

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Kuantitatif

1. Deskripsi

Penelitian ini dilakukan di beberapa rumah sakit di Semarang dan Tegal dalam kurun waktu April-Agustus 2017 dengan jumlah responden 222 pasien infertil. Dari 222 responden, 22 orang dikeluarkan karena tidak bersedia melengkapi seluruh data penelitian.

2. Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini sebanyak 200 pasien infertil berusia 21 – 52 tahun yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak terdapat kriteria eksklusi. Berikut karakteristik responden berdasarkan data yang didapat:

Tabel 4.1 Karakteristik demografi responden berbentuk data kategorik

Demografi		Total Pasien Infertil (n = 200)
Jenis kelamin	Pria	75 (37,5)
	Wanita	125 (62,5)
Penghasilan	<2 Juta/bulan	60 (30,0)
	2-10 Juta/bulan	114 (57,0)
	>10 juta/bulan	26 (13,0)
Anak <i>kandung</i>	Belum memiliki anak	173 (86,5)
	Memiliki anak sebelumnya	27 (13,5)

Keterangan: n (%)

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa jenis kelamin responden wanita lebih banyak dibandingkan responden pria yaitu 125 orang (62,5%), sedangkan persentase jumlah pria adalah 75 orang (37,5%). Penghasilan responden dibagi dalam 3 kategori, dengan jumlah responden yang berpenghasilan 2-10 juta/bulan sebesar 114 orang (57,0%), sisanya sebesar 60 orang (30,0%) berpenghasilan <2 juta/bulan dan 26 orang (13,0%) berpenghasilan >10 juta/bulan. Responden yang sudah memiliki anak sebesar 173 orang (86,5%), sisanya merupakan responden yang belum memiliki anak.

Tabel 4.2 Karakteristik responden berdasarkan nilai kualitas hidup, tingkat depresi dan kecemasan

Domain	Jumlah item	Rerata \pm SD
FertiQoL		
<i>Total</i>	34	70,2 \pm 14,6
<i>Core</i>	24	69,5 \pm 17,0
<i>Emotional</i>	6	64,7 \pm 21,4
<i>Mind-Body</i>	6	67,4 \pm 20,0
<i>Relational</i>	6	65,3 \pm 14,6
<i>Social</i>	6	69,5 \pm 20,5
<i>Treatment</i>	10	71,9 \pm 13,0
<i>Environment</i>	6	69,5 \pm 13,8
<i>Tolerability</i>	4	75,7 \pm 17,8
HADS		
<i>Anxiety</i>	7	6,2 \pm 3,5
<i>Depression</i>	7	4,7 \pm 3,0

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa didapatkan rerata nilai total kualitas hidup responden yang diukur dengan kuesioner FertiQoL sebesar 70,2 (SD=13,9). Dari seluruh domain FertiQoL, domain dengan angka terendah yaitu domain *emotional* sebesar 64,7 (SD=21,4), sedangkan domain dengan angka tertinggi yaitu *tolerability* sebesar 75,7 (SD=17,8). Rerata tingkat kecemasan responden yang diukur dengan menggunakan kuesioner HADS adalah 6,2 (SD=3,5) dan rerata tingkat depresi didapatkan nilai 4,7 (SD=3,0).

3. Hubungan Kualitas Hidup dengan Tingkat Depresi dan Kecemasan

Uji normalitas data yang dilakukan memberikan hasil bahwa distribusi data tidak normal, sehingga uji korelasi yang dilakukan adalah uji Spearman.

Tabel 4.3 Hubungan kualitas hidup dengan tingkat depresi dan kecemasan

FertiQoL	HADS-anxiety		HADS-depression	
	r	p	r	p
<i>Total</i>	-0,690	<0,001	-0,569	<0,001
<i>Core</i>	-0,683	<0,001	-0,543	<0,001
<i>Emotional</i>	-0,639	<0,001	-0,488	<0,001
<i>Mind-Body</i>	-0,643	<0,001	-0,459	<0,001
<i>Relational</i>	-0,458	<0,001	-0,439	<0,001
<i>Social</i>	-0,573	<0,001	-0,461	<0,001
<i>Treatment</i>	-0,531	<0,001	-0,504	<0,001
<i>Environment</i>	-0,323	<0,001	-0,373	<0,001
<i>Tolerability</i>	-0,596	<0,001	-0,479	<0,001

Dianalisis dengan menggunakan uji korelasi Spearman

Berdasarkan tabel 4.3, didapatkan koefisien korelasi yang bernilai negatif pada seluruh domain FertiQoL yang dihubungkan dengan domain HADS. Hubungan yang signifikan ($p < 0,005$) didapat pada seluruh domain FertiQoL ($p < 0,001$) terhadap HADS-*anxiety*. Koefisien korelasi paling negatif terdapat pada domain *Mind-Body*, dengan koefisien korelasi -0,643. Hubungan yang signifikan ($p < 0,005$) juga didapatkan pada seluruh domain FertiQoL ($p < 0,001$) terhadap domain HADS-*depression*. Koefisien korelasi paling negatif terdapat pada domain *emotional*, dengan koefisien korelasi -0,488.

Tabel 4.4 Perbandingan nilai FertiQoL berdasarkan nilai ambang HADS-*depression* secara klinis

FertiQoL	HADS- <i>depression</i>		p
	≤ 8	> 8	
<i>Total</i>	71,8 ± 13,7	55,8 ± 14,8	<0,001
<i>Core</i>	71,2 ± 16,1	54,2 ± 17,6	<0,001
<i>Emotional</i>	66,7 ± 20,5	46,7 ± 20,8	<0,001
<i>Mind/Body</i>	68,9 ± 19,1	54,2 ± 23,3	0,007
<i>Relational</i>	66,5 ± 14,3	54,6 ± 13,2	<0,001
<i>Social</i>	71,4 ± 18,9	52,1 ± 25,8	0,001
<i>Treatment</i>	73,3 ± 12,5	59,8 ± 11,4	<0,001
<i>Environment</i>	70,7 ± 13,4	58,1 ± 11,3	<0,001
<i>Tolerability</i>	77,2 ± 17,2	62,2 ± 18,2	0,001

Dianalisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney

Berdasarkan tabel 4.4, didapatkan rerata skor FertiQoL total pada kelompok subjek yang memiliki skor HADS-*depression* ≤ 8 adalah sebesar

71,8 (SD=13,7), sedangkan rerata skor FertiQoL total pada kelompok subjek yang memiliki skor HADS-depression < 8 adalah sebesar 55,8 (SD=14,8). Terdapat perbedaan nilai FertiQoL total yang signifikan ($p < 0,005$) antar 2 kelompok tersebut. Perbedaan yang signifikan juga didapat pada seluruh domain FertiQoL antara kelompok HADS-*depression* \leq dan $>$ 8. Nilai FertiQoL terendah pada kelompok HADS-*depression* $>$ 8 didapatkan pada domain *emotional* dengan nilai 46,7 (SD=20,8).

Tabel 4.5 Perbandingan nilai FertiQoL berdasarkan nilai ambang HADS-*anxiety* secara klinis

FertiQoL	HADS- <i>anxiety</i>		p
	≤ 8	> 8	
<i>Total</i>	74,6 ± 12,2	57,6 ± 13,6	<0,001
<i>Core</i>	74,6 ± 14,4	54,9 ± 15,3	<0,001
<i>Emotional</i>	70,7 ± 18,8	47,6 ± 18,9	<0,001
<i>Mind/Body</i>	73,2 ± 17,1	51,1 ± 18,8	<0,001
<i>Relational</i>	68,4 ± 13,1	56,5 ± 15,2	<0,001
<i>Social</i>	74,6 ± 17,9	54,9 ± 20,7	<0,001
<i>Treatment</i>	74,7 ± 11,4	64,0 ± 14,0	<0,001
<i>Environment</i>	71,1 ± 12,7	64,7 ± 15,5	0,002
<i>Tolerability</i>	80,1 ± 15,6	63,0 ± 17,7	<0,001

Dianalisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney

Berdasarkan tabel 4.5, rerata FertiQoL total pada kelompok HADS-*anxiety* ≤ 8 adalah 74,6 (SD=12,2), sedangkan pada kelompok dengan nilai HADS-*anxiety* > 8 didapatkan rerata FertiQoL total 57,6 (SD=13,6). Perbedaan nilai FertiQoL total antar 2 kelompok tersebut signifikan (p<0,005). Terdapat perbedaan yang signifikan pada seluruh domain FertiQoL antara kelompok HADS-*anxiety* ≤ 8 dan > 8. Nilai FertiQoL terendah pada kelompok HADS-*anxiety* > 8 didapatkan pada domain *emotional* dengan nilai 47,6 (SD=18,9).

Tabel 4.6 Pengaruh Kecemasan, Depresi dan Status Demografi terhadap Kualitas Hidup

	Kualitas Hidup		RP (95% Confidence Interval)
	< 70	≥ 70	
HADS – Anxiety			
- Cemas	42 (21.2%)	5 (2.5%)	4.676 (1.746 - 12.524)
- Tidak Cemas (>8)	97 (49.0%)	54 (27.3%)	
HADS – Depresi			
- Depresi	17 (8.6%)	1 (0.5%)	8.082 (1.050 - 62.209)
- Tidak Depresi	122 (61.6%)	58 (29.3%)	
Status Bekerja			
- Tidak bekerja	30 (15.2%)	9 (4.5%)	1.529 (0.676 - 3.460)
- bekerja	109 (55.1%)	50 (25.3%)	
Tingkat Pendidikan			
- Menengah Dasar	44 (22.2%)	18 (9.1%)	1.055 (0.546 - 2.040)
- Tinggi	95 (48.0%)	41 (20.7%)	
Dukungan Sosial			
- Tidak Ada	32 (16.2%)	7 (3.5%)	2.222 (0.919 - 5.369)
- Ada	107 (54.0%)	52 (26.3%)	
Pernah Hamil Sebelumnya			
- Tidak Pernah	105 (53.0%)	34 (17.2%)	2.271 (1.191 - 4.329)
- Pernah	34 (17.2%)	25 (12.6%)	
Asuransi Kesehatan			
- Tidak Ada	51 (25.8%)	18 (9.1%)	1.320 (0.687 - 2.536)

- Ada 88 (44.4%) 41 (20.7%)

Hasil pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa cemas, depresi, dan riwayat pernah hamil sebelumnya merupakan faktor risiko untuk terjadinya penurunan kualitas hidup pasien infertilitas. Kecemasan, depresi, dan riwayat belum pernah hamil sebelumnya meningkatkan terjadinya penurunan kualitas hidup masing-masing sebesar 4,676, 8,082, dan 2,271 kali lipat. Status pekerjaan, tingkat pendidikan, dan dukungan sosial belum tentu merupakan faktor risiko, karena dalam populasi yang diwakili oleh sampel, 95% nilai RP nya mencakup nilai 1.

B. Kualitatif

Hasil dari percakapan mendalam dengan pasien memberikan beberapa gambaran fenomena mengenai manajemen infertilitas yang ada saat ini.

Gambaran tersebut yaitu :

1. Pasien memiliki pikiran positif melalui support keluarga, disamping perasaan negatif dari keadaan sekitarnya. Hal ini seperti disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“Keadaan yang dihadapi pasrah atas cobaan yang Allah berikan kepada kita, berusaha semampunya.” (PS1, PS2, PS4)

“Kalau pandangan keluarga gini sih mba kami berdua hidup dalam lingkup keluarga walau saat ini seperti yang dikatakan istri saya selama tujuh tahun belum diberikan keturunan tapi dari pihak keluarga tidak mempersoalkan, tidak mempermasalahkan sehingga kami berdua menjalaninya, ya walaupun berat tapi ada dorongan-dorongan, walaupun tidak secara langsung keluarga mensupport tapi kami beruda tahu kalau dari keluarga tidak menekan lah tidak mempermasalahkan, ya walau perasaan campur aduk tapi kami tetap optimis.” (PS1, PS2, PS3, PS4)

“Kalau saya optimis, berpikir positif aja, saling menyemangati.” (PS2, PS3, PS4)

“Apa ya, ikhlas saja” (PS4)

“Pasti naik turun, yang namanya belum punya anak, kan kalau ada orang hamil punya anak, pasti apa ya iri lah, kok aku gak bisa. Kok aku belum bisa, wajar sih mba.” (PS1, PS2, PS3, PS4)

“ya gak ada masalah, suruh berusaha aja. Coba sana berobat kesana, disana tetangga bisa punya anak berobat kesana, karena ini, ya gitu aja sih. Asal selama cocok kita gak ada masalah.” (PS2, PS4)

2. Responden mencari informasi yang lebih lengkap dari dokter lain dengan harapan dapat memiliki keturunan. Hal ini seperti disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

“Selalu optimis, sehingga dengan mengumpulkan beberapa informasi dari teman, tetangga, orang lain ya semuanya.” (PS1, PS2, PS3, PS4)

“Kalau saya dulu, kan bapak kan bekerja. Kalau saya pernah sebelumnya program-program tapi sendiri ya mba, karena dulu beliau belum mantab kalau saya sudah pingin. Kalau dulu karena saya ada masalah jadi saya pikir saya yang harus program-program.” (PS2, PS3)

“Banyak sih alternatif yang sudah kita coba, ya kita jalani, obat tradisional dan yang lain-lain ya kita jalani. Ya tiu tadi namanya juga usaha apa aja kita lakuin, yang terakhir ya ini semoga cocok.” (PS2, PS3, PS4)

“Ya seperti itu mba, kalau belum bisa coba lagi, belum bisa ditempat satunya coba lain, di dokter ini ya dokter lain.” (PS3, PS4)

“...Jadi kami tetep usaha, walau kami tahu kami tidak saling menyalahkan, istri tidak menyalahkan suami, dan saya tidak menyalahkan istri. Wong ini cobaan kami berdua. Lalu kami usaha di rumah sakit ini, kemudian saya diperiksa oleh dokter dan Alhamdulillah saya puas mba, terus istri saya disuruh periksa juga dan ternyata ada masalah juga nah lalu ditangani juga mba. Jadi ya kami usaha disini mba” (PS1)

3. Pelayanan saat ini belum komprehensif, dokter masih bekerja secara personal diharapkan kerja tim dalam penanganan infertilitas. Hal ini seperti disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“Kalau kasus infertilitas yang selama ini saya tangani selama ini memang masih belum bisa komprehensif, belum bisa semaksimal mungkin yang bisa saya lakukan.....” (D1, D2, D3)

“Belum bisa karena memang ditempat saya bertugas belum ada tim yang secara spesifik,....” (D1, D2, D3)

“Ya, untuk pengelolaan kasus infertilitas ya itu kalau saya rasa harusnya pendekatannya tim ya tim infertilitas karena selama ini pasien infertil itu dia harus tidak hanya di *assesement*” (D2)

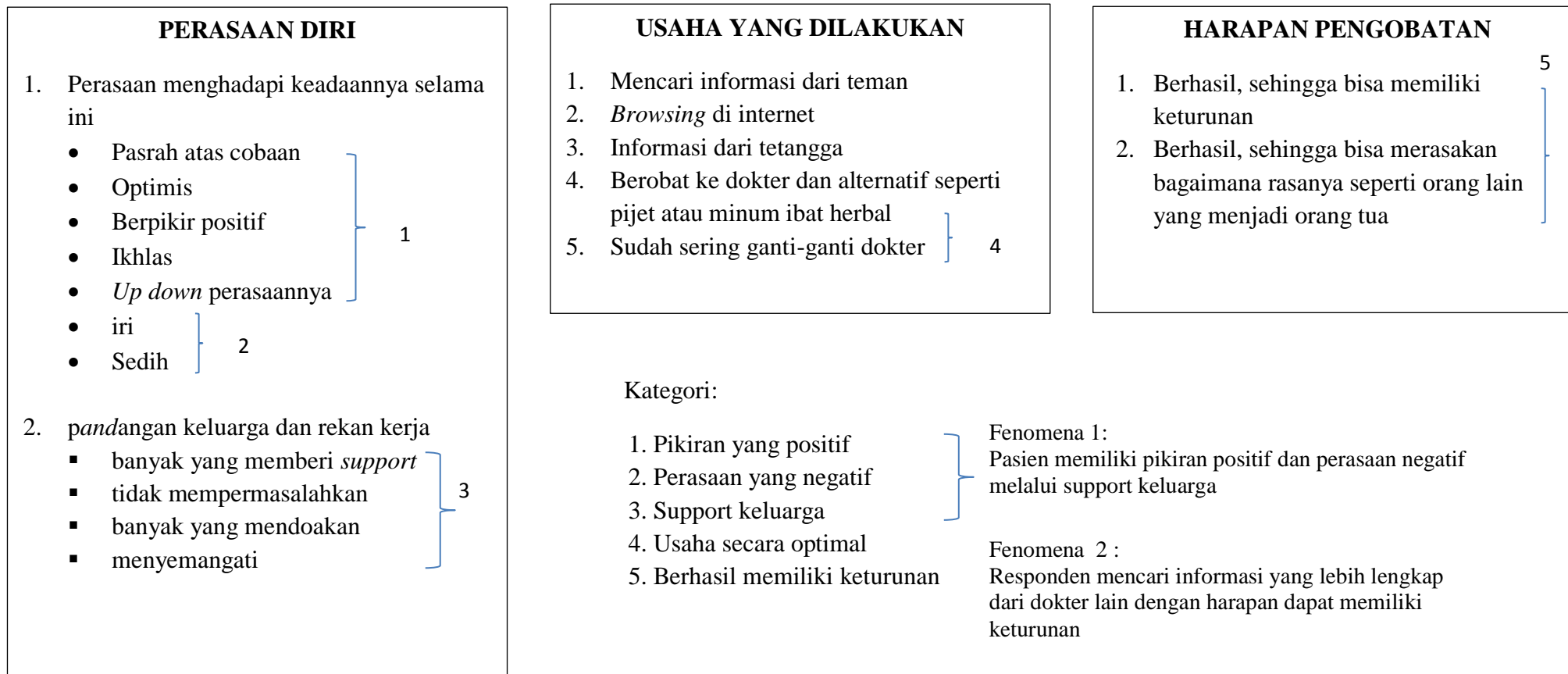
“ya memang bagus sih konsep *patient-centered care* tetapi di Indonesia ini rata-rata pasien itu masih cenderung lebih pendekatannya lebih ke arah personal bukan suatu pendekatan tim, itu yang mungkin agak berbeda dengan negara lain....” (D1, D2,)

“Ya pada umumnya memang pengelolaannya belum seperti yang diharapkan, kasus infertilitas itu penanganannya gak sepotong potong tapi kan ini suatu paket masalah jadi penanganannya ya paket itu dicari masalahnya apa....” (D3)

C. Fenomena

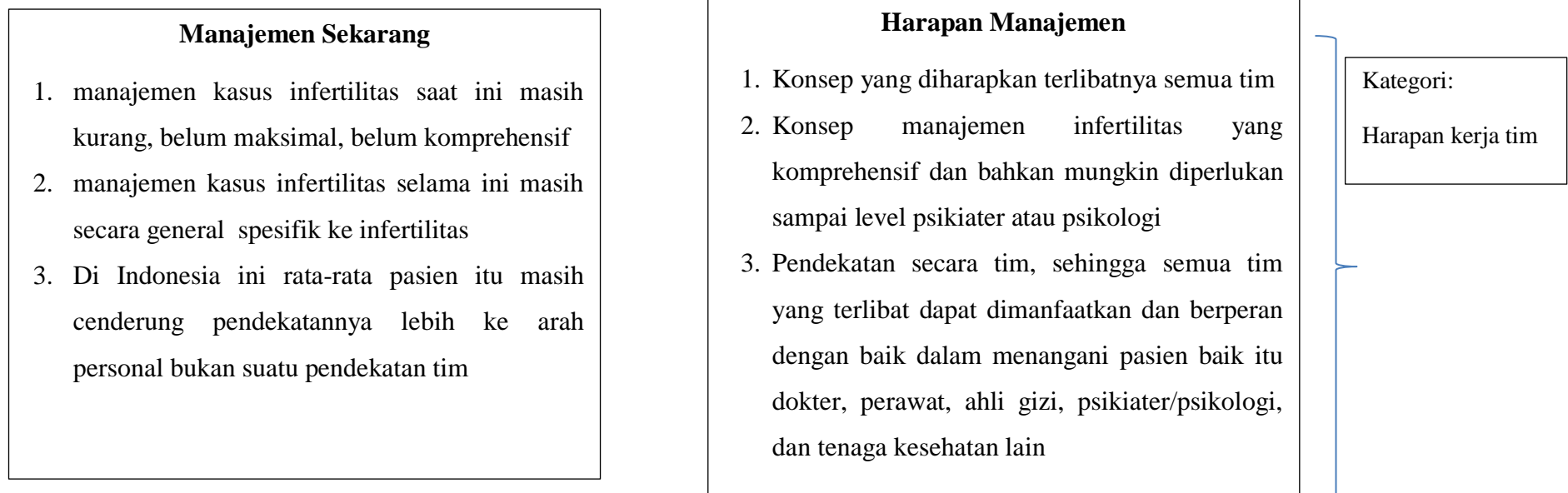
Cluster Pasien

Gambar 5.1



Cluster Perawat dan Dokter

Gambar 5.2



Kategori:

1. Manajemen masih kurang
2. Belum maksimal
3. Belum komprehensif
4. General spesifik
5. Dokter menggunakan pendekatan personal
6. Belum tim

Pelayanan
komprehensif

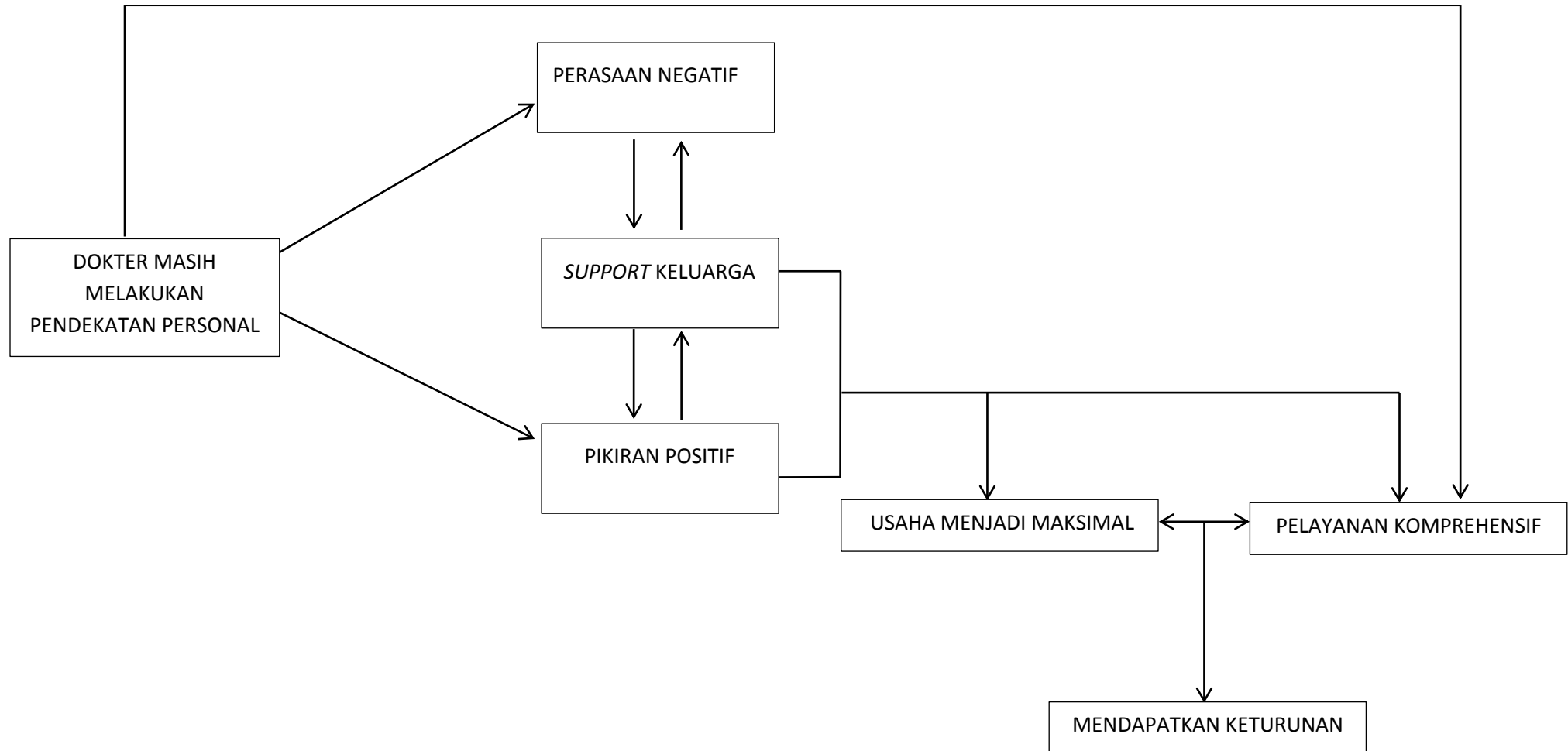
Dokter mengatasi pasien
dengan pendekatan
personal

Fenomena 3 :

Pelayanan saat ini belum komprehensif, dokter bekerja secara personal diharapkan kerja tim dalam penanganan infertilitas

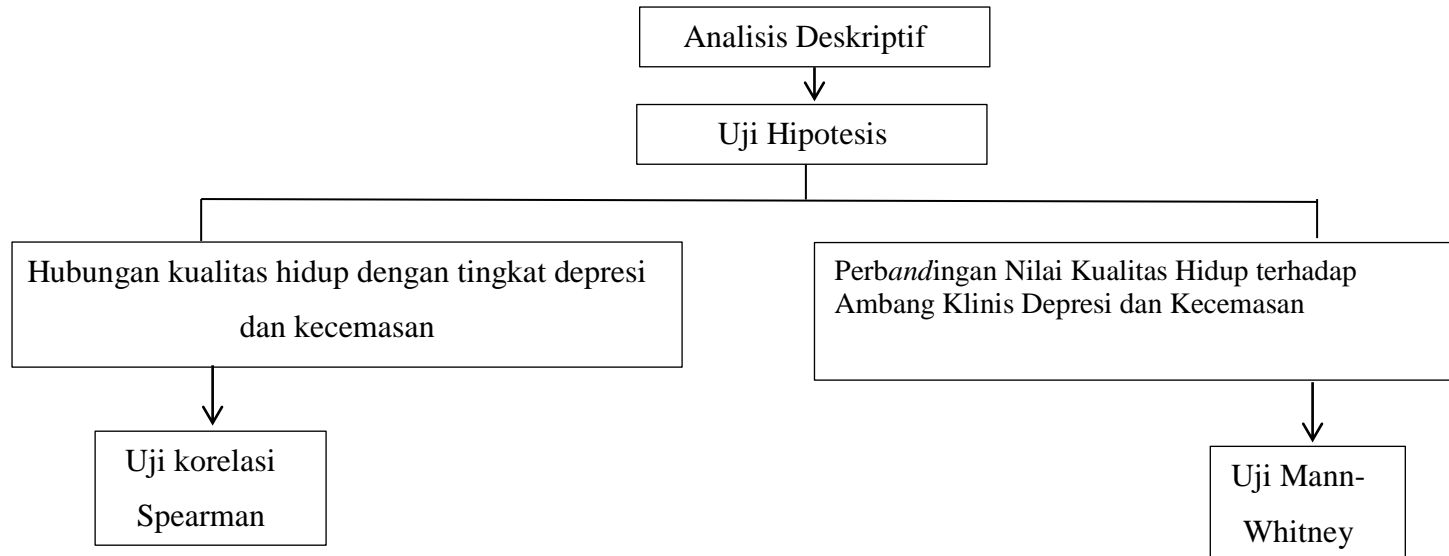
D. Konsep Hasil Penelitian Kualitatif (Hubungan antar kategori)

Gambar 5.3



E. Rangkuman Analisis Data

Gambar 5.4 Rangkuman analisis data



F. Pembahasan kuantitatif

1. Hubungan Kualitas Hidup dengan Tingkat Depresi dan Kecemasan pada Pasien Infertil

a) Depresi

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya, didapatkan tingkat depresi yang bervariasi di berbagai negara. Rerata tingkat depresi pasien infertil pada penelitian ini adalah 4,7 (SD=3,0). Tingkat depresi yang lebih rendah dari penelitian ini didapatkan pada penelitian yang dilakukan di Belanda, yaitu 3,4 (SD=3,2). (Aarts *et al.*, 2011) Nilai yang lebih tinggi didapatkan pada penelitian yang dilakukan di Turki, yaitu 5,3 (SD=3,2). Nilai tersebut masih di bawah batas yang dianggap secara klinis menunjukkan kemungkinan terdapat gangguan depresi (Kahyaoglu Sut *and* Balkanli Kaplan, 2015).

b) Kecemasan

Rerata tingkat kecemasan pasien infertil pada penelitian ini adalah 6,2 (SD=3,5). Nilai tersebut masih berada dalam batas yang

dianggap secara klinis menunjukkan kemungkinan terdapat gangguan kecemasan. Nilai yang tidak jauh berbeda didapatkan pada penelitian di Belanda yang juga masih berada dalam kategori normal, yaitu 5,5 (SD=3,9) (Aarts *et al.*, 2011). Nilai yang berbeda didapatkan pada penelitian di Turki dengan nilai 9,1 (SD=4,1), dimana pada penelitian tersebut rerata tingkat kecemasan bermakna sebagai terdapat kemungkinan gangguan kecemasan secara klinis. Hal tersebut dikarenakan pada penelitian di Turki didapatkan nilai kualitas hidup yang lebih rendah dari penelitian ini, dimana nilai kualitas hidup pada penelitian tersebut adalah 66,0 (SD=14,5) (Kahyaoglu Sut *and* Balkanli Kaplan, 2015).

c) **Kualitas Hidup**

Rerata nilai kualitas hidup pasien infertil pada penelitian ini adalah 70,2 (SD=14,6). Nilai ini lebih rendah dibandingkan dengan nilai kualitas hidup pada penelitian sebelumnya yang dilakukan di Belanda pada wanita infertil, yaitu 70,8 (SD=13,9). (Aarts *et al.*, 2011) Nilai kualitas hidup pada penelitian ini lebih tinggi dibandingkan dengan nilai kualitas hidup wanita infertil pada penelitian yang dilakukan di Hong Kong dan Turki dengan nilai berturut-turut yaitu, 59,76 (SD=13,59) dan 66,0 (SD=14,5). Dari

seluruh domain FertiQoL, domain dengan nilai kualitas hidup terendah yaitu domain *emotional* sebesar 64,7 (SD=21,4), sedangkan domain dengan nilai tertinggi yaitu *tolerability* sebesar 75,7 (SD=17,8) (Karabulut, Özkan and Oğuz, 2013; Kahyaoglu Sut and Balkanli Kaplan, 2015).

Pada analisis bivariat, kualitas hidup dihubungkan dengan tingkat depresi dan kecemasan pada pasien infertil. Didapatkan hasil kualitas hidup berkorelasi negatif dengan tingkat depresi dan kecemasan pada pasien infertil dengan nilai p signifikan pada seluruh domain FertiQoL terhadap HADS. Hasil tersebut sesuai dengan hipotesis yang telah dirumuskan, dimana kualitas hidup memengaruhi tingkat depresi dan kecemasan. Hal ini juga menunjukkan bahwa semakin tinggi nilai kualitas hidup pasien infertil, akan didapatkan nilai depresi dan kecemasan yang juga semakin rendah. Hasil pada penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan di Belanda, dimana didapatkan nilai p yang signifikan pada seluruh domain *Core* FertiQoL terhadap HADS (Aarts *et al.*, 2011). Pada *Treatment* FertiQoL didapatkan nilai p yang signifikan pada seluruh domainnya, dimana pada penelitian di Turki didapatkan hasil yang tidak signifikan pada

domain *environment*. Dari seluruh domain, domain *emotional* memiliki koefisien korelasi paling tinggi terhadap HADS-*depression*. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan Ried dan Alfred bahwa dukungan emosional berperan penting dalam meningkatkan kualitas hidup (Kahyaoglu Sut *and* Balkanli Kaplan, 2015).

Berdasarkan nilai ambang HADS-*anxiety* secara klinis, didapatkan perbedaan nilai FertiQoL yang signifikan pada kelompok kurang dari atau 8 dengan lebih dari 8. Hal ini menunjukkan bahwa pada nilai HADS-*anxiety* lebih dari 8 yang bermakna kasus *possible* gangguan depresi secara klinis, akan didapatkan nilai kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kurang dari atau 8. Pada penelitian ini didapatkan nilai FertiQoL total terhadap nilai HADS-*anxiety* kurang dari atau 8 adalah 74,6 (SD=12,2) dan kelompok lebih dari 8 adalah 57,6 (SD=13,6). Nilai ini lebih tinggi dibandingkan penelitian yang dilakukan di Turki, dimana nilai FertiQoL terhadap kelompok HADS-*anxiety* kurang dari atau 8 adalah 71,1 (SD=12,51) dan kelompok lebih dari 8 adalah 55,1 (SD=9,4). Hal serupa juga didapatkan pada nilai FertiQoL total terhadap antar kelompok nilai

HADS-*depression*.(Dural *et al.*, 2016) Pada penelitian di Belanda, didapatkan nilai yang lebih tinggi, dimana nilai FertiQoL terhadap kelompok HADS-*anxiety* kurang dari atau 8 adalah 75,4 (SD=11,6) dan kelompok lebih dari 8 adalah 58,8 (SD=9,4). Hal serupa juga didapatkan pada HADS-*depression*, dimana nilai FertiQoL antar kelompok HADS-*depression* pada penelitian di Belanda lebih tinggi dari penelitian ini (Aarts *et al.*, 2011). Dari seluruh domain FertiQoL, domain *emotional* memiliki nilai FertiQoL terendah pada kelompok HADS-*anxiety* maupun HADS-*depression* lebih dari 8, yaitu berturut-turut 47,6 (SD=18,9) dan 46,7 (SD=20,8). Hal ini serupa dengan penelitian sebelumnya, dimana didapatkan domain *emotional* pada kelompok HADS-*anxiety* maupun HADS-*depression* lebih dari 8 memiliki nilai FertiQoL terendah. Hal ini dapat disebabkan karena infertilitas memiliki dampak negatif yang besar terhadap status emosional, sehingga dukungan emosional pada pasien infertil sangat membantu meningkatkan kualitas hidup (Kahyaoglu Sut *and* Balkanli Kaplan, 2015) .

Dari hasil penelitian yang telah dipaparkan, didapatkan bahwa cemas dan depresi pada pasien infertilitas merupakan faktor risiko yang signifikan untuk terjadinya penurunan kualitas hidup. Keadaan

ini akan berakibat menurunkan kualitas hidup pasien tersebut seperti yang terlihat pada tabel 4.6.

Kondisi cemas dan depresi diduga dapat berpengaruh terhadap kadar hormon prolaktin. Berdasarkan hasil studi ditemukan hubungan kuat antara stres fisik dan psikologis terhadap peningkatan kadar prolaktin. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa kadar prolaktin dapat meningkat ketika operasi bedah dan kondisi stres lainnya (Noel *et al*, 1972). Bahkan proses pengambilan darah diduga dapat menyebabkan peningkatan kadar hormon prolactin (Oner, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh *Anna-Karin et al.* menunjukkan bahwa prolaktin mengalami peningkatan sebagai respon terhadap stres psikososial (Lennartsson *and* Jonsdottir, 2011).

Prolaktin juga terlibat dalam perubahan perilaku. Penelitian yang pernah dilakukan menunjukkan bahwa wanita yang memiliki kadar prolaktin tinggi cenderung lebih agresif, tidak ramah, dan mudah marah dibandingkan dengan wanita dengan kadar prolaktin normal (Barry *et al*, 2014).

Peningkatan kadar prolaktin dapat memengaruhi sistem reproduksi baik pada pria maupun wanita. Pengaruh yang paling

dominan dari peningkatan kadar prolaktin adalah *hipogonadotropic hypogonadism* (HH) akibat supresi GnRH oleh hipotalamus (Kaiser, 2012). Akibatnya, terjadi penurunan sekresi hormon-hormon gonadotropin seperti *lutening hormone* (LH) dan *follicle stimulating hormone* (FSH) oleh kelenjar pituitari.

G. Pembahasan Kualitatif

1. Pasien memiliki pikiran positif melalui support keluarga, disamping perasaan negatif dari keadaan sekitarnya

Infertilitas memiliki beberapa definisi yang seringkali digunakan dalam berbagai konteks yang berbeda. (Rutstein *and* Shah, 2004) Definisi infertilitas secara klinis menurut *World Health Organization* (WHO) adalah ketidakmampuan pasangan untuk memperoleh kehamilan setelah 12 bulan atau lebih melakukan hubungan seksual tanpa perlindungan kontrasepsi (Zegers-Hochschild *et al.*, 2009). Infertilitas memberikan dampak terhadap tingkat kualitas hidup. Pada sebuah studi yang membandingkan kualitas hidup wanita fertil (sudah menikah dan memiliki anak) dengan wanita infertil di Cina, didapatkan data bahwa wanita infertil memiliki tingkat kualitas hidup yang lebih

rendah secara signifikan dari keseluruhan aspek kehidupannya (Xiaoli *et al.*, 2016). Pada studi lainnya menjelaskan bahwa terdapat beragam respon psikologi pada pasangan yang menghadapi masalah infertility seperti, harga diri rendah, marah, kesedihan, iri dengan pasangan lain yang sudah memiliki keturunan, kecemasan dan depresi (Maramis, 1998). Hal ini juga ditunjukkan oleh pasangan yang ditemui oleh peneliti, seperti yang disampaikan responden:

“Kalau mengenai perasaan apabila kalau mendapatkan cobaan yang semacam ini tentunya sedih lah tapi disisi lain kita tetap optimis berusaha dengan berharap semoga kami bisa merasakan bagaimana menjadi seperti bagaimana menjadi orang lain rasakan jadi sosok seorang ayah dan ibu lah.” (PS1)

“Kalau saya sih menghadapi ini semua *yo* berat ya mba dari segi mentalitas kerasa banget berat apalagi sudah lima tahun juga mba, berusaha sudah kemana mana. Ya ini jalan satu-satunya ikhtiar saya ya kesini mba” (PS2)

“Rekan kerja ndak ada masalah. Mungkin apa ya menyemangati karena satu umur malah ada yang lebih muda dari saya. Ya tapi secara psikologis tetep saya merasa tetep ada

tekanan gitu lho, walaupun Cuma disemangati apalagi yang menyemangati rekan kerja yang lebih muda lima tahun baru nikah langsung punya, ya itu langsung ada tekanan.” (PS2)

“Ya, kalau saya sendiri lebih ke usaha sih mba, usaha, doa , pasrahkan sama yang diatas. Gitu sih, maksudnya gak yang terlalu terfikir tapi kalau *denger* sesuatu yang *bikin* iri pasti, selama ini ya usaha berdoa.” (PS3)

Respon psikologi yang ditujukan setiap pasangan menunjukkan level yang berbeda-beda. Prevalensi depresi pada istri menunjukkan angka 34-54% sedangkan pada suami 23-22%. Perbedaan tingkat depresi pada pasangan infertil ini dipengaruhi oleh berbagai macam faktor, seperti : usia reproduktif perempuan, keseimbangan hormone pada perempuan, dan berbagai macam *treatment* yang harus dihadapi oleh perempuan (Rosenthal 2002).

Menurut Saddock, depresi merupakan gangguan *mood* atau afek. *Mood* adalah suasana perasaan yang meresap dan menetap yang dialami secara internal dan yang memengaruhi perilaku seseorang dan persepsinya terhadap dunia (Marbun, 2016). sedangkan kecemasan adalah respon emosional untuk

mengantisipasi bahaya dengan sumber yang sebagian besar tidak diketahui atau tidak dikenali (Kay and Tasman, 2006). Kecemasan yang disertai dengan sejumlah gejala otonom dan somatik, berlangsung lama, tidak rasional, dan parah; muncul ketika tidak ada stressor; atau mengganggu aktivitas sehari-hari disebut gangguan kecemasan (Shri, 2001).

Munculnya stressor pada pasangan yang mengalami infertile menyebabkan pasangan tersebut mengalami stress bahkan depresi, hal ini mejadikan pasangan tersebut membutuhkan koping dalam membantu mereka meghadapi kondisinya. Dalam studi terbaru menunjukkan bahwa pasangan infertile menggunakan cara dan strategi yang sama untuk menghadapi permasalahannya, dalam hal ini bagi perempuan koping yang sering digunakan adalah mencari *social support* (Mohammadi *et al*, 2018). Dukungan sosial disini dapat berupa keluarga. keluarga merupakan sumber dukungan sosial karena dalam hubungan keluarga tercipta hubungan yang saling mempercayai. Individu sebagai anggota keluarga akan menjadikan keluarga sebagai kumpulan harapan, tempat bercerita, tempat bertanya, dan tempat

mengeluarkan keluhan-keluhan bilamana individu sedang mengalami permasalahan (Schmidt, 2006).

Gotllieb (1998) mengatakan bahwa adanya dukungan sosial dan hubungan yang baik dengan suami, teman, orang tua atau keluarga merupakan salah satu faktor yang menentukan perbedaan respon individu terhadap stres. Dukungan sosial juga sangat berpengaruh terhadap kondisi fisik, mental dan kognitif seseorang. Dukungan sosial merupakan sumber daya sosial yang dapat membantu individu dalam menghadapi suatu kejadian menekan. Dukungan sosial juga diartikan sebagai suatu pola interaksi yang positif atau perilaku menolong yang diberikan pada individu yang membutuhkan dukungan (Rahmani & Abrar, 1999).

2. Responden mencari informasi yang lebih lengkap dari dokter lain dengan harapan dapat memiliki keturunan

Salah satu tujuan dari sebuah pernikahan adalah mendapatkan keturunan (Kurdi,2016). Memiliki anak merupakan salah satu indikator pernikahan dianggap berhasil dan menjadi kesempatan seorang perempuan untuk mengaktualisasikan fungsinya sebagai

ibu (Triwijati & Andara, 2005; Kartono, 1992). Masyarakat juga beranggapan bahwa kodrat seorang perempuan adalah hamil dan melahirkan anak (Triwijati & Andara, 2005; Matlin, 2008). Dengan kata lain, memiliki anak merupakan suatu kewajiban hakiki seorang perempuan agar nantinya dapat menjadi sosok ibu bagi anak-anaknya (Tedjawidjaja, 2015). Akan tetapi tidak semua pasangan dapat dengan mudah mendapatkan keturunan. Seperti halnya pasangan infertilitas yang memiliki kesulitan dalam memiliki keturunan.

Pasangan yang mengalami infertilitas mengalami psikologi trauma dan merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan. Beberapa penelitian mengungkapkan prevalensi stres pasangan yang mengalami infertilitas dalam rentang 48% sampai 96% (El Kissi, 2012). Untuk mengatasi stress karena infertilitas pasangan suami istri melakukan beberapa pengobatan dan terkadang berganti-ganti dokter atau pun pengobatan. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh responden sebagai berikut:

“Kalau saya dulu, kan bapak kan bekerja. Kalau saya pernah sebelumnya program-program tapi sendiri ya mba, karena dulu beliau belum mantab kalau saya sudah pingin. kalau dulu karena

saya ada masalah jadi saya pikir saya yang harus program-program.” (PS2)

“Banyak sih alternatif yang sudah kita coba, ya kita jalani, obat tradisional dan yang lain-lain ya kita jalani. Ya itu tadi namanya juga usaha apa aja kita lakuin, yang terakhir ya ini semoga cocok.” (PS3)

“Ya seperti itu mba, kalau belum bisa coba lagi, belum bisa ditempat satunya coba lain, di dokter ini ya dokter lain.” (PS3)

Perilaku responden yang sering berganti-ganti dokter dan sering melakukan pengobatan untuk memenuhi keinginannya untuk memiliki keturunan merupakan bentuk keinginan yang kuat pasangan suami istri. Setiap manusia mempunyai kebutuhan dan keinginan yang berbeda-beda di dalam hidupnya. Keinginan dan kebutuhan inilah yang memotivasi seseorang untuk mengerjakan sesuatu. Seseorang yang memiliki keinginan dan kebutuhan akan dapat menimbulkan motivasi dalam dirinya untuk melakukan sesuatu, sehingga perlu juga kita mengetahui lebih lanjut tentang definisi motivasi agar dapat memudahkan kita memahami motivasi.

Menurut Harold Koontz (Moekijat, 2001:5) Motivasi menunjukkan dorongan dan usaha untuk memenuhi atau memuaskan suatu kebutuhan atau untuk mencapai suatu tujuan. Menurut Chung dan Megginson (Gomes,1981:36) Motivasi adalah perilaku yang ditunjukkan pada sasaran. Motivasi berkaitan dengan tingkat usaha yang dilakukan oleh seseorang dalam mengerjakan suatu tujuan tertentu.

3. Pelayanan saat ini belum komprehensif, dokter masih bekerja secara personal diharapkan kerja tim dalam penanganan infertilitas

Pasangan infertility sering memilih untuk berhenti melakukan *treatment* dan berganti-ganti dokter dengan alasan yang beraneka ragam seperti karena faktor ekonomi, permasalahan yang berhubungan dengan cara komunikasi tenaga kesehatan (penjelasan yang tidak memadai terkait infertilitas, kurangnya support atau dukungan) hal ini menjadikan alasan bagi pasien memilih untuk berhenti melakukan *treatmet*. Alasan tersebut diperkuat jika pengobatan yang dilakukan telah gagal. Hal ini menjadikan tenaga kesehatan memilih fokus pada konsep *patient-centered care*.

Konsep *patient-centered care* sudah lama dikenal sebagai salah satu keunggulan dalam pelayanan kesehatan. *Patient-centered care* adalah konsep layanan kesehatan yang menghargai pilihan, kebutuhan, nilai-nilai yang diyakini pasien, dan tujuan yang ingin dicapai pasien. Konsep ini lebih mengedepankan aspek biopsikososial dibandingkan aspek biomedik serta mengasah *partnership* yang kokoh antara dokter dan pasien (Greene, Tuzzio and Cherkin, 2012).

Infertilitas adalah masalah kesehatan yang menguras banyak emosi, membutuhkan waktu perawatan yang lama, dan biaya yang tidak sedikit. Manajemen infertilitas menjadi sebuah proses yang sangat *stressful* bagi sebagian besar pasangan infertil. Problem psikologis dan emosional ini justru seringkali terabaikan oleh tenaga pelayanan kesehatan. Tenaga pelayanan kesehatan hanya fokus memperbaiki kondisi medis infertilitas, padahal pasangan infertil sangat membutuhkan dukungan dan perhatian yang lebih besar dari tenaga pelayanan kesehatan (Jafarzadeh-Kenarsari *et al.*, 2016).

Konsep *patient-centered care* adalah faktor kunci dalam memberikan layanan yang berkualitas. Konsep ini mendasarkan

seluruh keputusan klinis pada nilai-nilai pasien. Konsep ini memfokuskan seluruh proses pada kebutuhan, pilihan, dan nilai pasien. Banyak keuntungan yang didapatkan pasien infertil ketika konsep ini diterapkan dalam manajemen infertilitas di pusat pelayanan kesehatan. Beban emosional infertilitas dan beban perawatan yang lama menjadi lebih ringan bagi pasien. Pasien merasa lebih didengar dan membuat keinginan, harapan, tujuan, opini, pendapat, dan fokus pasien menjadi lebih mudah diidentifikasi. Konsep ini juga mendorong pasien untuk lebih baik dalam berkoordinasi dengan tenaga pelayanan kesehatan dalam mengatasi masalah infertilitas yang dihadapi (Jafarzadeh-Kenarsari *et al.*, 2016). Tenaga pelayanan kesehatan juga mendapat keuntungan dengan penerapan konsep ini, antara lain komplain malpraktek dan kesalahpahaman dalam pelayanan menjadi lebih minimal, jadwal kunjungan lebih konsisten dan terarah, serta kepuasan tenaga pelayanan kesehatan meningkat (Streisfield *et al.*, 2015; Jafarzadeh-Kenarsari *et al.*, 2016).

Beberapa domain dalam konsep *patient-centered care* adalah kerahasiaan informasi, komunikasi, dukungan keluarga dan komunitas, otonomi, kebebasan memilih tenaga pelayanan

kesehatan, penghargaan, perhatian, dan kenyamanan (Jafarzadeh-Kenarsari *et al.*, 2016). Domain informasi juga harus diperhatikan dan menjadi fokus dalam manajemen infertilitas, yaitu pasien infertil harus mendapat informasi yang komprehensif tentang perawatan yang akan dijalani, termasuk biaya, durasi perawatan, keamanan, efek samping yang akan diterima, efektivitas, dan kemungkinan keberhasilan (Duthie *et al.*, 2017).

H. Keterbatasan Penelitian

1. Studi ini sangat dipengaruhi oleh faktor biologis dan psikososial pasien.
2. Tidak menggeneralisasikan kondisi populasi masyarakat se-Indonesia yang sebenarnya karena pada studi ini menggunakan teknik *purposive sampling* yang hanya melibatkan beberapa Rumah Sakit maupun tempat praktek.
3. Studi ini merupakan studi *cross-sectional*, dimana *temporal relationship* antara faktor risiko dan efek tidak selalu tergambar pada data yang didapatkan. Hal ini dapat dilihat pada nilai rasio prevalens nya.

4. Belum ada *cut off* point pada instrumen FertiQoL, sehingga belum bisa ditentukan penggolongan kualitas hidup normal atau ada penurunan kualitas hidup.