojonggede	10.624
2	Bojongbaru	4.802
3	Pabuaran	9.168
4	Rawa Panjang	8.709
	Total	32.673

Lingkungan Sosial ekonomi, manusia tidak pernah bisa hidup seorang diri, dimanapun berada manusia senantiasa memerlukan kerjasama dengan orang lain, manusia membentuk pengelompokan sosial diantara sesama mereka dalam upayanya untuk mempertahankan hidupnya serta demi mengembangkan kehidupannya. Dalam kehidupan bersosial itu mereka memerlukan organisasi yaitu suatu jaringan sosial antar sesama yang dinamakan sebagai lingkungan sosial. Lingkungan sosial erat sekali kaitannya dengan pembangunan baik secara fisik maupun pembangunan masyarakat secara ekonomi dan sosial. Dalam lingkungan sosial diwilayah kerja puskesmas Bojonggede dipengaruhi oleh ;

1. Pekerjaan penduduk

Sebagian besar pekerjaan penduduk adalah sebagai pegawai swasta baik sektor formal (Pegawai kantoran) maupun informal seperti penjaga toko, cleaning servis, berwiraswasta dalam skala kecil dan besar, pegawai negeri

sipil dan penggarap pertanian terutama buah jambu dan belimbing, tetapi masih ada yang belum / tidak bekerja.

2. Jumlah Peserta jaminan kesehatan

Jumlah penduduk miskin yang mempunyai kartu jaminan Kesehatan yang ada diwilayah kerja puskesmas Bojonggede sebanyak 11.818 orang yang terdiri atas 8.668 orang yang mempunyai JAMKESDA/SKTM dan 3.150 orang yang mempunyai JAMKESMAS

3. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan mempengaruhi derajat kesehatan seseorang, adapun tingkat pendidikan masyarakat di wilayah puskesmas Bojonggede adalah 11.459 orang tamat SD, 6.160 tamat SMP, 21.549 orang tamat SLTA serta 16.071 orang tamat PT/AK/D.III

4. Keadaan Kesehatan Lingkungan

Faktor lingkungan mempunyai peran yang sangat besar dalam timbulnya gangguan kesehatan baik secara individual maupun masyarakat secara umum. Untuk itu diwilayah kerja puskesmas Bojonggede dilakukan upaya peningkatan kualitas lingkungan antara lain kepemilikan sanitasi dasar serta menekankan pada pentingnya kebersihan lingkungan.

5. Peran Serta Masyarakat

Wujud nyata peran serta masyarakat antara lain dengan berkembangnya upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) misalnya adanya kegiatan posyandu, posyandu merupakan kegiatan swadaya dari

masyarakat dibidang kesehatan dengan kepala desa sebagai penanggung jawabnya.

Tabel Jumlah Posyandu

no	Desa	Jumlah Posyandu				
		pratama	madya	Purnama	mandiri	jumlah
1	Bojonggede	1	12	11	2	25
2	Bojongbaru	1	2	12	3	18
3	Rw Panjang	0	10	7	3	20
4	Pabuaran	0	14	4	1	19
5	Puskesmas	1	38	34	9	82

5.1.3. Sarana kesehatan dan fasilitas Kesehatan

Sarana kesehatan yang ada meliputi puskesmas, sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat (gadar), ketersediaan obat dan sarana upaya kesehatan yang bersumberdaya masyarakat (UKBM)

Sarana Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan

Nama Sarana Kesehatan	jumlah
Rumah sakit swasta	1 buah
Unit pelayanan fungsional (UPF) Puskesmas	1 buah
Puskesmas Pembantu	1 buah
Rumah Bersalin (RB)	4 buah
Kendaraan roda 4 pusling (Puskesmas Keliling)	1 buah
Balai Pengobatan (BP)	10 buah
Praktek dokter spesialis	2 buah
Dokter praktek swasta	16 buah
Praktek dokter gigi	5 buah
Praktek bidan swasta	30 buah
Apotik	4 buah
Toko Obat	7 buah
Optik	3 buah

Fasilitas Kesehatan UPF Puskesmas Bojonggede

1. Pelayanan kesehatan Umum (Poli Umum)
 - Pely. Gawat darurat
 - Pelayanan obat
 - Pemeriksaan laboratorium
 - Puskesmas keliling
 - Poli Paru
2. Pelayanan kesehatan gigi (Poli Gigi)
3. poli kebidanan (KIA/KB)
4. Klinik Gizi
5. Klinik Sanitasi
6. Pelayanan lansia
7. Pelayanan kesehatan Reproduksi remaja (PKPR)
8. Perkesmas
9. Pelayanan kesehatan dasar berbasis jaminan (BPJS)

Tabel Jumlah Pegawai Kesehatan di UPF Puskesmas Bojonggede

Jenis Ketenagaan	UPF Bojonggede
Dokter Umum	4
Tata usaha	1
Dokter gigi	1
Bidan puskesmas	3
Bidan desa	6

Tenaga gizi	2
Perawat	7
Sanitarian	1
Surveilans	1
Laboratorium	1
Perawat gigi	1
Asisten apoteker	1
Honor darah	0
Honor puskesmas	4
Total UPF	32

5.1.4. Pembiayaan Puskesmas

5.1.4.1. Sumber dana, dalam rangka melaksanakan pelayanan kesehatan di wilayah kerja puskesmas diperlukan unsur kesehatan baik yang bersumber dari pemerintah maupun pemerintah daerah (APBDII, BOK. ASKES)

5.1.4.2. Setoran Retribusi

5.1.5. Upaya kesehatan Ibu dan Anak

Upaya kesehatan ibu dan anak adalah upaya kesehatan primer yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan kesehatan ibu dalam menjalankan fungsi reproduksi yang berkualitas serta upaya kelangsungan hidup, pengembangan dan perlindungan bayi , anak dibawah lima tahun (BALITA) dan anak usia pra-sekolah dalam

proses tumbuh kembang. Prioritas pelayanan KIA dewasa ini adalah meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan anak. Pelayanan KIA dipuskesmas meliputi :pelayanan kesehatan asuhan kebidanan serta pelayanan kesehatan bagi bayi, balita dan anak pra sekolah, dari semua itu diharapkan terciptanya pelayanan berkualitas dengan partisipasi penuh pengguna jasa dan keluarganya.

Sasaran dari kegiatan KIA adalah ibu, bayi, balita serta anak usia sekolah dan keluarga yang tinggal dan berada diwilayah kerja puskesmas yang berkunjung ke puskesmas. Upaya kesehatan Keluarga Berencana, upaya kesehatan primer yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan kesehatan pasangan usia subur dalam menjalankan fungsi reproduksi yang berkualitas. Prioritas pelayanan KB dewasa ini adalah meningkatkan derajat kesehatan pasangan usia subur dan keluarganya dalam pengaturan kehamilan baik jumlah ataupun waktu kehamilan serta jarak antar kehamilan guna menurunkan angka kelahiran nasional.

BAB VI

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam Bab ini peneliti akan menjelaskan karakteristik dari informan dan analisis temuan yang diperoleh oleh peneliti berdasarkan hasil transkrip dan catatan lapangan (*Field notes*) selama penelitian berlangsung.

6.1. Karakteristik Informan

Data karakteristik informan diperoleh dari dokumen yang dimiliki oleh informan dan berdasarkan hasil observasi dilapangan. Jumlah informan yang digunakan terdiri sebanyak 4 orang informan kunci dan 3 informan pendukung. Informan pendukung yang dijadikan subjek adalah wanita yang sudah menopause dan informan pendukung dari tenaga kesehatan yaitu dokter puskesmas dan kepala dinas Kota Bogor.

6.1.1. Karakteristik Informan Kunci

Kriteria yang digunakan dalam memilih informan kunci adalah perempuan yang tinggal di wilayah Bojong Gede Kabupaten Bogor dan berada dalam rentang usia menopause. Ini artinya rentang usia subyek adalah dari 45-55 tahun sebagai bagian dari kriteria inklusi. Sebagaimana umumnya pemilihan informan dalam metode *focus group discussion* (Hennink, 2007), penelitian ini menggunakan metode purposif dan kemudian snowball. Awalnya, peneliti merekrut beberapa responden yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan, namun

hanya empat informan kunci perempuan yang terpilih untuk terlibat dalam penelitian ini dengan rentang usia 45-55 tahun, dengan sebaran pada tabel 6.1.

Tabel 6.1 Karakteristik Informan Kunci

Inisial	Usia	Jumlah Anak	Pekerjaan	Pendidikan	Menarch
S1	50 Tahun	3 anak	IRT	SLTA	12 tahun
S2	48 Tahun	Tidak ada anak	Guru Paud	D1	11 Tahun
S3	53 Tahun	2 anak	IRT	SLTP	12 Tahun
S4	54 Tahun	2 anak	IRT	SLTA	14 tahun

Sumber : wawancara mendalam 2014

Informan kunci dalam penelitian ini ada empat orang informan, terdiri dari satu orang informan berusia dibawah 50 tahun, tiga orang informan rata-rata berusia diatas 50 tahun. Usia informan dipilih dari mulai usia 45-55 tahun sesuai dengan teori Joseph HK dan M.Nugrogo S dalam buku catatan kuliah Ginekologi dan obstetri, 2010, bahwa mayoritas wanita mengalami menopause pada usia 45-55 tahun. Walaupun ada juga yang mengalami menopause dini dikarenakan suatu penyakit atau pengaruh dari pemakaian obat-obat tertentu yang mengakibatkan terjadinya menopause.

Jumlah anak informan atau paritas didapatkan hasil, ibu dengan paritas 2 sebanyak 2 orang, paritas 3 sebanyak 1 orang dan ibu tidak memiliki anak sebanyak 1 orang. Sebagian besar subyek memiliki jumlah paritas 2 anak dan 3 anak. Hal ini sejalan dengan penelitian Pimenta (2010), bahwa semakin sering melahirkan makin tua usia memasuki menopause. Hasil penelitian oleh Pimenta et al menghasilkan salah satu variabel independen dari terjadinya menopause adalah paritas atau jumlah anak. Hubungan paritas dengan menopause dibuktikan

oleh penelitian Humdatul Husna (2009) dalam judul hubungan paritas dan usia menarche dengan usia menopause di wilayah kerja puskesmas Andalas kota Padang, Tahun 2011. Hasil penelitian ditemukan bahwa banyaknya jumlah paritas mempengaruhi kejadian menopause.

Jenis pendidikan informan sebagian besar berpendidikan SLTA sebanyak 2 orang, SMP 1 orang dan hanya 1 orang yang berpendidikan D1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar subyek berpendidikan SLTA, hal ini ada kaitannya dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang ada untuk dapat mengantisipasi dampak dari menopause dan mempersiapkan diri untuk dapat menghadapi menopause dengan baik, dilihat dari segi psikologis dan fisik. Pengetahuan didapatkan baik melalui pendidikan formal ataupun non formal pendidikan non formal terbentuk karena sosial budaya dalam masyarakat, adanya media cetak dan elektronik serta berdiskusi dengan teman sebaya ataupun dengan tenaga kesehatan. Dengan pengetahuan yang baik maka wanita akan memasuki masa menopause dengan baik, hal ini senada dalam penelitian yang dilakukan oleh Indah Yuliana Wulandari, Sitti Nur Djanah, Isti Ken Utami yang berjudul Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Menopause Dengan Dukungan Sosial Suami Saat Istri Menghadapi Menopause Di Desa Somagede Kecamatan Somagede Banyumas. Hal ini sesuai dengan data yang didapat selama melakukan observasi bahwa kunjungan ibu menopause ke posyandu lansia dan ke puskesmas terkait dengan menopause masih sangat kurang. Sehingga pengetahuan dan pendidikan mempunyai andil besar dalam kejadian menopause oleh wanita.

Pekerjaan informan sebagian besar tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga dan 1 informan bekerja sebagai guru PAUD di wilayah kerja Bojong Gede Kabupaten Bogor. Pekerjaan subyek sebagian besar tidak bekerja atau hanya mengurus rumah tangga. Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilaksanakan oleh seseorang sesuai dengan jabatan atau profesinya masing-masing. Hal ini sesuai dengan temuan penelitian oleh Rini (2002), bahwa wanita yang tidak menikah dan bekerja umur memasuki menopause lebih muda dibandingkan dengan wanita sebaya yang tidak bekerja dan menikah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa menarch pada usia 12 tahun lebih didominasi oleh ibu menopause. Menarch merupakan faktor pencetus terjadinya menopause. Semakin muda umur waktu mendapatkan haid pertama kali maka semakin tua usia memasuki menopause. Jurnal yang diterbitkan oleh *plos ONE/www.plosone.org* 6 Maret 2013 menyatakan bahwa usia mempunyai keterkaitan dengan datangnya menopause, dimana cadangan ovarium bagi setiap manusia sama dan penurunan folikel primordial pada tiap manusia tidaklah sama atau bervariasi dimana usia merupakan variabelitas yang tinggi dalam tahapan habisnya folikel primordial pada wanita dan akan memasuki masa menopause.

6.1.2. Karakteristik Informan Pendukung

Karakteristik informan pendukung sebagai subyek penelitian yang berhasil diwawancarai adalah sebagai berikut.

Tabel 6.2 Karakteristik Informan pendukung

inisial	Usia	Jabatan	Unit kerja	Pendidikan
	Tahun	kepala Seksi Dinas	puskesmas Kesehatan Bogor	
	Tahun	dokter Puskesmas	puskesmas Bojong	dokter umum
	Tahun	kepala TU	puskesmas Bojong	

Sumber : wawancara mendalam 2014

Informan pendukung merupakan sumber informan yang akan mendukung informasi kunci, Informan pendukung dalam penelitian ini diperoleh dari 3 sumber yaitu dokter penanggung jawab wilayah penelitian, kepala TU wilayah penelitian dan kepala seksi dinas kesehatan.

Jumlah dokter penanggung jawab berjumlah 1 orang dan telah memegang wilayah binaan ini selama masa kerja 5 tahun dengan jenjang pendidikan dokter umum, sedangkan kepala TU disini adalah berperan sebagai tenaga kesehatan yang membantu mengelola kegiatan kesehatan diwilayah kerja puskesmas setempat. Sedangkan Kepala seksi Dinas Kesehatan diwilayah binaannya atau tanggung jawabnya. Informan pendukung dalam penelitian ini digunakan untuk mengkonfirmasi dan mengklarifikasi bagaimana wanita menopause ini memanfaatkan sarana dan petugas kesehatan yang ada.

6.2. Analisis Team

Penelitian kualitatif yang dilakukan terkait dengan alternatif kebijakan operasional pengelolaan menopause oleh tenaga kesehatan menghasilkan temuan berdasarkan tujuan penelitian yang telah disusun sebelumnya. Adapun temuan penelitian tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut :

6.2.1. Pengetahuan Informan Terhadap *Menopause*

Pandangan tentang menopause, seluruh subyek sepakat, menopause merupakan pengalaman alamiah yang harus dihadapi oleh perempuan. Bagi para subyek yang baru mengalaminya, mereka menyatakan bahwa menopause merupakan kejadian alamiah, kodrat seorang perempuan dan bagian dari fase kehidupan. Sesuai dengan hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa pengetahuan responden bervariasi. Berikut matriks yang menjelaskan pengetahuan responden tentang Menopause antara lain yaitu:

Matriks 1
Pengetahuan Responden Tentang Menopause

No.	Inisial	Pengetahuan Responden Tentang Menopause
1	S1 (50 Tahun)	Tidak datang mens lagi
2	S2 (48 Tahun)	Tidak datang mens lagi
3	S3 (53 Tahun)	Sudah tua, tidak muda lagi dan Tidak datang mens lagi
4	S4 (54 Tahun)	Tidak datang mens lagi

Sumber : Data Primer, September 2014

Berdasarkan pemaparan dan matriks diatas maka hasildari penelitian yang dilakukan penulis dapat disimpulkan bahwa subyek pertama menyatakan arti menopause adalah tidak datang mens lagi, subyek kedua menyatakan tidak datang

mens lagi, subyek ketiga menyatakan sudah tua, tidak muda lagi dan subyek keempat menyatakan tidak datang mens lagi. Pengetahuan yang dimiliki responden khususnya untuk memahami dan memaknai tentang menopause, bisa dinyatakan masih sangat kurang. Pengetahuan ke empat responden tentang menopause hanya sebatas tidak datang mens lagi, artinya pengetahuan mereka terbatas pada pemahaman yang mereka ketahui berdasarkan pengalaman responden. Oleh karena itu pengertian menopause menurut keempat responden adalah berhentinya mens wanita. Sedangkan teori menurut Yatim(2001), menopause adalah merupakan fase terakhir dimana perdarahan haid seorang wanita berhenti sama sekali. Dimana pada fase ini terjadi secara berangsur-angsur yang semakin jelas terjadi penurunan fungsi kelenjar indung telurnya, biasanya pada wanita usia 40 sampai 50 tahun mengalami masa peralihan dari siklus menstruasi yang teratur setiap bulannya ke masa dimana terjadi perubahan fisik dan juga kejiwaan pada diri seorang wanita pada saat menjelang menopause, estrogen akan semakin menurun sampai dengan saat menopause itu tiba.

Hal ini senada dalam penelitian yang dilakukan oleh Wulandari (2008), Djanah (2010) dan Utami (2010) yang berjudul Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Menopause Dengan Dukungan Sosial Suami Saat Istri Menghadapi Menopause Di Desa Somagede Kecamatan Somagede Banyumas. Meskipun *menopause* adalah hal yang alami namun kurangnya pengetahuan wanita tentang *menopause* akan sulit ataupun tidak siap menerima kedatangan *menopause*. Kualitas hidup seorang wanita dalam menjalani masa menopause sangat tergantung pada pandangan masing-masing terhadap pengetahuannya terhadap

menopause. Jika wanita tidak siap menghadapi *menopause* akan mengalami menurunnya kemampuan berfikir dan ingatan, gangguan emosi berupa rasa takut bila disebut sudah tua, rasa takut menjadi tua dan tidak menarik, sukar tidur atau cepat bangun, mudah tersinggung dan mudah marah, sangat emosional dan spontan, merasa tertekan dan sedih tanpa diketahui sebabnya. Rasa takut kehilangan suami, anak dan ditinggalkan sendiri.

Hasil wawancara dengan keempat subyek memperlihatkan bahwa mereka memiliki persepsi yang sama mengenai menopause, yaitu menopause adalah berhentinya haid dan hal yang alamiah dan kodrati bagi perempuan. Oleh karena itu, menopause bukanlah sesuatu yang perlu ditakutkan. Hal ini sejalan dengan pernyataan Yatim (2001), menopause adalah merupakan fase terakhir dimana perdarahan haid seorang wanita berhenti sama sekali. Fase ini terjadi secara berangsur-angsur yang semakin jelas terjadi penurunan fungsi kelenjar indung telurnya, biasanya pada wanita usia 40 sampai 50 tahun mengalami masa peralihan dari siklus menstruasi yang teratur setiap bulannya ke masa dimana terjadi perubahan fisik dan juga kejiwaan pada diri seorang wanita pada saat menjelang menopause, estrogen akan semakin menurun sampai dengan saat menopause itu tiba.

Ketika digali lebih lanjut mengenai sejauh mereka memahami menopause, seluruh subyek menyatakan bahwa menopause adalah berhentinya menstruasi. Namun sebagian subyek (satu dari tiga subyek) dapat mengidentifikasi bahwa menopause diikuti dengan perubahan usia yang tidak muda lagi.

Berdasarkan pernyataan semua subyek menunjukkan bahwa, kurangnya pemahaman akan arti dan gejala menopause, serta kurangnya responden mendapatkan informasi tentang Menopause, keluhan-keluhan mereka untuk sebagian informan menganggap itu hal lumrah dan sebagian lagi sudah mengetahui kalau apa yang mereka keluhkan adalah bagian dari menopause itu sendiri.

Sikap informan akan masalah kehidupannya setelah menopause memang berbeda-beda, ada yang menganggap itu hal yang lumrah karena akan terjadi pada setiap wanita dan tidak dapat dihindari. Sama halnya Informan yang rata-rata merupakan ibu rumah tangga karena respon keluarga dan lingkungan sehingga menyikapi masalah menopause juga berbeda-beda. Seperti hasil wawancara dengan informan tentang masalah menopause dalam matriks sebagai berikut ini:

Matriks 2
Sikap Responden Tentang Masalah Menopause

No.	Inisial	Sikap Responden Tentang Masalah Menopause
1	S1 (50 Tahun)	Siap dengan masalah menopause
2	S2 (48 Tahun)	Membuat sakit setiap kali berhubungan
3	S3 (53 Tahun)	Perasaan tidak dihargai
4	S4 (54 Tahun)	Tidak ada masalah dan kadang ada masalah

Sumber : Data Primer, September 2014

Berdasarkan pemaparan dan matriks diatas maka hasil dari penelitian yang dilakukan penulis dapat disimpulkan bahwa subyek pertama menyatakan siap dengan masalah menopause, subyek kedua menyatakan menopause membuat sakit setiap kali berhubungan, subyek ketiga menyatakan saat memasuki masa

menopause perasaan tidak dihargai dan subyek keempat menyatakan tidak ada masalah dan kadang ada masalah dengan menopause.

Dari beberapa informan mengungkapkan bahwa masalah menopause, ibu tidak memandang negatif terhadap hal yang dialami subjek saat masa *menopause* ini. Karena hal tersebut wajar adanya yang pasti setiap wanita pasti akan mengalaminya yang membedakan adalah bagaimana cara menghadapi semua itu dengan baik sehingga keluarga dan lingkungan tidak terganggu berjalan sebagaimana adanya.

Berdasarkan wawancara dengan para subyek mengenai persepsi terhadap menopause, disimpulkan bahwa semua subyek, baik yang baru menjalani masa menopause ataupun sudah lama menjalani masa menopause, memandang bahwa menopause adalah sesuatu yang alamiah dan kodrati. Dibandingkan subyek yang sudah lama menopause, pengetahuan subyek yang baru mengalami menopause masih terbatas, menopause hanya dikaitkan dengan berhentinya mens. Mengenai pengalaman menopause, sebagian besar subyek mengakui tidak mengalami apa-apa pada saat menjelang menopause. Tetapi ada juga subyek yang mengalami kesendirian (tidak dihargai).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian-penelitian tentang menopause dari dunia Barat yang mengungkapkan bahwa menopause sebagai pengalaman negatif dan membuat cemas para perempuan (Dillaway, 2005). Walaupun tidak mengkhawatirkan bagi para subyek, tetapi menopause dihubungkan dengan adanya perubahan-perubahan fisik yang negatif. Dalam hal ini, para subyek merujuk kepada penurunan stamina yang tidak sekuat

sebelumnya, bentuk tubuh yang tidak muda dulu, kulit mengendur dan gairah terhadap pasangan yang menurun. Beberapa kondisi ini oleh beberapa subyek diasosiasikan dengan proses penuaan (*age-ing*).

Wanita pada masa menopause mengalami gangguan fisik, seksual, sosial dan gangguan psikologis, dan ada juga wanita tanpa mengalami berbagai keluhan baik fisik, psikologis, dan sosial. Perbedaan ini dipengaruhi oleh berat ringannya stress yang dialami wanita dalam menghadapi dan mengatasi menopause sebagai akibat penilaiannya terhadap menopause.

6.2.2. Keluhan Informan Memasuki masa *Menopause*

Saat membahas keluhan yang ada sejak subyek memasuki masa menopause, para subyek mengenali perubahan hormonal, kelelahan fisik dan kecenderungan untuk mengalami osteoporosis sebagai pertanda menopause. Berikut matriks yang menjelaskan keluhan responden dan gejala-gejala yang terjadi memasuki masa menopause antara lain yaitu:

Matriks 3
Keluhan Responden Memasuki Masa Menopause

No.	Inisial	Keluhan Responden Memasuki Masa Menopause
1	S1 (50 Tahun)	Ada perubahan tekanan darah (tensi)
2	S2 (48 Tahun)	Tulang terasa pegal
3	S3 (53 Tahun)	Pinggang sakit, pengapuran dan pengeroposan tulang
4	S4 (54 Tahun)	Sering lelah, badan terasa pegal dan sulit tidur

Sumber : Data Primer, September 2014

Berdasarkan pemaparan dan matriks di atas maka hasil dari penelitian yang dilakukan penulis dapat disimpulkan bahwa keluhan menopause yang dialami subyek pertama yaitu adanya perubahan tekanan darah (tensi), subyek kedua

menyatakan keluhan terjadi pada tulang terasa pegal, subyek ketiga menyatakan keluhan pada pinggang yang sakit, pengapuran dan pengeroposan tulang sedangkan subyek keempat menyatakan keluhan terjadi pada badan terasa pegal, sering lelah pegal dan sulit tidur.

Dari ketiga informan mengungkapkan bahwa keluhan yang terjadi pada masa menopause dapat disimpulkan lebih ke masalah fisik seperti tulang terasa pegal, pinggang sakit, terjadi pengapuran, pengeroposan tulang, sering lelah dan sulit tidur. Subyek tiga dan subyek empat sampaikan bahwa ia mengalami ketidaknyamanan fisik dan psikologis selama setahun sesudah memasuki masa menopause. Secara fisik, ia merasa gerah, cepat lelah, tubuh sering tidak nyaman dan kurang tidur. Selain itu siklus menstruasi berubah, kadang terus-menerus melebihi waktu biasanya (bisa sampai tiga minggu) dan dalam jumlah yang banyak. Secara emosional, subyek tiga mengaku sering gelisah dan kondisi emosinya naik turun, terutama pada malam hari. Dalam menghadapi ketidaknyamanan ini, subyek empat mengaku kesibukannya membantunya mengatasi ketidaknyamanan ini. Selain itu peran keluarga dan teman-teman dalam memberikan dukungan sangat besar.

Sebagian besar subyek, baik yang di usia baru memasuki masa menopause maupun yang sudah lama terjadi menopause, ketidakhawatiran mereka dalam menghadapi menopause banyak dipengaruhi oleh pengalaman menopause sang ibu. Ibu dari sebagian besar subyek menjalani kehidupan menopause yang positif (misalnya, tidak melakukan intervensi medis dalam merubah bentuk badan).Pengalaman tubuh menopause ibu yang positif berperan besar dalam

membentuk persepsi positif para subyek tentang keluhan menopause. Beberapa penelitian tentang keluhan menopause ditemukan bahwa ibu ternyata sering mengalami susah tidur, sering lelah tulang terasa sakit dan adanya pengeroposan tulang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Sarwono (2009), perubahan atau terjadinya perubahan fisiologi meliputi terhentinya reproduksi, adanya rasa tegang, perasaan linu yang tiba-tiba disekujur tubuh termasuk kepala, leher, badan dan dada bagian atas, adanya keringat yang menyertai ketegangan tersebut dan terkadang adanya perasaan seperti semburan panas (*hot flashes*), timbulnya keropos tulang atau osteoporosis. Terjadi pula perubahan pada psikologis antara lain terjadi perubahan antara lain cepat lelah, cepat marah, sering jengkel, adanya rasa tertekan, adanya rasa takut, gelisah dan cemas yang berlebihan.

Subyek kadang perasaan tidak dihargai muncul akibat terlalu sensitif terhadap suatu hal yang subjek rasakan. Subjek merasa kurang puas dengan penampilan saat *menopause* karena merasa tidak menarik lagi, merasa tidak diperhatikan anak-anaknya, merasa sendiri dan merasa tidak muda lagi. Tapi subjek selalu berpikir optimis dengan begitupula yang dikerjakan akan tampak baik hasilnya. Subjek membayangkan hal-hal buruk sebelum melakukan sesuatu. Jika perasaan itu muncul subjek selalu beristigfar dengan begitu perasaan negatif tidak muncul lagi. Subjek percaya diri untuk bisa menerima diri sendiri walau saat ini subjek telah mengalami *menopause*.

Keluhan-keluhan tersebut menurut mereka dapat membuat perempuan cemas dalam menghadapi menopause. Namun, semua subyek sepakat bahwa

keluhan menopause adalah hal yang wajar dan tidak banyak mempengaruhi kehidupan mereka.

Tidak hanya pendapat, pemahaman dan keluhan mereka tentang menopause, kami menggali pengalaman menopause. Satu dari empat subyek yang sudah memasuki menopause diatas 5 tahun mengemukakan bahwa mereka telah mengalami gejala-gejala yang mengindikasi menopause. satu subyek melaporkan pengalamannya bahwa mereka saat itu belum mengerti gejala Menopause, dan seorang subyek mengalami mens yang tidak teratur. Tetapi keduanya belum memastikan apakah ini termasuk gejala-gejala menopause atau tidak.

Saat bahas mengenai pengalaman menopause, ketiga subyek memiliki pengalaman yang berbeda. Subyek empat melaporkan bahwa ia hanya mengalami perubahan siklus menstruasi saja. Awalnya, periode menstruasinya sekitar 2-3 bulan, tapi kemudian berangsur-angsur berkurang dan berhenti sekali. Mengenai perubahan suasana hati (mood) dan *hot flashes*, subyek tidak merasakan mengalami keduanya.

Subyek tiga tidak melakukan tindak lanjut terhadap keluhan yang mereka hadapi, namun subyek keempat merasa khawatir dengan pengalaman tidak teraturnya men dan sempat berkonsultasi kepada bidan dekat rumah tinggalnya untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

Subyek mengakui *mind set* (pola pikir) yang positif tentang menopause sangat membantunya dalam menghadapi masa menopause. Dari uraian di atas mengenai pengalaman dan keluhan ibu menopause, dapat disimpulkan bahwa sebagian subyek menganggap keluhan masa menopause terjadi pada kondisi yang

sama, merasa pegal, merasa sering cape dan cepat pusing, namun seluruh subyek sepakat untuk menekankan pentingnya kebugaran dan kesehatan tubuh, agar keluhan masa menopause dapat dihindarkan. Ini dibuktikan dengan para subyek melakukan kegiatan senam di Posyandu binaan Puskesmas Bojong Gede. Beberapa subyek pun melakukan perawatan wajah.

6.2.3. Dukungan Suami

Dukungan keluarga terutama suami sangat berperan dalam meningkatkan kepercayaan diri serta perasaan dicintai oleh pasangan merupakan hal yang sangat dibutuhkan oleh subyek. Masa menopause sering dihubungkan dengan perubahan fisik. Tidak hanya bentuk tubuh yang berubah, tetapi elastisitas kulit pun mulai berkurang (misalnya, keriput di bagian wajah). Tidak heran apabila menopause diasosiasikan dengan tua. Dalam penelitian ini, keempat subyek yang sudah mengalami menopause menyadari bahwa menopause akan terjadi perubahan fisik, seperti: tubuh yang tidak lagi muda (subyek tiga), tidak lagi sekuat dulu, misalnya lutut lebih mudah sakit dan tubuh yang menua atau *aging* (subyek empat). Sebelum masuk ke dalam pandangan mereka terhadap dukungan atau respon suami setelah ibu mengalami menopause, subyek-subyek ini diminta untuk menjawab pertanyaan tentang sejauh mana mereka menganggap hubungan seksual dengan suami. Hanya satu dari empat subyek (subyek empat) menjawab bahwa suami sedikit mengeluh dengan urusan seksualnya dan subyek empat tetap tidak lagi melakukan hubungan seksual dengan suami. Pendapat yang terakhir ini juga disepakati oleh subyek-subyek lainnya. Berikut pernyataan para subyek mengenai dukungan suami kepada subyek dalam matrik berikut.

Matriks 4
Dukungan Suami kepada Ibu Menopause

No.	Inisial	Dukungan Suami kepada Ibu Menopause
1	S1 (50 Tahun)	Tidak ada keluhan dan suami lebih mengerti
2	S2 (48 Tahun)	Tidak ada keluhan dan suami lebih mengerti
3	S3 (53 Tahun)	Tidak ada keluhan dan suami lebih mengerti
4	S4 (54 Tahun)	Ada keluhan dan suami tidak mengerti keadaan istri menopause

Sumber : Data Primer, September 2014

Berdasarkan pemaparan dan matriks diatas maka hasil dari penelitian yang dilakukan penulis dapat disimpulkan bahwa dukungan suami kepada subyek kesatu , subyek kedua dan subyek ketiga menyatakan tidak ada keluhan dan suami lebih mengerti dengan kondisi istri yang sudah memasuki masa menopause, sedangkan subyek keempat menyatakan ada keluhan dan suami tidak mengerti keadaan istri menopause.

Kesimpulan ketiga subyek sepakat bahwa peran suami dalam menerima kondisi menopause membuat mereka tidak khawatir terhadap perubahan fisik yang terjadi saat menopause dan suami lebih mengerti kondisi istri yang sedang memasuki masa menopause. Selain peran suami, peran subyek (ibu) juga penting dalam membentuk citra tubuh menopause dan bahkan memberikan gambaran terhadap hubungan pasangan selama usia menopause. Subyek satu, subyek dua dan subyek tiga, misalnya, belajar dari pengalaman suaminya saat menopause. Menurutnya, suaminya tidak menunjukkan kecemasan saat hubungan seksualnya dan masih memperlihatkan kemesraan dengan suaminya di usia menopause mereka.

Bagi ketiga subyek tersebut, penerimaan suami terhadap hubungan seksualnya setelah menopause membuat mereka tidak perlu merisaukan kondisi suaminya. Baginya, sehat dan kebahagiaan lebih penting daripada urusan seksualnya.

Bagi subyek yang berada di masa menopause, peran pasangan (suami) adalah penting. Kami menemukan bahwa tubuh menopause subyek tidak menjadi masalah, karena adanya penerimaan dari pasangan (suami) terhadap tubuh menopause mereka. Hal ini jugalah yang membuat aktifitas seksual mereka tidak menjadi isu dalam kehidupan menopause mereka. Kepuasan seksual pun bukan lagi menjadi tujuan utama dalam hubungan suami isteri. Di usia paruh baya, hubungan suami isteri lebih ditekankan kepada kebersamaan dalam menjalani hari tua.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar subyek mengeluh agak sakit saat berhubungan dengan pasangannya dan subyek akhirnya malas melakukan hubungan seksual dengan suami. Hal ini terjadi karena penurunan kadar estrogen alami, wanita menopause bisa mengalami kekeringan vagina dan ketidaknyamanan. Hal ini dapat membuat kontak seksual tidak nyaman dan bahkan menyakitkan baginya. Seorang suami harus sabar dengan istrinya selama waktu ini. Katakan padanya bahwa dia masih menarik, dan tunjukkan kasih sayang secara non-seksual. Peningkatan foreplay serta pelumas pribadi dapat membantu secara signifikan, tetapi jangan menekannya untuk seks. Dorong dia untuk berbicara dengan dokter tentang iritasi atau kelembutan yang dialami.

Senada dengan pendapat Pakasi (2005), bahwa efek berkurangnya hormon seks dapat dilihat di alat kelamin sejak masa perimenopause, akibat berkurangnya estrogen, epitel vagina akan makin merah akibat menipisnya lapisan epitel, pembuluh – pembuluh darah kapiler dibawah permukaan kulit akan semakin terlihat, dikarenakan epitel vagina menjadi atrofi, kapiler pun tidak lagi memperdarahi epitel, permukaan vaginapun menjadi pucat, selain itu rugae-rugae (kerut) vagina akan jauh berkurang yang mengakibatkan permukaan vagina menjadi licin, akibatnya sering sekali wanita mengeluh dispareunia, akhirnya menjadi malas untuk melakukan hubungan seksualitas, atau biasa frigiditas pada wanita paruh baya, pada wanita menopause uterus akan mengecil sehingga pada saat dilakukan pemeriksaan ginekologis dapat dipastikan uterus akan makin sulit terdeteksi pada palpasi, karena produksi hormon sudah jauh berkurang akhirnya endometriosis dan adenomyosis pun tidak akan muncul lagi.

Persepsi terhadap menopause dan pengalaman menopause yang positif tidak berarti para subyek tidak terpapar oleh gambaran tubuh ideal yang dikonstruksikan oleh budaya. Pernyataan subyek seperti “tubuh yang tidak muda lagi”, “usia sudah tua”, “hubungan seksual yang menurun” mencerminkan bahwa tubuh menopause sudah tidak sesuai dengan tubuh ideal yang dikonstruksikan oleh budaya. Pandangan menopause sebagai “kiamat” bagi perempuan dapat ditemui di kalangan perempuan pekerja. Hanya saja, subyek-subyek dalam penelitian kami tidak memperlihatkan kecenderungan itu. Satu hal yang bisa menjelaskan ini adalah faktor religiusitas yang kami temui muncul dalam kebanyakan subyek. Para subyek melandasi pandangan dan pengalaman mereka

terhadap menopause dengan ajaran agama tentang menerima kodrat subyek sebagai wanita.

Dari uraian di atas mengenai dukungan suami, dapat disimpulkan bahwa bentuk dukungan nyata dari kepedulian dan tanggung jawab seorang suami kepada isterinya, ketika isteri telah memasuki masa menopause. Suami sebagai kepala keluarga yang memegang peranan penting dalam memutuskan suatu tindakan isteri dalam hal menghadapi menopause. Oleh karena itu suami harus membantu untuk mengurangi beban isteri dalam keluarga, dan suami harus mampu memenuhi kebutuhan anggota keluarga baik dari segi moral maupun material.

Selanjutnya, kami memfokuskan bagaimana pengalaman para subyek mendapatkan pelayanan menopause oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Bojong Gede.

6.2.4. Peran Petugas Kesehatan

Pandangan keempat subyek terhadap pelayanan menopause oleh tenaga kesehatan diwilayahnya tidak menunjukkan sikap yang positif. Semua subyek menyatakan bahwa tidak ada petugas kesehatan yang mengelola khusus ibu menopause, rata-rata mereka menjawab tidak ada pelayanan menopause di puskesmas Bojong Gede. Hasil wawancara mendalam tentang peran petugas kesehatan kepada ibu Menopause dapat ditunjukkan pada matriks di bawah ini :

Matriks 5
Peran Petugas Kesehatan kaepada Ibu Menopause

No	Inisial	Peran Petugas Kesehatan kaepada Ibu Menopause
1	S1 (50 Tahun)	Tidak ada pelayanan menopause
2	S2 (48 Tahun)	Tidak ada pelayanan menopause dan diharapkan ada kunjungan dan penjelasan dari petugas kesehatan
3	S3 (53 Tahun)	Tidak ada pelayanan menopause dan tidak ada penjelasan dari petugas kesehatan
4	S4 (54 Tahun)	Tidak ada pelayanan menopause dan tidak ada informasi mengenai pelayanan ibu menopause

Sumber : Data Primer, September 2014

Berdasarkan pemaparan dan matriks diatas maka hasildari penelitian yang dilakukan penulis dapat disimpulkan bahwa peran petugas kesehatan kepada keempat subyek meyakini tidakada pelayanan menopause dan diharapkan ada kunjungan dan penjelasan dari petugas kesehatan.

Kesimpulan semua responden tentang peran petugas kesehatan kepada ibu menopause menyatakan bahwa tidak ada pelayanan pengelolaan menopause di wilayah Puskesmas Bojong Gede. Tidak hanya sebatas pendapat tentang pelayanan menopause di Puskesmas wilayahnya, kami juga menggali keterlibatan Posyandu dan LSM dalam mengelola ibu menopause, subyek yang baru memasuki masa menopause pun kami minta untuk menceritakan bagaimana pengalaman mereka tentang kegiatan posyandu dan LSM di wilayahnya. Menurut semua subyek, pelayanan menopause tidak pernah ada dilingkunganya, bahkan kegiatan posyandu dan Posbindu hanya sebatas melayani ibu ibu hamil, anak kecil, bayi sehat dan pengelolaan lanjut usia seperti (mengukur tensi).

Subyek dua dan subyek tiga memberikan laporan bahwa selama mengikuti kegiatan dilingkunganya, mereka tetap membantah tidak ada satupun puskesmas,

posyandu ataupun LSM yang mengelola atau membina ibu menopause. Ibu menopause masih beraktivitas seperti biasa, mengikuti pengajian rutin, arisan, arisan dan kumpul-kumpul saja. Kedua subyek ini juga menekankan pada pentingnya seorang perempuan untuk mencari informasi terkait dengan menopause, tetapi sekaligus dapat menyaringnya sehingga tidak menelan mitos-mitos yang melingkupi.

Peran tenaga kesehatan untuk mengelola menopause belum terealisasi dengan baik dan tidak ditemukan kegiatan apa pun yang berkaitan dengan menopause, hanya yang terlihat kegiatan Posyandu saja. Informasi yang kami peroleh dari ketiga informan pendukung, tidak ada satu pun kader atau petugas kesehatan yang terlibat dalam kegiatan pengelolaan menopause, artinya kebijakan pengelolaan menopause di Puskesmas Bojong Gede belum menjadi agenda prioritas, karena menurut pendapat mereka menopause bukan penyakit yang serius dan tidak berbahaya, jadi tidak memerlukan pengelolaan khusus.

Saat digali lebih lanjut mengenai pentingnya puskesmas untuk menangani masalah ibu menopause, sebagian subyek (dua dari tiga subyek) dapat mengidentifikasi bahwa seberapa pentingnya peran petugas kesehatan di puskesmas dalam mengelola ibu menopause. Namun sebaliknya subyek tiga memberikan pandangan yang positif seperti saran yang membangun kepada petugas kesehatan agar serius mengelola ibu menopause. Subyek tiga berpendapat selain pentingnya peran petugas kesehatan, subyek juga dapat memahami bagaimana menopause itu terjadi dan gejala-gejala apa yang ditimbulkan akibat masa menopause.

Kegiatan semua subyek yang sudah memasuki masa menopause lebih banyak dilakukan di lingkungan tempat mereka tinggal seperti arisan, senam dan pengajian, dibandingkan dengan peran aktif petugas kesehatan untuk pengelolaan ibu menopause. Namun demikian realita yang ada dilahan yang penulis dapati adalah belum terkafernya para wanita menopause tersebut dengan beberapa kegiatan-kegiatan yang disebutkan diatas dapat digarisbawahi bahwa kegiatan tersebut belum terealisasi dengan maksimal. Oleh sebab itu subyek dua, subyek tiga dan subyek empat memberikan saran dan harapan kepada petugas kesehatan, berikut pernyataan keempat subyek dalam matrik berikut.

Matriks 6
Harapan Ibu Menopause Kepada Petugas Kesehatan

No	Inisial	Harapan Ibu Menopause Kepada Petugas Kesehatan
1	S1 (50 Tahun)	Tidak ada komentar, tetapi berharap ada penyuluhan rutin tentang menopause
2	S2 (48 Tahun)	Ada penyuluhan tentang menopause
3	S3 (53 Tahun)	Ada pelayanan khusus untuk ibu menopause dari tenaga ahli, penyuluhan dan pemeriksaan rutin
4	S4 (54 Tahun)	Pemberian informasi yang penting seputar menopause

Sumber : Data Primer, September 2014

Berdasarkan pemaparan dan matriks diatas maka hasildari penelitian yang dilakukan penulis dapat disimpulkan bahwa harapan subyek peratama kepada petugas kesehatan adalah berharap ada penyuluhan rutin tentang menopause, subyek kedua berharap ada penyuluhan tentang menopause, subyek ketiga berharap ada pelayanan khusus untuk ibu menopause dari tenaga ahli, penyuluhan

dan pemeriksaan rutin dan subyek empat berharap ada pemberian informasi yang penting seputar menopause.

Kesimpulan semua responden menyatakan bahwa harapan ibu menopause kepada petugas menopause adalah perlu adanya penyuluhan dan pemeriksaan rutin tentang menopause. Pelayanan untuk mendapatkan informasi tentang menopause sudah menjadi tuntutan yang wajib dipenuhi oleh pemerintah daerah dan masyarakat, namun masih terlihat dimana-mana belum adanya pelaksanaan program pengelolaan menopause yang menyeluruh.

Kegiatan yang sudah dilakukan oleh ibu menopause adalah kegiatan pengajian rutin saja. Sedangkan untuk kegiatan yang lain belum terlaksana di wilayah Bojong Gede. Kegiatan mayoritas adalah ibu rumah tangga yang memang kegiatan rutin mereka adalah mengurus rumah tangga dan kegiatan sampingan mereka pengajian dilingkungan setempat dan arisan bulanan, sedang kegiatan yang fokus tentang kesehatan dan persiapan atau pendidikan kesehatan belum ada, kegiatan yang seperti tertera diatas dengan bekerjasama dengan yayasan Aspirasi Muslim Indonesia belum terealisasi dan terkoordinir dengan baik. Peranan petugas kesehatan yang bertanggung jawab di wilayah juga belum nampak fokus pada pengelolaan wanita menopause di wilayah kerjanya. Seperti kutipan pernyataan langsung dari kepala seksi dinas kesehatan dan kepala TU Puskesmas Bojong Gede dalam matrik berikut :

Matriks 7
Tanggapan Petugas Kesehatan Terhadap Pelayanan Menopause

No.	Inisial	Tanggapan Petugas Kesehatan Terhadap Pelayanan Menopause
1	D1 (45 Tahun) Kepala Seksi Program Lansia	Kebijakan Menopause belum ada
2	D2 (48 Tahun) Dokter Umum	Penyuluhan tentang menopause tergantung prioritas karena menopause bukan suatu penyakit yang berbahaya. Jadi tidak diperlukan penyuluhan
3	D3 (42 Tahun) Kepala TU	Belum ada program kebijakan pengelolaan menopause.

Sumber : Data Primer, September 2014

Berdasarkan pemaparan dan matriks diatas maka hasil dari penelitian yang dilakukan penulis dapat disimpulkan bahwa tanggapan semua petugas kesehatan menyatakan bahwa tidak ada pelayanan menopause dan kebijakan pengelolaan menopause di Puskesmas Bojong Gede Kota Bogor.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Puspita (2010) di Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo yang menyatakan bahwa memang belum ada program khusus bagi pelayanan kesehatan wanita menopause, sedangkan program yang sudah dijalankan selama ini adalah program yang berkaitan dengan pembinaan usia lanjut berdasarkan program yang telah ada di Departemen Kesehatan.

Departemen Kesehatan (Depkes) RI belum mencanangkan program khusus yang berkaitan dengan kesehatan pada perempuan menopause. Berdasarkan hasil komunikasi interpersonal dengan koordinator bagian usia lanjut memang di wilayah kecamatan Bojong Gede belum ada program bagi pelayanan kesehatan perempuan menopause. Oleh sebab itu maka perlu adanya suatu upaya

mensosialisasikan tanda dan gejala menopause pada masyarakat luas dan dikembangkannya klinik menopause dan konseling menopause baik ditingkat daerah melalui puskesmas maupun dirumah sakit tingkat pusat, perlu pula dipersiapkan tenaga yang handal untuk menunjang pelaksanaan klinik menopause dan konseling menopause.

Berdasarkan hasil wawancara terkait dengan kemudahan mencapai pelayanan kesehatan tentang menopause, diperoleh informasi bahwa jarak antara rumah responden yang berada di Bojong Gede dekat dari Puskesmas jadi sebagian dari mereka memanfaatkan fasilitas kesehatan ke Puskesmas dan sebagian lagi ke Posyandu Lansia. Kemampuan lansia dalam mengakses pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh jarak rumah dengan posyandu lansia yaitu semakin dekat jarak rumah dengan posyandu lansia maka lansia semakin aktif memanfaatkan posyandu lansia. Namun demikian dorongan ibu menopause hanya terbatas pada kegiatan-kegiatan di Posyandu saja seperti senam masal dan kegiatan rutin pemeriksaan tensi setiap minggu. Pengelolaan untuk menopause hampir tidak ada di wilayah kerja puskesmas Bojong Gede karena menurut pernyataan dokter umum bahwa pengelolaan menopause bukan menjadi prioritas dan bukan penyakit yang berbahaya, jadi tidak perlu dibuat program penyuluhan.

Dari informasi yang penulis dapatkan dari wawancara petugas kesehatan yang menyebutkan bahwa selama ini belum adanya pelaporan tentang pengelolaan menopause dari institusi kesehatan puskesmas ke dinas kesehatan setempat, yang sudah berjalan adalah pelaporan tentang lanjut usia berkaitan dengan kegiatan posyandu yang sudah berjalan di wilayah binaan Puskesmas Bojong Gede.

Selama ini kader atau petugas Kesehatan lebih sering menjadi pelaksana kegiatan saja, bukan pengelola. Pengelola artinya bukan hanya melaksanakan kegiatan saja, tetapi juga merencanakan kegiatan dan mengaturnya. Kader atau petugas kesehatan sebaiknya mampu menjadi pengelola program-program kesehatan terutama program pengelolaan ibu menopause di wilayahnya. Karena merekalah yang paling memahami kondisi kebutuhan di wilayahnya. Sebagai contoh masih ada satu subyek yang memberikan pernyataan bahwa menopause perlu ditangani secara medis (pengobatan) karena bisa mengurangi keluhan psikis. Berikut petikan pernyataan subyek dua. Senada dengan pernyataan dokter umum dari puskesmas memberikan bantahan dengan jawabannya terkait dengan pengelolaan menopause di wilayah kerjanya. Secara ringkasnya, penemuan-penemuan dalam penelitian ini mencakup:

- a. Pengetahuan menopause pada sebagian besar subyek masih terbatas. Ini mengindikasikan bahwa diseminasi menopause belum merata di kalangan perempuan paruh baya. Banyaknya informasi yang keliru tentang menopause tentu bisa membentuk persepsi negatif tentang menopause dan menimbulkan ketakutan bagi sebagian perempuan.
- b. Pasangan, dalam hal ini suami, memiliki peran besar dalam menjalani kehidupan menopause.
- c. Pengelolaan menopause oleh tenaga kesehatan belum terealisasi dengan baik.

6.3 Merumuskan Analisis Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause

Perumusan analisis kebijakan dalam penelitian ini mengacu pada konsep Patton dan Savicky yang menggunakan enam langkah dalam merumuskan analisis kebijakan yang biasa disebut dengan A Basic Policy Analysis Process. Tahap-tahap penerapan Patton dan Savicky dalam penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Langkah Pertama Mendefinisikan dan Mengidentifikasi Masalah

Pada tahap ini, peneliti mengumpulkan beberapa masalah dan data-data terkait dengan masalah yang sedang terjadi di Puskesmas Bojong Gede Bogor. Masalah yang sering terjadi di Puskesmas Bojong Gede Bogor yang menyangkut pengelolaan menopause oleh tenaga kesehatan belum sepenuhnya diterapkan dengan baik.

Pada saat penelitian dilakukan, ditemukan beberapa faktor yang menyebabkan pengelolaan Menopause perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas Bojong Gede Bogor, yaitu sebagai berikut:

- a. Pengetahuan ibu tentang menopause: *sebatas pengertian menopause yaitu tidak datang menstruasi lagi.*
- b. Sikap ibu menopause terhadap keluarga (suami dan anak-anak): *perasaan tidak dihargai keluarga, merasa tidak berharga karena setiap berhubungan intim dengan suami terasa sakit dan terkadang ada masalah dengan perasaan (lebih sensitif).*

- c. Gejala dan keluhan yang ditimbulkan oleh ibu Menopause: *perubahan tekanan darah (hipertensi), tulang dan badan terasa pegal, penggang sakit, pengapuran (Osteoporosis), sering lelah dan sulit tidur.*
- d. Pelayanan Petugas Kesehatan tentang ibu Menopause: *tidak ada sosialisasi dan pengelolaan ibu menopause dari tenaga kesehatan menopause (Dokter, Bidan dan kader Posyandu/Posbindu), dan kurangnya penjelasan pendidikan kesehatan tentang reproduksi ibu menopause.*
- e. Program khusus pengelolaan ibu menopause: *program dan kebijakan pengelolaan ibu menopause belum ada dan tidak ada penyuluhan tentang menopause karena dianggap belum menjadi prioritas (bukan penyakit berbahaya)*
- f. Timbul Penyakit degeneratif dan resikonya: *Hypertensi dan Oestoporosis.*

2. Langkah kedua Menetapkan dan Penerapan Kriteria Isu

Selanjutnya dari enam faktor yang menyebabkan pengelolaan Menopause perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas Bojong Gede Bogor tersebut dilakukan pemilihan isu aktual yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

- a. Aktual (A) yaitu isu yang sedang terjadi atau sedang dalam proses, sedang hangat dibicarakan di kalangan masyarakat. Sedangkan isu

yang akan terjadi adalah isu yang diperkirakan akan terjadi dalam waktu dekat.

- b. Problematik (P) yaitu isu yang menyimpang dari harapan, standar ketentuan yang menimbulkan kegelisahan yang perlu segera dicari penyebab dan pemecahannya.
- c. Kekhalayakan (K) yaitu isu yang secara langsung menyangkut orang banyak / para ibu menopause dan bukan hanya kepentingan seseorang tertentu saja.
- d. Kelayakan (K) yaitu isu yang logis, pantas, realistis, dan sesuai dengan tugas, hak, wewenang dan tanggung jawab.

Tabel 6.1
Penerapan Kriteria Isu

No	Isu Umum	Aktual (Terjadi)	Masalah (Problem)	Isu Menyangkut Orang Banyak	Kelayakan (Isu Realistis)	Terpilih
1	Pengetahuan ibu tentang menopause	+	+	+	+	Memenuhi
2	Sikap ibu menopause terhadap keluarga	+	+	+	+	Memenuhi
3	Gejala dan keluhan yang ditimbulkan oleh ibu Menopause	+	+	+	+	Memenuhi
4	Pelayanan Petugas Kesehatan tentang ibu Menopause	+	-	-	+	Tidak Memenuhi
5	Program khusus pengelolaan ibu menopause	+	-	-	+	Tidak Memenuhi
6	Timbul Penyakit degeneratif dan resikonya	+	+	+	+	Memenuhi

Sumber : Data di olah, September 2014

Keterangan :

- 1) Positif (+) : menjadi prioritas/lebih diutamakan
- 2) Negatif (-) : belum menjadi prioritas

Untuk menentukan prioritas faktor yang menyebabkan pengelolaan Menopause perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Bojong Gede Bogor dilakukan dengan menggunakan *matrix USG* dengan penjelasan sebagai berikut :

- a. Berdasarkan *Urgency* (mendesak), Isu perlu dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia
- b. *Seriousneses* (tingkat keseriusan), isu tersebut perlu dibahas berdasarkan akibat yang timbul dari penundaan pemecahan masalah yang mengakibatkan isu tersebut semakin berkembang.
- c. *Growth* (Kecenderungan berkembang), isu menjadi berkembang makin memburuk kalau dibiarkan.

Tabel 6.2
Penerapan Kriteria Isu

No	Isu Umum	U	S	G	Total	Prioritas
1	Pengetahuan ibu tentang menopause	5	4	4	13	III
2	Sikap ibu menopause terhadap keluarga	5	3	4	12	
3	Gejala dan keluhan yang ditimbulkan oleh ibu Menopause	5	3	3	11	
4	Pelayanan Petugas Kesehatan tentang ibu Menopause	5	5	5	15	I
5	Program khusus pengelolaan ibu menopause	4	4	4	12	
6	Timbul Penyakit degeneratif dan resikonya	5	5	4	14	II

Sumber : Data di olah, September 2014

Keterangan :

- 1) Nilai 5 : Sangat mendesak/gawat/berdampak

Berkaitan dengan mendesaknya kejadian dan waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan isu masalah tersebut (seperti masalah pengetahuan ibu tentang menopause, pelayanan petugas kesehatan dan timbulnya

penyakit degeneratif akibat menopause). Semakin mendesak suatu masalah untuk diselesaikan maka semakin tinggi urgensi masalah tersebut yang berkaitan dengan isu yang terjadi di lahan. Sehingga masalah isu yang terjadi menjadi paling prioritas untuk diselesaikan sehingga sangat berdampak pada individu/kelompok/organisasi (nilai 5)

2) Nilai 4 : Mendesak/gawat/berdampak

Masalah isu yang terjadi menjadi prioritas untuk diselesaikan sehingga berdampak pada individu/kelompok

3) Nilai 3 : Cukup mendesak/cukup gawat/cukup berdampak

Masalah isu yang terjadi menjadi prioritas untuk diselesaikan sehingga cukup berdampak pada individu/kelompok/organisasi

4) Nilai 2 : Kurang mendesak/kurang gawat/kurang berdampak

Masalah isu yang terjadi menjadi kurang prioritas untuk diselesaikan sehingga kurang berdampak pada individu/kelompok/organisasi

5) Nilai 1 : Sangat kurang mendesak/kurang gawat/kurang berdampak

Masalah isu yang terjadi menjadi tidak prioritas untuk diselesaikan sehingga tidak berdampak pada individu/kelompok/organisasi

Penjelasan Prioritas ;

1. Pelayanan Petugas Kesehatan (Dokter, Bidan dan kader Posyandu/Posbindu) tentang ibu Menopause

Jika petugas melakukan pengelolaan terhadap menopause maka pengetahuan ibu tentang menopause akan baik, sehingga secara emosional dan pola hidup akan lebih baik lagi, dapat menekan

adanya kejadian penyakit degeneratif yang dapat dideteksi sejak awal sehingga tidak berkembang menjadi penyakit yang menimbulkan angka kejadian kematian karena penyakit degeneratif yang tinggi, selain itu dapat memenuhi target pencapaian kunjungan posbindu (70%), serta terciptanya wanita lanjut usia yang berkualitas bagi diri sendiri dan lingkungan.

2. Timbul Penyakit degeneratif dan resikonya

Jika ibu menopause sudah mempunyai pengetahuan yang baik maka dapat melakukan antisipasi dalam melakukan persiapan dan menjalani masa menopause dengan baik, sehingga dapat mengurangi timbulnya penyakit degeneratif yang dapat menimbulkan masalah serius dan hidup yang kurang berkualitas dimasa lanjut usia kelak, dan ini dapat mengurangi angka kematian akibat penyakit degeneratif.

3. Pengetahuan ibu yang kurang.

Karena pengetahuan responden yang kurang tentang menopause, sehingga hal ini dapat berdampak pada sikap ibu terhadap adanya perubahan yang terjadi akan mempengaruhi kualitas dan keadaan emosional ibu, dan jika berkelanjutan dapat berdampak tidak saja ibu tetapi terhadap keluarga atau lingkungan.

Berdasarkan hasil USG, peneliti memilih 3 masalah yang menjadi prioritas utama yaitu:

1. Pelayanan Petugas Kesehatan (Dokter, Bidan dan kader Posyandu/Posbindu) tentang ibu Menopause
2. Timbul Penyakit degeneratif dan resikonya
3. Pengetahuan ibu tentang menopause

Berdasarkan analisis dengan menggunakan matriks USG dengan membuat ranking dan total nilai tertinggi maka faktor yang menjadi prioritas utama adalah belum adanya peran petugas kesehatan seperti dokter, bidan dan kader Posyandu/Posbindu, jika pengelolaan sudah dilakukan secara bersamaan maka akan berdampak pada pendeteksian adanya penyakit degeratif yang dapat dilakukan penatalaksanaan secara dini sehingga tidak menimbulkan suatu angka kejadian kesakitan ataupun kematian yang tinggi, dengan adanya pengelolaan maka ibu menopause akan semakin terpapar informasi yang berkaitan dengan menopause sehingga dapat berdampak pada sikap ibu menopause memanfaatkan posbindu dalam melakukan pemeriksaan rutin dan menjalani pola hidup yang sehat, dengan demikian maka besar peluang yang terbuka bahwa ibu menopause siap menjalani masa menopause dengan baik dan mempersiapkan diri menjalani masa lanjut usia lebih baik dan berkualitas .

3. Langkah ketiga Mengidentifikasi alternatif kebijakan

Masalah utama yang menyebabkan pengelolaan Menopause perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Bojong Gede Bogor adalah peran Petugas Kesehatan (Dokter, Bidan dan kader Posyandu/Posbindu) masih belum maksimal untuk merealisasikan kebutuhan fasilitas kesehatan untuk pengelolaan ibu menopause. Untuk mengatasi masalah tersebut, maka dapat dirumuskan beberapa alternatif kebijakan guna terlaksananya program khusus pengelolaan menopause di wilayah Bojong Gede Bogor. Adapun beberapa alternatif kebijakan tersebut adalah :

- a. Mengaktifkan kembali Posyandu/Posbindu yang dikelola oleh petugas kesehatan dengan mengikutsertakan ibu menopause
- b. Membuat program pelaksanaan konseling ibu menopause dari Petugas Kesehatan Puskesmas
- c. Memperbaiki penatalaksanaan program lansia dan ibu menopause untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

4. Langkah keempat Evaluasi alternatif kebijakan

Pada tahap ini peneliti mengajukan alternatif kebijakan yang telah disusun sebelumnya. Peneliti juga melakukan konfirmasi hasil temuan faktor-faktor yang menyebabkan belum terealisasinya pengelolaan ibu menopause.

Hasil wawancara mendalam dilakukan kepada kepala puskesmas tentang kebijakan operasional pengelolaan ibu menopause, diperoleh hasil bahwa kepala puskesmas sekaligus dokter umum menyetujui adanya pengelolaan

khusus ibu menopause di lingkungan Bojong Gede dengan pelayanan kesehatan yang sama pada pengelolaan lansia. Tentunya akan disesuaikan dengan biayadan anggaran program yang dibuat.

5. Menyajikan alternatif kebijakan

Langkah kelima adalah menyajikan kebijakan alternatif yang sesuai dengan kondisi masyarakat setempat, seperti penjelasan pada tabel dibawah ini:

Tabel 6.2
Alternatif Kebijakan bagi Ibu Menopause

No	Isu Umum	Rekomendasi Kebijakan
1	<p>Pelayanan Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan aktivitas kegiatan sehari-hari (<i>activity of daily living</i>) meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan seperti makan atau minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, dan sebagainya. b. Pemeriksaan status mental. Pemeriksaan ini berhubungan dengan mental emosional, dengan menggunakan pedoman metode 2 menit. Pemeriksaan status mental dilakukan karena proses mental ibu menopause sudah mulai dan sedang menurun c. Pemeriksaan <u>status gizi</u> melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan dicatat pada grafik indeks massa tubuh (IMT); d. Pemeriksaan penyakit degenaratif sebagai deteksi awal adanya penyakitseperti penyakit hipertensi dan oestoprosis 	<p style="text-align: center;">Kemenkes No. 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten</p> <p style="text-align: center;">Kemenkes No. 1142/Menkes/SK/XII/2008 tentang pedoman pengendalian penyakit degeneratif (Oestoprosis)</p>
2	<p>Pelayanan Rohani</p> <p>Pelayanan keagamaan, kesehatan jiwa dan mental spiritual bagi ibu menopause ditujukan untuk mempertebal rasa keimanan dan ketakwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa .pelayanan keagamaan dan mental spiritual bagi lanjut usia diselenggarakan melalui peningkatan kegiatan keagamaan, sesuai dengan agama dan keyakinan masing-masing.</p>	<p style="text-align: center;">Kemenkes No. 220/Menkes/SK/III/2002 tentang pedoman umum pembina, tim pengarah dan tim pelaksanan kesehatan jiwa masyarakat</p>

3	<p>Pelayanan Sosial</p> <p>Jenis pelayanan yang diberikan dapat berupa bantuan makanan (menyiapkan dan memberikan makanan), peningkatan gizi bantuan aktivitas sehari-hari, bantuan kebersihan dan perawatan kesehatan, pendampingan rekreasi, dan konseling, olah raga (senam Ibu Menopause) pelayanan mental spiritual, rujukan dan memberikan informasi dan melatih anggota keluarga bagaimana memberikan pelayanan terhadap Ibu Menopause. Pelayanan diberikan secara kontinu/berkala setiap hari, setiap minggu, setiap bulan, sepanjang ibu menopause/keluarganya membutuhkan. Pelayanan dapat bersifat suka rela (atas dasar kemanusiaan dan keagamaan), dapat juga bersifat komersil/balas jasa.</p>	<p>Peraturan Pemerintah No. 43 tahun 2004 tentang pelaksanaan upaya peningkatan kesejahteraan lansia</p>
---	---	---

Sumber : Data di olah, September 2014

6. Pemantauan dan Implementasi Kebijakan yang di Implementasikan

Langkah keenam konsep Patton dan Savicky dapat diterapkan di wilayah Bojong Gede Bogor namun keterbatasan waktu dan biaya pelaksanaan pengelolaan ibu menopause cukup tinggi, sehingga perlu kebijakan pengelolaan ibu menopause perlu disesuaikan dengan kebijakan lansia yang sudah berjalan. Peneliti hanya mengajukan dan melakukan konfirmasi terhadap kebijakan alternatif pengelolaan ibu menopause yang ditemukan di wilayah Bojong Gede untuk segera merealisasikan pengelolaan ibu menopause dengan kebijakan yang sudah ada sebelumnya yaitu kebijakan pengelolaan lansia sesuai Undang-undang Nomor 43 Tahun 2004 tentang upaya pelaksanaan peningkatankesejahteraan Lansia.

6.4 Justifikasi Terhadap Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause

Berdasarkan hasil temuan penelitian dan rumusan langkah kebijakan operasional Menopause oleh Patton dan Savicky, peneliti melakukan penilaian

(justifikasi) terhadap alternatif kebijakan pengelolaan menopause oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Bojong Gede Kabupaten Bogor antara lain

1. Hasil penelitian ini membenarkan bahwa pengelolaan menopause belum sepenuhnya dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Bojong Gede, baik di Puskesmas itu sendiri maupun di kegiatan Posbindu Bojong gede. Peneliti memberikan usulan bahwa dari temuan ini perlu ditambahkan kebijakan baru tentang pengelolaan ibu menopause, mengingat sudah ada kebijakan sebelumnya yang mengatur pengelolaan lanjut usia seperti tercantum pada Kemenkes No. 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten.
2. Surat keputusan Kemenkes tersebut menjadi dasar hukum tindak lanjut bagi petugas kesehatan setempat untuk membuat kebijakan baru tentang pengelolaan menopause dengan pertimbangan peneliti bahwa menopause dapat menimbulkan resiko 7 (tujuh) penyakit degeneratif lansia (penyakit akibat penuaan) salah satunya adalah osteoporosis dan hipertensi.. Hal ini lah yang menjadi alasan bahwa pengelolaan menopause perlu di realisasikan dengan segera karena memiliki dasar hukum. Kebijakan yang mengatur menopause nantinya dapat dibahas dan di revisi kembali menjadi satu dengan pasal yang menrangkan pengelolaan lansia, sehingga perlakuan menopause dan lansia tidak perlu dibedakan.

6.5 Rumusan Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause

Rumusan strategi disusun berdasarkan variable dan komponen yang tersusun pada analisis tentang kebijakan. Sedangkan strategi untuk kebijakan *analysis for policy* disusun oleh peneliti kemudian akan dijadikan sebagai bahan usulan yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor untuk mendapatkan rumusan kebijakan yang kemungkinan besar dapat diimplementasikan. Berikut ini adalah usulan draft kebijakan peraturan terdiri dari 6 bab dan 10 pasal :

Menimbang :

- a. bahwa sesuai dengan ketentuan Pasal 2 ayat (4) butir b Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 Pemerintah mempunyai kewenangan untuk menetapkan pedoman standar pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota;
- b. bahwa dalam rangka desentralisasi, Daerah diberi tugas, wewenang, kewajiban dan tanggung jawab menanganikan urusan pemerintahan tertentu;
- c. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia Nomor 1747 /Menkes/Kesos/SK/12/2000 tentang Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota tidak sesuai lagi;
- d. bahwa sehubungan butir c tersebut di atas, dipandang perlu menetapkan kembali Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan Kabupaten/Kota dengan Keputusan Menteri Kesehatan.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 108 Tahun 2000 tentang Laporan Pertanggungjawaban Kepala Daerah (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 209. Tambahan Lembaran Negara Nomor 4027);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan Dan Pengawasan (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 41 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4090);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 56 Tahun 2001 tentang Pelaporan Daerah
6. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah
7. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2001 tentang Pengawasan Represif Kebijakan daerah.
8. Kemenkes No. 1142/Menkes/SK/XII/2008 tentang pedoman pengendalian penyakit degeneratif (Oestoporosis)
9. Kemenkes No. 220/Menkes/SK/III/2002 tentang pedoman umum pembina, tim pengarah dan tim pelaksanaan kesehatan jiwa masyarakat

10. Peraturan Pemerintah No. 43 tahun 2004 tentang pelaksanaan upaya peningkatan kesejahteraan lansia

Memperhatikan :

Hasil kesepakatan pembahasan yang ingin diusulkan kepada Kepala daerah, kepala puskesmas, Departemen Keuangan dan Dinas Kesehatan Bogor.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR
PELAYANAN PENGELOLAAN LANSIA DAN MENOPAUSE
KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA**

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Pusat selanjutnya disebut Pemerintah adalah Menteri Kesehatan.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah beserta Perangkat Daerah Otonom yang lain sebagai Badan Eksekutif Daerah.

3. Kepala Daerah adalah Gubernur bagi Daerah Propinsi, Bupati bagi Daerah Kabupaten dan Walikota bagi Daerah Kota.
4. Daerah adalah Daerah Otonom Kabupaten dan Daerah Otonom Kota
5. Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi
6. Pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat.
7. Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

BIDANG KESEHATAN

Pasal 2

- (1) Kabupaten/Kota menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target Tahun 2014:
- (3) Di luar jenis pelayanan yang tersebut pada ayat (2), Kabupaten/Kota tertentu wajib menyelenggarakan jenis pelayanan sesuai dengan kebutuhan antaralain :

- a. Pelayanan Kesehatan Kerja :Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerjaformal (80%).
- b. **Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut dan Menopause:**Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjutdan usia lanjut (70%).

Pasal 3

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksuddalam Pasal 2 ayat (2) dan (3), juga diberlakukan bagi Daerah Kabupaten Bogor.

BAB III

PENGORGANISASIAN

Pasal 4

- (1)Bupati/Walikota bertanggungjawab dalampenyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah Kabupaten/Kota dan masyarakat;
- (2)Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud ayat(1) secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota;
- (3)Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai StandarPelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengankualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan, merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing Daerah Kabupaten/Kota.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam perencanaan program pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan Standar Teknis yang ditetapkan.
- (3) Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk pencapaian target sesuai Standar Pelayanan Minimal seluruhnya dibebankan pada APBD.

BAB V
PEMBINAAN

Pasal 6

- (1) Pemerintah dan Pemerintah Propinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dan mekanisme kerjasama antar Daerah Kabupaten/Kota.
- (2) Fasilitasi dimaksud ayat (1) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan meliputi :

- a. Perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal
- b. Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM;
- c. Penilaian pengukuran kinerja
- d. Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan lansia dan Menopause.

Pasal 7

Menteri Kesehatan melaksanakan supervisi dan pemberdayaan Daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI

PENGAWASAN

Pasal 8

- (1) Bupati / Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal di daerah masing-masing.
- (2) Bupati / Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal, kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan

Pasal 9

- (1) Menteri Kesehatan melaksanakan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan Pemerintah.
- (2) Hasil evaluasi kemampuan Daerah dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Presiden melalui Menteri Dalam Negeri.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 10

Dengan berlakunya keputusan ini, maka keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Nomor 1747/Menkes-Kesos/SK/12/2000 tentang Pedoman Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dinyatakan tidak berlaku lagi.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan keseluruhan hasil dan pembahasan dalam penelitian yang diperoleh dalam penelitian ini maka dapat disimpulkan, bahwa:

- a. Tidak ditemukan adanya kegiatan ibu menopause oleh petugas kesehatan Wilayah kerja Puskesmas Bojong Gede Bogor.

Hasil penelitian ini disimpulkan bahwa kegiatan ibu menopause saat ini belum terealisasi dengan baik, sebagai alternatifnya kegiatan menopause ditujukan langsung pada program lansia Posbindu. Kegiatan ibu Menopause lebih banyak dilakukan di lingkungan tempat mereka tinggal yang dikelola oleh kader Posbindu seperti arisan, senam lansia, pemeriksaan tekanan darah, pengajian dan tidak ada kegiatan khusus ibu menopause.

- b. Tidak ada program pengelolaan ibu menopause di wilayah kerja Puskesmas Bojong Gede Bogor.

Hasil penelitian ini disimpulkan bahwa menopause bukan menjadi prioritas dan bukan penyakit yang berbahaya, jadi tidak memerlukan program penyuluhan tentang ibu menopause. Program Posbindu yang sudah berlangsung hingga saat ini adalah senam Lansia, pemeriksaan tekanan darah, dan kegiatan rohaniah. Kurangnya informasi dari petugas kesehatan yang turun kelapangan memberikan informasi tentang menopause dan gejala atau

tanda apa yang biasa terjadi pada ibu menopause tidak mereka dapati dari petugas kesehatan sehingga mereka mesti mencari informasi sendiri.

7.2 Saran

Berikut adalah saran-saran yang dapat diajukan peneliti, antara lain sebagai berikut:

a. Subjek (Ibu Menopause)

Subjek supaya dapat tetap terus meningkatkan kualitas hidup yang dijalani selama ini. Caranya mungkin dengan menggali semua potensi yang ada dan yakin bahwa masa *menopause* tidak akan menghambat semua wanita yang ingin melakukan hal-hal selagi itu positif. Wanita yang baru mengalami atau sudah mengalami *menopause* tidak perlu merasa berkecil hati karena itu hal yang akan dialami oleh setiap wanita dan juga tidak perlu merasa tidak berguna lagi, percaya diri dan yakin bahwa keluarga dan orang-orang terdekat (suami) akan selalu mendukung dan tetap memandangi positif terhadap kelangsungan hidup ibu menopause.

b. Tenaga kesehatan

Meningkatkan kualitas tenaga kesehatan baik melalui pendidikan maupun pelatihan khususnya terkait dengan upaya peningkatan kesehatan ibu menopause pada petugas dalam bidang Gizi dan Yankes Komunitas, Diharapkan adanya peningkatan pemberian informasi tambahan tentang kesehatan melalui subsidi obat (*cream estrogen*) maupun media kesehatan menopause sehingga posyandu lansia dapat digunakan untuk

meningkatkan pengetahuan wanita menopause maupun kader kesehatan posyandu lansia terkait kesehatan lansia (wanita menopause)

c. Peneliti selanjutnya

Disarankan untuk melakukan penelitian dengan menggali lebih mendalam untuk melihat faktor-faktor lainnya mempengaruhi menopause yang belum diungkap oleh peneliti dan menambah jumlah subjek penelitian yang mendukung keluarga (suami) dan peran petugas kesehatan pada wanita yang memasuki masa *menopause*.

DAFTAR PUSTAKA

- Aina,S,2009. *Beberapa faktor yang mempengaruhi usia menopause pada wanita di kelurahan Titi Papan Kota Medan tahun 2009*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Arikunto, Suharsimi, 2010, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik* Rineka Cipta, Jakarta.
- Arman widodo, 2003. *Peningkatan partisipasi pria dan keluarga berencana berwawasan gender*, Jakarta: Sejahtera Pustaka.
- Baily A,Robinson D,Vessey M (1997) *Merokok dan Usia Menopause Alami*
- Baziad,A, 2008. *Endokrinologi Ginekologi*. Jakarta: Media Aesculapis fakultas kedokteran Universitas Indonesia.
- Baziad,A, *Menopause dan Andropause*, Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohrdjo, 2003.
- BKKBN,2006, *Kesehatan Reproduksi*, Jakarta
- Blumel,JEM, Castelo Branco-,C,Cancelo,MJ, Cordova,AT, Binfa,LE, Bonilla,H.G,...& Sarra,SC.(2004) *Hubungan Antara Psikologis Keluhan dan Gejala Vasomotor Selama Klimakterik*. *Maturitas*,49, 205-201
- Creswell, John W.2010, *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Pelajar.
- Daniell HW (1978) *Merokok, Obesitas Dan Menopause*. *Lancet* 12.373
- Departemen kesehatan RI , 2009. *Profil kesehatan Indonesia 2008*, Jakarta: Depkes
- DepKes RI,2001, *Kesehatan Reproduksi*, Jakarta

Desi, “ *Hubungan Karakteristik Demografi dan Umur Saat Menopause Dengan Keluhan Saat Menopause*”, Jurnal Vol 1, No 2, 2007

Dunn, 2004, *Public Policy Analysis*

El Manan, 2001, *Kamus Pintar Kesehatan Wanita*

Ghani, 2009. *Seluk beluk menopause*, Media Litbang Kesehatan Vol. XIX No 4 tahun 2009.

Hanafiah, J.M, 1999. *Meningkatkan kualitas hidup wanita menopause*, Medika, vol.1, pp.33-38

Hariwijaya, M, 2011, *Pedoman Penulisan Ilmiah Skripsi dan Tesis*, Yogyakarta Oryza.

Hidayana, I, 2004, *Seksualitas: Teori dan Realitas*, Jakarta: FISIP UI

Hidayat, Dede R, 2009, *Ilmu Perilaku Manusia*, TIM, Jakarta.

[http://www.scribd.com/doc/190224420/KMK-NO-1142-ttg-Pedoman Pengendalian Osteoporosis](http://www.scribd.com/doc/190224420/KMK-NO-1142-ttg-Pedoman-Pengendalian-Osteoporosis) diunduh pada tanggal 1-11-2014 jam 07.28 WIB.

Hunter, M, 1996, *Depression and the menopause. British Medical Journal*, 313, 1217-1218

Imron, Moch, 2009, *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan*, Jakarta, Sagung Seto.

Indah Y.W, Sitti N, Isti Ken U “ *Hubungan tentang pengetahuan tentang menopause dengan dukungan sosial suami saat istri menghadapi menopause di Desa Somagede Kec. Omagede Banyumas* “

Joseph, L & Mayo, 2000. *A Natural approach to menopause. Advanced Nutrition Publication*, 5, 5-13

- Josephk & M Nugroho, 2010 dalam Gynecology dan Obtetri
- Kasdu,D, *Kiat Sehat Dan Bahagia Diusia Menopause*, Jakarta, Puspa Swara,2002
- Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*, Jakarta ,2005
- Kumalaningsih, S,2008. *Sehat dan bahagia menjelang dan saat menopause*, Cetakan pertama, Bekasi: Puspa Swara
- Machfoedz, Ircham, 2009, *Metodologi Penelitian*, Fitramaya, Yogyakarta.
- MacKenzei, R, 2002. *Menopause, tuntunan praktis untuk wanita*, Cetakan Kedua, Jakarta: Penerbit Arcan.
- Marga,E,2007. *Kecemasan ibu pada masa menopause di Kelurahan Lhok Keutapang Tapaktuan*. Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara
- Margono, 2010, *Metode Penelitian Pendidikan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Miles,M.B & huberman,A.M (1992) *Analisis data kualitatif* ,Jakarta :UI Press
- Moleong J.Lexy, (2010), *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Edisi Revisi. Bandung : Remaja Rosadakarya
- Mukhtar,2013. *Metode penelitian klualitatif*. Bandung. Alfabeta
- Mustopo,S,2005. *Perawatan Kesehatan Menopause Alami*. Cetakan Pertama, Jakarta: Harapan Baru.
- Notoatmodjo, *Pendidikan dan Perilaku kesehatan*, Cetakan Kedua, Jakarta: Rineka Cipta,2003
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010, *Metodologi penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.

- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010, *Promosi Kesehatan teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nugroho RD (2006). *Analisis Kebijakan*, Jakarta :Elex Media Komputindo
- Nugroho RD (2006). *Kebijakan publik untuk negara-negara berkembang, Jakarta* ;Elex Media Komputindo.
- Nugroho, Taufan,2010, *kesehatan Wanita, gender dan Permasalahannya*, Yogyakarta: N Medika.
- Pakasi,L 2001 , *Menopause: Masalah dan penanggulangannya* ,Jakarta, Balai Pustaka.
- Patton V,carl & Savicky S.David (1993) *Basic methods of publicy analysis dan planning*, New Jersey : Prentice Hall.
- Pimenta,F, Leal,I,Maroco,J,& Ramos,C (2011) *Keparahan Gejala Menopause Inventory (MSSI-38): Frekuensi dan Intensitas Klimakterik* doi: 10.3109/13697137.2011.590617.
- Pitkin, J , 2009. *Sexuality and the menopause*, Elsevier, 23,33-52
- Poerwandari,K,E,2009, *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*, Jakarta, Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Prawirohardjo, Sarwono 2008, *Ilmu Kandungan Jakarta*, Yayasan Bina Pustaka.
- Rahayu,R, 2009. *Tingkat pengetahuan ibu menopause tentang perubahan pada masa menopause di desa Melati, dusun II, kecamatan Serdang Bedagai Kota Medan Tahun 2009*, Universitas Sumatera Utara.
- Reiz,R, 1993. *Menopause suatu pendekatan positif*. Jakarta: Bumi Aksara
- Riley,A.J,1991, *Sexuality and the menopause, sexual and Marital Therapy*,6,135-146.

- Rostiana,T dan Ni Made T,K.2010. *Kecemasan Pada Wanita yang menghadapi menopause di Jawa Barat*; fakultas Psikologi Universitas Gunadarma
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael (2002) *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis* (edisi – 2), Jakarta : Sagung Seto
- Siagian,A, *Saatnya Memperhatikan kesehatan wanita Usia Menopause*: ,Yogyakarta,2007
- Soedirham,2008. *Faktor-faktor yang mempengaruhi perempuan dalam menghadapi menopause di Surabaya*.J. Penelit.Med.Eksakta Vol.7 No 1 April 2008:70-82
- Subarsono AG (2005) . *Analisis kebijakan publik:konsep,teori dan aplikasi*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Sulastrri dan Badriyah,2011. *Kajian pengetahuan dan sikap wanita usia 45-50tahun dalam kesiapan menghadapi perubahan pada masa menopause (Studi di RW 05 Kulurahan Pejagan Kabupaten Bangkalan)*. Volume II Nomor Khusus hari Kesehatan International, April 2011 ISSN: 2086-3098.
- Syam,E.T,2005. *Tingkat pengetahuan dan sikap wanita dalam menghadapi menopause di RW 10-02 RW VII Kelurahan Kerudus Surabaya*. Jurnal Infokes STIKES Insan Unggul Surabaya.
- Thomas Dye,2001, *Understanding Public Policy*, Englewood clif,NJ : Prentice Hall
- Tina,N& Dwia,A,1999, *Menopause dan Seksualitas* (seri Laporanm no 87) yogyakarta.
- Whiteman, MK,Staropoli, CA, Langenberg,PW,McCarter,RJ,Kjerulff,KH,& Flaws,J.A (2003).*Merokok,Massa Tubuh, Dan Hot Flashes Pada Wanita Paruh baya*. Obstetri dan Ginekologi, 101,264-272.
- Yatim 2001, *Haid tidak wajar dan menopause*, Jakarta:Pustaka Populer Obor.

Yudomustopo, B,dkk,1999. *Problema wanita menghadapi Menopause*, Kumpulan makalah Ilmiah Populer, Jakarta; Penerbit Rumah Sakit Pertamina.



PEMERINTAH KABUPATEN BOGOR DINAS KESEHATAN

Jalan Raya Tegar Beriman Cibinong - Bogor
Telp. (021) 87912518 Fax (021) 879124519

Cibinong, 05 Maret 2014

Nomor	: 423/887/Promkes SDK	KEPADA :
Sifat	: Biasa	Yth. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM)
Lampiran	: -	Di
Perihal	: Izin Penelitian dan Pengambilan Data	<u>TEMPAT</u>

Berkenaan dengan surat dari Saudara nomor : 055/ST.K/STIKIM/II/14
Tanggal: 11 Februari 2014, perihal: permohonan izin pengambilan data dan
penelitian atas nama :

Nama : Muninggar
NIM : 20.12.000.306
Tempat : UPT Puskesmas Bojong Gede
Waktu : Maret s.d. selesai
Judul : Alternatif Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause
Oleh Nakes di Wilayah Kerja Puskesmas Bojong Gede

Demikian ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak
keberatan dan memberikan izin untuk dilaksanakannya kegiatan tersebut.
Untuk kelancaran kegiatan, harap yang bersangkutan berkoordinasi langsung
dengan Kepala UPT Puskesmas yang menjadi tempat penelitian dan
pengambilan data. Setelah selesai kegiatan agar yang bersangkutan
melaporkan hasilnya ke Dinas kesehatan Kabupaten Bogor.

Demikian agar menjadi maklum, atas perhatian dan kerjasamanya
diucapkan terima kasih.

KEPALA DINAS KABUPATEN BOGOR
DINAS KESEHATAN
Dr. Hj. Camalia W. Sumaryana, MKM
Pembina Utama Muda
NIP. 195806101985112001

Sebaran :

1. Bupati Bogor (sebagai laporan)
2. Inspektur Kabupaten Bogor



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INDONESIA MAJU
(STIKIM)**

Alamat : Gedung HZ Jl. Harapan No. 50 Lenteng Agung Jakarta 12610
Telp. (021) 78894043 - 46 Fax. (021) 78894045, website: www.stikim.ac.id Email: stikim@stikim.ac.id

No : 055/ST.K/STIKIM/II/14
Lampiran : -
Judul : Permohonan Pengambilan Data
Observasi Pendahuluan

Jakarta, 11 Pebruari 2014

Kepada Yth:
Kepala Dinas Kesehatan Cibinong

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. Dr. dr. HM. Hafizurrachman, MPH.
Jabatan : Ketua STIKIM.

Dengan ini menerangkan bahwa nama yang tercantum di bawah ini :

Nama : Muninggar
NPM : 20.12.000.306

Sehubungan dengan persyaratan kelulusan bahwa mahasiswa Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM) diwajibkan untuk menyusun tesis sebagai tugas akhir.

Dengan ini kami selaku Sekretariat Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM), memohon izin untuk melakukan pengambilan data guna kepentingan melakukan observasi pendahuluan pada tesisnya yang berjudul "Alternatif Kebijakan Operasional Pengelolaan Menopause oleh NAKES di Wilayah Kerja Puskesmas Bojong Gede Bogor".

Atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Indonesia Maju (STIKIM).



Dr. Dr. dr. HM. Hafizurrachman, MPH

Lampiran.

VERBATIM WAWANCARA

Informan kunci

Informan I :

50 Tahun, 3 Anak, Ibu Rumah Tangga, Mens Usia 12 tahun dan Pendidikan SLTA

Tanya	:	Apakah yang ibu ketahui tentang menopause ?
Jawab	:	<i>" Yaaaa... Menopause udah ga mens lagi kan.. "</i>
Tanya	:	Apa sajakah keluhan yang ada sejak ibu memasuki masa menopause?
Jawab	:	<i>"Tensi doang kali yaa, biasanya rendah mulu sekarang normal..... "</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang respon keluarga dan lingkungan dengan kondisi ibu saat ini(menopause)?
Jawab	:	<i>ga ada, kan masalahnya anak uda 3, besar-besar. nah baru menopause, jadi emang uda siap kalo masalah itu mah"</i>
Tanya	:	Respon suami setelah ibu mengalami menopause?
Jawab	:	<i>"Alhamdulillah ga ada omongan apa-apa, jadi kayanya biasa biasa aja.. "</i>
Tanya	:	Apa sajakah keluhan yang ibu dihadapi saat mengalami menopause ?
Jawab	:	<i>"Tidak ada.. " (perubahan tekanan darah aja..)</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang pentingnya puskesmas dalam menangani masalah ibu saat ini (menopause)?
Jawab	:	<i>"ga tau, ..ga pernah ini.. ga ada pelayanan menopause... "</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang pelayanan menopause oleh tenaga kesehatan diPuskesmas Bojong Gede ?
Jawab	:	<i>kan.. kadang begitu uda beda kan,.....masa menopause sama men ada pelayanan sedikitla, ..ada beda istilah, maksudnya penjelasan gimana caranya, kan kita kalo berhubungan kayanya istilah waktu sebelum menopause beda kayanya sama menopause, ...ga ada rasa.. "</i>
Tanya	:	Bagaimana pendapat ibu tentang posyandu diwilayah ibu terkait dengan pelayanan menopause?

Jawab	:	<i>“tidak ada”</i>
Tanya	:	Bagaimana pendapat ibu tentang pelayanan yang harus dilakukan oleh LSM ?
Jawab	:	<i>“tidak ada”</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu seharusnya kebijakan atau aturan yang ada pada menopause?
Jawab	:	<i>“tidak ada”</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu terhadap alternatif kebijakan apa saja yang harus dibuat terkait dengan menopause?
Jawab	:	<i>“tidak ada”</i>

VERBATIM WAWANCARA

Informan 2:

48 Tahun, tidak ada Anak, Guru Paud, Mens Usia 11 tahun dan Pendidikan D1

Tanya	:	Apakah yang ibu ketahui tentang menopause ?
Jawab	:	<i>"hmmm, .. ya ga.. ini lagi.. ga men lagi(sambil berpikir)"</i>
Tanya	:	Apa sajakah keluhan yang ada sejak ibu memasuki masa menopause?
Jawab	:	<i>"Kadang-kadang pada pegel nih tulang-tulang'....."</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang respon keluarga dan lingkungan dengan kondisi ibu saat ini(menopause)?
Jawab	:	<i>"kayanya..... hmmm berhubungan sama suami agak rasa sakit"</i>
Tanya	:	Respon suami setelah ibu mengalami menopause?
Jawab	:	<i>"Yaa....kalo laki ga ada keluhan biasa aja, ngerti kita kalo suami saya mah,.. engga.. "</i>
Tanya	:	Apa sajakah keluhan yang ibu dihadapi saat mengalami menopause ?
Jawab	:	<i>"kayanya..... hmmm berhubungan sama suami agak rasa sakit"</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang pentingnya puskesmas dalam menangani masalah ibu saat ini (menopause)?
Jawab	:	<i>"penting.... saya kan ga dapat informasi layanan dari mana mananya, posyandu saya aktif buat balita dan lansia, ... kalo ada kan saya bisa nanya nanya, bisa harus bagaimana... "</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang pelayanan menopause oleh tenaga kesehatan diPuskesmas Bojong Gede ?
Jawab	:	<i>"harusnya mungkin ada kan ya,... eee.. yang ngerti kesehatan, kan orang-orang puskesmas, posyandu.. eee mungkin harus nya ada yang dikumpul kumpul ibu yang menopause, ...kasi penjelasan,.... "</i>
Tanya	:	Bagaimana pendapat ibu tentang posyandu diwilayah ibu terkait dengan pelayanan menopause?
Jawab	:	<i>"Hmmm... enakan ya kalo kata saya mah, ...uda tua kieu tah aya atuh petugas sekali dua kali kitu datang, .. kasi tau jadi kan kita ngerti sendiri, meopause naon, haruss kumaha gitu,..... "</i>

Tanya	:	Bagaimana pendapat ibu tentang pelayanan yang harus dilakukan oleh LSM ?
Jawab	:	<i>“Hmmm... kalo lingkungan sih ga ada ya .. ada nya juga arisan, paling senam, pengajian gitu, ga ada yang memberikan pelayanan menopause gitu yaa.. Cuma gitu aja, kumpul kumpul ngaji aja, LSM atau apa pun ga ada..... ”</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu seharusnya kebijakan atau aturan yang ada pada menopause?
Jawab	:	<i>“hmmm... ya itu bu yang uda sy bilang tadi maunya dari petugas kesehatan, dari Posyandu atau Puskesmas datang gitu... ngadain penyuluhan tentang menopause,.. kenapa sih menopause gitu,.. sebabnya gitu,.. atau mungkin penanganannya kan banyak juga selain saya ada keluhan keluhannya yang berhubungan nya ga nyaman misalnay suka cepat marah atau ada yang suka bilang panas,.. selain itu kan kita-kita,..eee ga begitu paham bagaimana penting itu penanganannya,.. itu ya itu yang saya harapkan..... ”</i>
Jawab	:	Bagaimanakah pendapat ibu terhadap alternatif kebijakan apa saja yang harus dibuat terkait dengan menopause?
		<i>“...eee kan kalo ada obatnya ya... diobatin atau harus... eee.. gizinya harus bagaimana, mungkin... jadi kita kita yang dikampung ini.. ibu menopause bisa mengurangi keluhan atau bagaimana bisa menerima gitu, .. baik kita nya atau keluarganya.. ”</i>

VERBATIM WAWANCARA

Informan 3:

53 Tahun, 2 Anak, Ibu Rumah Tangga, Mens Usia 12 tahun dan Pendidikan SLTP

Tanya	:	Apakah yang ibu ketahui tentang menopause ?
Jawab	:	<i>“Tua ya de.. ya, kaya udah ga muda lagi..., uda ga mens kayanya .. ya”</i>
Tanya	:	Apa sajakah keluhan yang ada sejak ibu memasuki masa menopause?
Jawab	:	<i>“ih ... sering kalo jalan jauh tuh de sakit.. kakinya, kayanya dengkulnya kaya mau copot ya..., sama kalo misalkan mau jongkok itu kan kayanya mau patah pinggangnya gitu,...”</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang respon keluarga dan lingkungan dengan kondisi ibu saat ini(menopause)?
Jawab	:	<i>“karena anak uda pada kerja kan jadinya bawaannya... kumaha ieu teh sepi (tertawa), ada perasaan tidak berharga”</i> <i>“ya ... paling anak-anak yang ngerti kalo saya ada keluhan, tapi kita juga ga enak minta tolongnya ya,.. pelan-pelan aja yang penting bisa”</i>
Tanya	:	Respon suami setelah ibu mengalami menopause?
Jawab	:	<i>“ga apa apa sih bapa mah teh, dari muda nya juga gitu dia mah baik sama saya..., terima saya apa adanya gitu, cinta alhamdulillah bapa mah.... ”</i>
Tanya	:	Apa sajakah keluhan yang ibu dihadapi saat mengalami menopause ?
Jawab	:	<i>apa sih bilangnye kalo orang-orang muda bilangnye Ostio ya.... (red: maksud subyek adalah osteoporosis), pengapuran dan pengeroposan tulang ”</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang pentingnya puskesmas dalam menangani masalah ibu saat ini (menopause)?
Jawab	:	<i>“ya harusnya mah ada kali ya neng ya,.. jadi kan kita enak ya, kalo nanya belum tentu ada yang tau,... kayanya mah teu aya tuh neng atuh kumaha atuh boro boro kesana (puskesmas)”</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang pelayanan menopause oleh tenaga kesehatan diPuskesmas Bojong Gede ?
Jawab	:	<i>“ga ada kayanya bu kesini nya mah bu, ga ada yang ngasih</i>

		<p><i>tau, makanya saya itu kaget, bingung gini harus gimana, soalnya dulu tuh ga ada yang kasi tau gimana gimanaya....</i></p> <p>”</p> <p>(Kegiatan subyek)..</p> <p><i>“yaa.. ngaji namanya juga nene nene yaa.. kumaha atuh...”</i></p>
Tanya	:	Bagaimana pendapat ibu tentang posyandu diwilayah ibu terkait dengan pelayanan menopause?
Jawab	:	<i>“ ada pelayanan khusus untuk ibu ibu menopause dari tenaga ahli gitu...”</i>
Tanya	:	Bagaimana pendapat ibu tentang pelayanan yang harus dilakukan oleh LSM ?
Jawab	:	<i>“ mungkin.... eee.... penyuluhan, pemeriksaan rutin...”</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu seharusnya kebijakan atau aturan yang ada pada menopause?
Jawab	:	<i>“ga ada”</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu terhadap alternatif kebijakan apa saja yang harus dibuat terkait dengan menopause?
Jawab	:	<i>“ga ada”</i>

VERBATIM WAWANCARA

Informan 4:

54 Tahun, 2 Anak, Ibu Rumah Tangga, Mens Usia 14 tahun dan Pendidikan SLTA

Tanya	:	Apakah yang ibu ketahui tentang menopause ?
Jawab	:	<i>“eeh apa ya.. kalo saya sih tanya orang menopause itu udah berenti ya.. men nya, kalo ga salah,.. ya saya tau nya cuman itu doang..”</i>
Tanya	:	Apa sajakah keluhan yang ada sejak ibu memasuki masa menopause?
Jawab	:	<i>“kalo masalah ga sih bu, biasa aja ya... cuman kadang-kadang suka kaya gitu bu..(ngeluh sakit)” suka sering pusing, trus cepet capeeeee, pegel-pegel apa karena saya uda tua juga kali ya.. ibu ya, kadang pada sakit tulang-tulanganya, kadang kalo malam suka susah tidurrrr...</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang respon keluarga dan lingkungan dengan kondisi ibu saat ini(menopause)?
Jawab	:	<i>“biasa aja ya...”</i>
Tanya	:	Respon suami setelah ibu mengalami menopause?
Jawab	:	<i>Yaa....ya ga tau ya bu ya....saya juga .. pokoknya sekarang sekarang udah kesini nya makin males, mungkin udah tua juga kali ya bu, ya... kadang kadang ngomel aja dia dikit, tapi gimana bu kalo saya nya males mah.. kumaha. udah jarang bu , aah (ketawa)</i>
Tanya	:	Apa sajakah keluhan yang ibu dihadapi saat mengalami menopause ?
Jawab	:	<i>“Ohh... pas waktu itu pa saya udahan, waktu itu mensnya, jadi ga teratur pertamanya ya kan bu, 2 bulan baru men kadang-kadang 3 bulan baru men gitu, nah suami saya sih pas saya cerita mensnya kaya gitu kaget, dikirain saya da penyakit atau apa gitu deh bu, .. nah pas bener-bener ga mens gitu, saya juga ketakutan dikirain saya hamil lagi bu,.... anak juga pada kaget dikirain mau punya ade lagi...</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang pentingnya puskesmas dalam menangani masalah ibu saat ini (menopause)?

Jawab	:	<i>“penting bu... saya rasa penting soalnya yang saya rasakan waktu sayaaa berenti mens waktu itu, saya kaget, takut, takut saya kenapa napa,..apa saya penyakitan apa gimana... kan saya bingung bu.. ga ada yang kasih tau gitu, kalo saya belum periksa ke bu bidan ...waktu itu saya ga tau kalo misalkan saya uda berenti mens.. udah tua gitu bu,... kayanya mah harus kasih tau biar kita ga kaget, misalkan udah ga men gitu... gitu bu maksudnya... ”</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu tentang pelayanan menopause oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Bojong Gede ?
Jawab	:	<i>“ga ada yang ngasih tau, makanya saya itu kaget, bingung gini harus gimana, soalnya dulu tuh ga ada yang kasi tau gimana gimanaya.... ”</i>
Tanya	:	Bagaimana pendapat ibu tentang posyandu di wilayah ibu terkait dengan pelayanan menopause?
Jawab	:	<i>“ yaa ini ya kalo misalkan bisa gitu, kalo posyandu kitanya di kasi tau kan bu ya gitu,.. mungkin disuruh kumpul-kumpul dikasih apaaaa gitu, informasi-informasi atau apa yang penting buat kita mungkin.. eeee kalo misalkan uda di kasi tau mah, kita juga pada datang.... ”</i>
Tanya	:	Bagaimana pendapat ibu tentang pelayanan yang harus dilakukan oleh LSM ?
Jawab	:	<i>“ga ada kayanya bu kesini nya mah bu... ”</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu seharusnya kebijakan atau aturan yang ada pada menopause?
Jawab	:	<i>“ga ada ”</i>
Tanya	:	Bagaimanakah pendapat ibu terhadap alternatif kebijakan apa saja yang harus dibuat terkait dengan menopause?
Jawab	:	<i>“ga ada ”</i>

VERBATIM WAWANCARA Informan Pendukung

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, Jawa Barat

45 tahun, Dinas Kesehatan Bogor, Pendidikan S2

Tanya	:	Apakah rekomendasi yang dapat ibu/bapak berikan dalam percepatan adanya kebijakan pengelolaan menopause oleh tanga kesehatan diWilayah Puskesmas Bojong Gede ?
Jawab	:	<i>"....kebijakan pengelolaan menopause belum adaa...."</i>
Tanya	:	Apakah solusi yang dapat ibu/bapak ambil untuk mengatasi masalah ini?
Jawab	:	<i>"belum ada..."</i>

Dokter Umum Puskesmas

48 Tahun, Puskesmas Bojong Gede, Pendidikan Dokter Umum

Tanya	:	Apakah rekomendasi yang dapat ibu/bapak berikan dalam percepatan adanya kebijakan pengelolaan menopause oleh tanga kesehatan diWilayah Puskesmas Bojong Gede ?
Jawab	:	<i>"....untuk menopause, yaa ini untuk pencegahan,.. pasti semua akan menopause ya. Ini lebih kearah persiapan psikis, ada sih intervensi obat pake hormon tapi kan risikonya besar..., untuk obat-obatan tidak dianjurkan...."</i>
Tanya	:	Apakah solusi yang dapat ibu/bapak ambil untuk mengatasi masalah ini?
Jawab	:	<i>"..mengadakan penyuluhan tergantung prioritas, menopause bukan suatu penyakit yang berbahaya sehingga tidak menjadi suatu yang sifatnya prioritas,.."</i>

Kepala Puskesmas / Kepala TU Puskesmas

42 Tahun, Puskesmas Bojong Gede, Pendidikan S1

Tanya	:	Apakah rekomendasi yang dapat ibu/bapak berikan dalam percepatan adanya kebijakan pengelolaan menopause oleh tanga kesehatan diWilayah Puskesmas Bojong Gede ?
Jawab	:	<i>"... di Puskesmas belum ada program kebijakan pengelolaan menopause, tapi yang baru ada lansia..."</i>
Tanya	:	Apakah solusi yang dapat ibu/bapak ambil untuk mengatasi masalah ini?
Jawab	:	<i>"belum ada..."</i>

