



PENELITIAN AKHIR

**HUBUNGAN SINDROMA PREMENSTRUASI DENGAN
KECENDERUNGAN NEUROTIK PADA MAHASISWA TIGA
AKADEMI KEPERAWATAN (AKPER) DI SEMARANG**

**OLEH :
ELLY ROSILA WIJAYA**

**PEMBIMBING :
MS HARTONO**

**BAGIAN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
RUMAH SAKIT DOKTER KARIADI SEMARANG**

1999

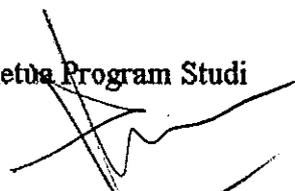
HALAMAN PENGESAHAN

Nama : Elly Rosila Wijaya
Bagian : Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang
NIP : 140205595
Tingkat : Program Pendidikan Dokter Spesialis I
Judul : Hubungan sindroma premenstruasi dengan kecenderungan neurotik pada mahasiswa tiga Akademi Keperawatan di Semarang

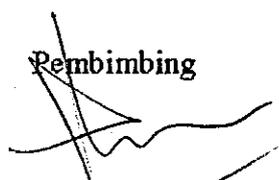
Semarang, Juli 1999

Telah diteliti dan disetujui oleh :

Ketua Program Studi


Dr. MS Hartono Sp KJ
NIP 130285639

Pembimbing


Dr. MS Hartono Sp KJ
NIP 130285639

Kepala Bagian / SMF Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang


Dr. Ismed Yusuf Sp KJ
NIP 130529445

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga saya dapat menyelesaikan laporan penelitian akhir ini. Penelitian ini dilakukan dalam rangka menyelesaikan tugas akhir pada pendidikan dokter spesialis I di Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Dengan kerendahan hati saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan terwujud tanpa dorongan, bantuan dan bimbingan berbagai pihak. Pada kesempatan ini izinkan saya menyampaikan rasa hormat, penghargaan dan terimakasih yang tulus kepada :

1. Dr. Ismed Yusuf SpKJ, Kepala Bagian Psikiatri yang telah banyak memacu saya untuk belajar dan memberikan dorongan untuk menyelesaikan tugas-tugas saya selama masa pendidikan.
2. Dr. MS Hartono SpKJ, selaku pembimbing dan Ketua Progam Studi Psikiatri yang telah mengarahkan, membimbing, serta memberikan dorongan selama saya menyusun dan menyelesaikan penelitian ini.
3. Dr. Nana Lestari SpKJ, Dr. Anggraini Noviasuti SpKJ, Dra Sri Hartati MS, dan Drs.Karyono MSi, selaku staf pengajar bagian Psikiatri FK UNDIP yang banyak memberi dorongan dan nasihat dalam menyelesaikan penelitian ini.

4. Direktur Akademi Keperawatan (AKPER) Asih Husada Semarang, Direktur AKPER Muhammadiyah Semarang, Direktur AKPER Karya Husada Semarang beserta segenap staf yang telah mengizinkan dan membantu saya untuk melakukan penelitian ini pada mahasiswa-mahasiswa asuhannya.
5. Para mahasiswa AKPER Asih Husada, AKPER Muhammadiyah, AKPER Karya Husada yang bersedia ikut dalam penelitian ini dan bekerjasama dengan baik sehingga penelitian ini dapat saya selesaikan.
6. Direktur Rumah Sakit Jiwa Pusat Semarang dan Direktur Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang yang telah memberikan fasilitas dan kesempatan untuk belajar selama saya menjalankan pendidikan dan menyelesaikan penelitian ini.
7. Para staf dan para karyawan baik di RSJP Semarang maupun RSDK Semarang, yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, yang telah bekerjasama dengan baik selama saya menjalani masa pendidikan
8. Suami dan anak-anakku tercinta yang telah dengan sabar mendampingi, memberikan dorongan dan semangat selama menyelesaikan tugas akhir ini.

Tak ada gading yang tak retak. Penelitian ini pun tentu jauh dari sempurna. Saya berharap mudah-mudahan penelitian ini dapat bermanfaat bagi para wanita yang menderita SPM khususnya, dan masyarakat pada umumnya. Amin.

Penulis

Daftar isi

	Halaman
Halaman pengesahan	i
Kata pengantar	ii
Daftar isi	iv
Daftar tabel	vii
Daftar lampiran	viii
Abstrak	1
Bab I. Pendahuluan	
1.1. Latar belakang	2
1.2. Perumusan masalah	4
1.3. Tujuan penelitian	4
1.3.1. Tujuan umum	4
1.3.2. Tujuan khusus	5
1.4. Manfaat hasil	5
Bab. II. Tinjauan Pustaka	
2.1. Sejarah	6
2.2. Terminologi	7
2.3. Definisi	8
2.4. Epidemiologi	10

2.5. Etiologi	12
2.5.1. Faktor biologik	12
2.5.2. Faktor genetik	15
2.5.3. Faktor psikofisiologik	15
2.6. Diagnosis dan gambaran klinis	17
2.7. Diagnosis banding	18
2.8. Perjalan penyakit dan prognosis	21
2.9. Terapi	21
2.9.1. Tindakan konservatif	22
2.9.2. Terapi farmakologik	23
2.9.3. Terapi pembedahan	26
2.10. Kerangka teori	26
2.11. Kerangka konsep	27
2.12. Hipotesis	27
Bab III. Metodologi Penelitian	
3.1. Ruang lingkup	28
3.2. Jenis penelitian	29
3.3. Populasi dan sampel	29
3.3.1. Populasi	29
3.3.2. Sampel	30
3.3.2.1. Besar sampel	30
3.3.2.2. Cara pengambilan sampel	31
3.4. Alat ukur	31

3.5. Data yang dikumpulkan	34
3.6. Cara pengumpulan data	34
3.7. Cara pengolahan dan analisis data	35
3.8. Definisi operasional	37
Bab IV. Hasil dan Pembahasan	
4.1. Karakteristik sampel	38
4.2. Prevalensi	40
4.3. Status epidemiologik subyek yang memenuhi kriteria SPM	41
4.4. Hubungan SPM dengan kecenderungan neurotik	44
4.5. Hubungan SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi	46
4.6. Keterbatasan penelitian	49
Bab V. Kesimpulan dan Saran	
5.1. Kesimpulan	50
5.2. Saran	51
Kepustakaan	52

Daftar tabel

Tabel 1. Kriteria diagnosis SPM menurut DSM-IV	20
Tabel 2. Karakteristik sampel	39
Tabel 3. Skor rata-rata gejala pada kedua siklus menstruasi	41
Tabel 4. Data demografi penderita SPM	43
Tabel 5. Uji Kai-kwadrat hubungan SPM dengan kecenderungan neurotik .	44
Tabel 6. Frekwensi penderita yang mempunyai kecenderungan neurotik dan depresi	47
Tabel 7. Uji Kai-kwadrat hubungan SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik denga depresi	47

Daftar lampiran

1. Lembar catatan harian (LCH)	56
2. Kuesioner kriteria sehat Goldberg	57
3. Kuesioner The Mansion's evaluation test	57
4. Lembar/ kunci jawaban The Manson's evaluation test	60
5. Kuesioner General Health Questioner (GHQ)	61
6. Lembar jawaban GHQ	68
7. Data subyek penelitian	69
a. Data umum 261 subyek	70
b. Skor 5 gejala tertinggi premenstruasi subyek SPM bulan I	75
c. Skor 5 gejala tertinggi premenstruasi subyek SPM bulan II	76
d. Data umum persentasi perubahan gejala	77
e. Skor rata-rata 11 gejala postmenstruasi bulan I	78
f. Skor rata-rata 11 gejala postmenstruasi bulan II	79
g. Skor Manson's evaluation test dan General health questioner ..	80
h. Data umum 22 subyek SPM	81

Abstrak

Pendahuluan : Sindroma premenstruasi (SPM) masih merupakan gangguan yang kontroversial sampai era 90-an. Etiologinya belum jelas. Beberapa penelitian mengatakan SPM berhubungan dengan gangguan mood. Ada juga yang mengatakan ciri kepribadian neurotik berhubungan dengan SPM, tetapi ada yang mengatakan kepribadiannya normal. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara SPM dengan kecenderungan neurotik dan hubungan antara SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi.

Metode: 365 mahasiswa tiga Akademi Keperawatan di Semarang berpartisipasi pada penelitian ini. Mereka diminta mengisi lembar catatan harian (LCH) selama 90 hari atau minimal 2 siklus menstruasi. LCH ini digunakan untuk menegakkan diagnosis SPM. Kriteria diagnosis yang digunakan adalah DSM-IV dengan mengabaikan katagori B yaitu beratnya gejala sampai mengganggu aktivitas sehari-hari dan fungsi sosial. Subyek yang memenuhi syarat penelitian diminta mengisi kuesioner *Manson's evaluation test* untuk mengetahui adanya kecenderungan neurotik. Subyek yang memenuhi kriteria SPM, juga diminta mengisi *general health questioer* (GHQ) untuk mengetahui ada-tidaknya depresi.

Hasil : Dari 365 mahasiswa yang memenuhi syarat penelitian sejumlah 261 orang. Duapuluh tiga orang (8,8%) memenuhi kriteria SPM. Mahasiswa yang mengikuti *Manson's evaluation test* 212 orang, yang mempunyai kecenderungan neurotik 45,8%, sebelas orang diantaranya adalah yang memenuhi kriteria diagnostik SPM. Setelah dilakukan uji Kai-kwadrat, untuk mengetahui hubungan SPM dengan kecenderungan neurotik didapat $p = 0,83$ (tidak signifikan). Dari 23 mahasiswa yang memenuhi kriteria SPM, hanya 22 orang yang mengisi GHQ. Setelah dilakukan *Fisher exact test*, untuk mengetahui hubungan SPM yang mempunyai kecenderugna neurotik dengan depresi, didapat hasil $p = 0,02$ (two tail).

Kesimpulan: Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara SPM dengan kecenderungan neurotik, tetapi terdapat hubungan yang bermakna antara SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi. Masih diperlukan penelitian dengan metode yang lebih baik dan kriteria yang lebih ketat untuk klarifikasi hasil penelitian ini maupun penelitian-penelitian sebelumnya.

Kata kunci : sindroma premenstruasi (SPM); gangguan mood; kecenderungan neurotik; depresi



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Sindroma premenstruasi (SPM) merupakan salah satu gangguan yang masih sangat kontroversial yang dihadapi para klinisi pada era 90-an. Prevalensi siklus menstruasi yang berhubungan dengan fluktuasi afektif dan keluhan fisik pada wanita usia reproduksi sangat tinggi. Fenomena ini dijumpai sampai lebih dari 80% wanita usia reproduksi. Setelah dilakukan evaluasi secara prospektif kebanyakan wanita ini mengalami gangguan mood premenstruasi meskipun mungkin mereka tidak menyadarinya.¹ Dua penelitian memberikan angka prevalensi hampir 4% dari wanita usia menstruasi yang memenuhi kriteria SPM setelah mencatat gejala secara prospektif.²

Sindroma premenstruasi adalah suatu gangguan yang ditandai oleh gejala-gejala mood, perilaku dan somatik yang terjadi secara terus menerus selama fase luteal siklus menstruasi.^{2,3} Gangguan ini mengakibatkan deteorasi hubungan interpersonal dan atau mengganggu aktivitas normalnya.² Rangkaian gejala sindroma premenstruasi yang muncul pada fase khusus siklus menstruasi,³ memberikan asumsi bahwa sindroma ini menggambarkan baik abnormalitas fisiologis maupun respon yang abnormal terhadap perubahan hormonal.^{2,3} *The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th editions* (DSM-IV) memberikan kriteria diagnostik untuk SPM yang berat atau *Premenstrual Dysphoric Disorder* (PDD).

Gambaran klinis yang utama adalah adanya gejala-gejala keadaan mood depresif yang nyata, ansietas yang nyata, labilitas afektif yang nyata, dan berkurangnya kesenangan dalam beraktivitas. Gejala-gejala ini muncul secara reguler selama minggu terakhir fase luteal pada beberapa siklus menstruasi setahun terakhir. Gejala-gejala ini berkurang dalam beberapa hari setelah onset menstruasi dan selalu tidak tampak pada minggu-minggu setelah menstruasi.^{2 4 5 6}

Berbagai variabel berinteraksi dalam menciptakan kondisi tertentu yang berpengaruh terhadap munculnya gejala-gejala, tetapi studi epidemiologi yang mencari hubungan antara usia dan gejala memberikan hasil yang bermacam-macam. Belum ditemukan hubungan yang konsisten antara SPM dengan demografi atau variabel yang berhubungan dengan makanan (*dietary*), banyaknya olahraga (*amount exercise*), derajat stresor psikosisoal, ciri siklus menstruasi, hal-hal yang berhubungan dengan menstruasi atau kesehatan, dukungan pasangannya ataupun ciri kepribadian. Dari beberapa penelitian, satu-satunya variabel klinik yang memberikan hasil yang konsisten yang berhubungan dengan SPM adalah meningkatnya prevalensi gangguan mood sebelumnya, khususnya depresi major.²

Untuk menegakkan diagnosis SPM, harus ada lima atau lebih dari 11 gejala pada kriteria diagnostik. Minimal satu dari gejala-gejala tersebut adalah salah satu dari 4 gejala pertama yaitu 1) perasaan sedih, putus asa, atau mencela diri sendiri, 2) perasaan tegang, cemas, atau gelisah 3) labilitas afektif yang nyata yang banyak diselingi oleh perasaan sedih, 4) iritabel, marah, dan meningkatnya konflik interpersonal.⁴

Dalam satu kepustakaan dikatakan bahwa orang yang mengalami distress psikologis secara esensial umumnya mempunyai ciri neurotik.⁷ Beberapa penelitian

menyebutkan adanya hubungan antara sindroma premenstruasi dengan gangguan mood,^{8 9 10 11} tetapi belum banyak yang meneliti bagaimana hubungan antara sindroma premenstruasi dengan kecenderungan neurotik. Penelitian yang mencari hubungan antara sindroma premenstruasi yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi sampai saat ini belum ada.

Berdasarkan hal-hal tersebut diatas peneliti ingin mengetahui adakah hubungan antara SPM dengan kecenderungan neurotik, dan bagaimana hubungan antara SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi.

1.2. Perumusan masalah

Dari latar belakang diatas timbul beberapa masalah penelitian yaitu :

- a. Adakah hubungan antara SPM dengan kecenderungan neurotik ?
- b. Adakah hubungan antara SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi ?

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui prevalensi dan status epidemiologik sindroma premenstruasi pada mahasiswa 3 Akademi Keperawatan di Semarang.

1.3.2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui:

- a. Hubungan antara sindroma premenstruasi dengan kecenderungan neurotik.
- b. Hubungan antara sindroma premenstruasi yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi.

1.4. Manfaat Hasil

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan para klinisi dalam menghadapi pasien dengan keluhan fisik maupun psikologis selama menjelang menstruasi. Dengan mengetahui berbagai kemungkinan latarbelakang wanita yang mengalami sindroma premenstruasi, pendekatan medis maupun psikologis dalam menangani wanita dengan gejala-gejala tersebut dapat lebih teliti.
- b. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menambah informasi bagi para peneliti yang berminat mempelajari lebih jauh mengenai aspek-aspek lain yang berhubungan dengan gejala-gejala yang dialami wanita menjelang menstruasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Sejarah

Gangguan mood yang berkaitan dengan menstruasi merupakan gangguan yang paling awal dicatat secara biologis berhubungan dengan gangguan perilaku. Hippocrates mengatakan, perubahan mood dan perilaku yang berhubungan dengan darah menstruasi dapat dijumpai dalam Talmud dan Bible.

Pada abad 19 penelitian-penelitian di Eropa memperkirakan bahwa kurang lebih 10 persen kasus gangguan jiwa yang berhubungan dengan gangguan fisik adalah gangguan yang disebabkan oleh menstruasi. Diperkirakan pula lebih dari satu persen kasus-kasus gila pada wanita secara keseluruhan disebabkan oleh penyakit ovarium dan uterus. Penulis-penulis di abad 19 mengatakan, diperlukan suatu kepekaan khusus untuk menimbulkan gejala-gejala yang berhubungan dengan siklus menstruasi. Penelitian-penelitian berikutnya mengatakan adanya suatu hubungan antara tingginya insidensi bunuh diri dan perawatan psikiatrik sekitar periode premenstruasi.

Penelitian modern mengenai sindroma premenstruasi dimulai pada tahun 1931, ketika Robert Frank mendefinisikan sindroma premenstruasi dan mempostulasikan patogenesis hormonalnya. Sejak itu, berbagai macam penelitian difokuskan pada penyebab dan pendekatan terapi terhadap sindroma ini. Perkembangan ini kemudian terhenti karena banyaknya dan bervariasinya definisi SPM. Setelah ada kriteria sindroma ini di dalam DSM-III-R, kualitas penelitian membaik.

Sejarah masuknya gejala premenstruasi ke dalam manual gangguan mental ditandai oleh berbagai kontroversi. Karena adanya kontroversi tersebut maka klasifikasinya di tempatkan dalam apendik DSM-III-R. Keprihatinan kemudian muncul karena banyak wanita dengan gejala relatif ringan dinamakan sakit secara mental karena keluhan-keluhan yang sering muncul selama siklus menstruasi. Sekarang dikembangkan kriteria yang lebih ketat. Diagnosis hanya ditegakkan bila gejala-gejala psikologis atau perilaku yang muncul cukup serius, sehingga sangat mengganggu fungsi sosial atau pekerjaan. Berdasarkan banyaknya data di literatur yang melaporkan adanya hubungan antara *premenstrual dysphoric disorder* dengan gangguan mood, DSM-IV membuat perubahan dengan memasukkan *premenstrual dysphoric disorder* kedalam kelompok *depressive disorder not otherwise specified*. Kelompok-kelompok politis yang mengkhawatirkan meningkatnya stigmatisasi para wanita bila diagnosis dimasukkan dalam teks DSM-IV, mendesak *the Board of Trustees* agar memutuskan kriteria ini dimasukkan kembali dalam apendik, meskipun sudah banyak bukti klinik dan ilmiah mengenai fenomenologi *premenstrual dysphoric disorder*.⁶

2.2. Terminologi

Secara luas kumpulan gejala afektif, kognitif, dan perilaku yang muncul selama fase premenstruasi pada siklus menstruasi dikenal dengan istilah sindroma premenstruasi (SPM). Pada tahun 1987 *the American Psychiatric Association* (APA) di dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder III* yang direvisi (DSM-III-R) menggunakan istilah *premenstrual syndrome - PMS* (sindroma premenstruasi - SPM) sedangkan di dalam DSM-IV kriteria dan istilah ini direvisi menjadi *premenstrual*

dysphoric disorder (PDD), namun demikian, banyak literatur yang membicarakan sindroma ini tetap menggunakan akronim *PMS* karena istilah *PDD* dirasakan kurang praktis.⁶ Selanjutnya akan digunakan akronim SPM (sindroma premenstruasi) yang diambil dari istilah *premenstrual syndrome (PMS)*.

2.3. Definisi

2.3.1. Sindroma premenstruasi menurut DSM-III-R

SPM adalah suatu gangguan yang mempunyai gejala-gejala emosional dan perilaku yang secara klinis bermakna. Gejala-gejala ini muncul selama minggu terakhir fase luteal dan menghilang dalam beberapa hari setelah fase folikuler. Pada sebagian besar wanita, gejala-gejala ini mulai seminggu sebelum menstruasi dan menghilang beberapa hari setelah mulai menstruasi.¹²

2.3.2. Sindroma menstruasi menurut DSM-IV

Gambaran utama SPM yaitu adanya gejala-gejala mood depresi yang nyata, ansietas yang nyata, labilitas afektif yang nyata dan berkurangnya minat untuk beraktivitas. Gejala-gejala ini secara reguler terjadi selama minggu terakhir fase luteal pada beberapa siklus menstruasi setahun terakhir. Gejala-gejala ini mulai menghilang dalam beberapa hari setelah mulai menstruasi (fase folikuler) dan selalu tidak ada pada minggu-minggu sebelum menstruasi berikutnya.(DSMIV)

Definisi SPM di dalam DSM-IV hampir sama dengan DSM-III-R dengan beberapa modifikasi.⁶ Sindroma premenstruasi adalah sekelompok gangguan yang ditandai adanya gejala-gejala mood, perilaku, dan somatik yang menetap selama fase luteal siklus menstruasi.^{3 9 10} Ada juga yang mengatakan bahwa SPM adalah sindroma fase luteal berulang yang ditandai oleh "distres fisik, psikologik, dan/atau perubahan perilaku yang cukup berat yang menyebabkan detereorasi dalam hubungan interpersonal dan/atau mempengaruhi aktivitas normal".²

Untuk menegakkan diagnosis diperlukan penilaian keadaan mood sehari-hari selama 2 bulan berturut-turut untuk mencatat pola yang khas. Pola tersebut yaitu munculnya gejala sejak **seminggu sebelum menstruasi (fase luteal)** dan menghilang segera setelah onset menstruasi^{4 6 13} dan selalu tidak ada pada **minggu setelah menstruasi atau fase folikuler**.^{4 14} Pada siklus anovulatori, siklus gejala-gejala tidak kelihatan. Para ahli sepakat, pada keadaan ini perubahan-perubahan siklus dibangkitkan oleh faktor-faktor dari korpus luteum. Faktor-faktor tersebut sampai saat ini belum diketahui.¹³ Bila gejala-gejala menetap selama fase folikuler, maka sindroma premenstruasi tersebut kemungkinan merupakan eksaserbasi dari suatu gangguan yang mendasarinya.² Kriteria diagnostik sindroma premenstruasi (DSM-IV) disajikan pada tabel 1.

Penelitian ini akan menggunakan kriteria diagnostik SPM menurut DSM-IV.

2.4. Epidemiologi

Gambaran yang pasti mengenai prevalensi SPM sampai saat ini belum ada^{5 6 15} karena tidak adanya kesepakatan bersama tentang kriteria diagnostik.⁵ Gejala-gejala premenstruasi terbukti banyak dijumpai dan berperan secara bermakna dalam morbiditas gangguan mood.^{6 15} Selama masa premenstruasi didapatkan angka kecelakaan, bunuh diri, dan kejahatan lebih tinggi meskipun angka ini masih lebih rendah bila dibandingkan dengan angka yang ditemukan pada laki-laki.⁶

Satu penelitian melaporkan bahwa kira-kira 40 persen wanita mengalami sekurang-kurangnya gejala ringan dan 2 - 10 persen memenuhi kriteria lengkap.⁵ Seorang peneliti, dengan menggunakan gejala premenstruasi ringan sebagai kriteria mendapatkan prevalensi pada wanita Swedia sebesar 73 persen. Pada sebagian besar wanita ini, gejala-gejalanya tidak begitu berat dan tidak mempengaruhi fungsi secara signifikan. Duapuluhdelapan persen melaporkan bahwa gejala-gejala premenstruasi tersebut mempengaruhi fungsi sosial, dan hanya 2,1 persen dari para wanita tersebut yang tidak masuk kerja karena gejala premenstruasi.⁶ Penelitian lain mengatakan kurang lebih 2 sampai 9 persen wanita menderita SPM.¹⁴ Dua penelitian melaporkan kurang lebih 4 persen wanita menstruasi memenuhi kriteria SPM melalui pengisian daftar gejala secara prospektif.² Satu tulisan mengatakan kurang lebih 30% wanita usia produktif mengalami SPM sedang sampai berat, dan 10% diantaranya mencari pengobatan.¹³

Banyak wanita mengatakan bahwa gejala premenstruasi meningkat dengan bertambahnya usia, namun studi epidemiologik yang meneliti hubungan antara usia dan gejala premenstruasi memberikan hasil yang berbeda-beda.² Satu penelitian melaporkan

bahwa 10 dari 217 wanita (4%) yang memenuhi semua kriteria diagnostik SPM melalui penilaian *Daily Assessment Form* (yang berisi 10 gejala kriteria diagnostik DSM-III-R) berusia rata-rata 20,5 (4,5 tahun). Sembilan orang melaporkan gejala premenstruasi ringan, dan hanya satu orang yang termasuk dalam katagori sedang sampai berat.^{15 16}

Hubungan yang konsisten antara SPM dengan variabel demografi dan yang berhubungan dengan makanan, banyaknya olahraga, derajat stresor psikososial, karakteristik siklus menstruasi, hal-hal yang berhubungan dengan menstruasi dan kesehatan, dukungan pasangan hidup atau ciri kepribadian belum ditemukan. Satu-satunya variabel klinik yang secara konsisten berhubungan dengan SPM pada berbagai penelitian adalah meningkatnya prevalensi gangguan mood yang terjadi sebelumnya, khususnya depresi major. Satu penelitian yang menggunakan wawancara terstruktur melaporkan angka depresi major yang terjadi sebelumnya kurang lebih 40 persen. Pada penelitian yang lain, juga dilaporkan adanya peningkatan angka gangguan postpartum sebelumnya. Penemuan yang konsisten ini menunjukkan adanya hubungan antara SPM dengan gangguan mood, tetapi bagaimana sebenarnya hubungan ini sampai sekarang belum jelas.²

Untuk menegakkan diagnosis SPM diperlukan kriteria terjadinya gangguan selama 2 bulan berturut-turut, yang berarti diikuti secara prospektif. Berdasarkan hal tersebut peneliti menggunakan rujukan prevalensi SPM sebesar 2-9 persen, yang di dalamnya mencakup prevalensi 4% dari wanita yang diagnosisanya ditegakkan secara prospektif.

2.5. Etiologi

2.5.1. Faktor Biologik

Penyebab SPM tidak diketahui dengan pasti. Banyak teori neuroendokrin yang diajukan sebagai penyebab SPM, namun demikian tidak ada satu teori pun yang konsisten secara internal, dan tidak ada terapi tunggal untuk SPM yang secara konsisten efektif.⁶ Gejala-gejala SPM berkaitan dengan fase-fase siklus menstruasi, oleh karena itu penelitian-penelitian mengenai etiologi selama beberapa tahun ini kebanyakan mencari sistem hormonal multipel yang berfluktuasi selama siklus menstruasi.^{2 11}

a. Steroid gonad

Secara keseluruhan, hasil penelitian-penelitian mengenai peranan steroid gonad dan gonadotropin pada SPM tidak konsisten.^{6 15} Diantara teori-teori yang telah diajukan, satu pernyataan yang paling sering disampaikan yaitu SPM ditandai oleh rasio estrogen terhadap progesteron yang tinggi secara abnormal.^{5 15} Beberapa peneliti yakin bahwa kerentanan biologik yang terdapat pada pasien SPM mungkin dipicu oleh perubahan-perubahan hormon reproduktif, namun demikian tidak terdapat bukti yang cukup bahwa estrogen atau progesteron saja merupakan penyebab tunggal SPM.^{6 15}

Ada suatu cara yang dilakukan untuk mengatasi SPM yaitu dengan menekan aksis hipotalamik-gonad dengan *gonadotropin-releasing hormone* (GnRH). Pada suatu penelitian terlihat bahwa GnRH dapat mengurangi gejala-gejala amenore, sedangkan penambahan estrogen dan progesteron, hasilnya tidak begitu jelas. Kelompok lain mencoba mengobati disforik fase luteal dengan pemberian progesteron antagonis (imfepristone) untuk menginduksi regresi korpus luteum, sehingga mengurangi progesteron plasma, dan akibatnya terjadi menstruasi lebih dini. Kelompok peneliti lain,

menggunakan pasien yang sama memberikan imfepristone dan *human chorionic gonadotropin* (HCG) untuk memelihara fase ovarium. Baik menghambat progesteron ataupun pemotongan fase luteal akan merubah perjalanan atau beratnya gejala SPM.¹⁵

Satu penelitian melaporkan adanya hubungan antara tingginya serum *17 β -estradiol* (E_2) selama fase luteal dengan beratnya gejala SPM, begitu juga hubungan antara tingginya *LH* dengan beratnya gejala, namun demikian, nampaknya konsentrasi progesteron tidak berhubungan dengan gejala-gejala mood pada keadaan yang sama. Dengan demikian, nampaknya tingginya *17 β -estradiol* pada fase luteal berhubungan dengan beratnya gejala mood. Pada fase folikuler sebaliknya, tingginya *17 β -estradiol* berhubungan dengan membaiknya gejala. Bila *17 β -estradiol* bersama-sama dengan progesteron, atau faktor lain pada korpus luteum, efek terhadap keadaan mood berbeda dibandingkan bila *17 β -estradiol* sendiri.¹³

b. Neurotransmitter

Sebagian besar gejala premenstruasi yang mengganggu berkenaan dengan disregulasi mood dan ansietas, oleh karena itu abnormalitas luteal pada neurotransmitter juga diteliti secara luas.² Dihipotesiskan bahwa neurotransmitter yang berubah pada gangguan mood dan ansietas, nampaknya juga terpengaruh oleh fluktuasi level steroid ovarian.¹

Beberapa peneliti menyimpulkan bahwa fungsi serotonin pada wanita dengan SPM terganggu.^{2 6 17} Kesimpulan ini diambil berdasarkan adanya abnormalitas pada serotonin darah, serotonin platelet uptake, dan platelet tritiated imipramin binding pada

semua fase menstruasi,^{2 6} bertambah beratnya gejala setelah terjadi penurunan tryptophan dan secara bermakna respon prolaktin terhadap fenfluramin jelek pada penderita SPM.¹⁷

Penelitian-penelitian psikobiologis menunjukkan bahwa pasien dengan gangguan disforik premenstruasi mempunyai gambaran neurotransmisi serotonergik yang berbeda secara bermakna dibandingkan dengan kontrol.¹⁴ Penelitian dengan sampel yang besar dengan penegakan diagnosis SPM yang baik dan dibandingkan dengan kontrol diperlukan untuk memperbanyak penemuan serupa.⁶

Beberapa bukti menunjukkan bahwa **fungsi noradrenergik** pada pasien SPM mungkin juga terganggu.^{2 6 15} Abnormalitas sistem noradrenergik dapat juga 'diperkirakan melalui penemuan' bahwa wanita dengan SPM mengalami peningkatan sensitivitas terhadap pemberian laktat atau inhalasi karbondioksida. Penelitian terbaru mencatat adanya penurunan level hormon adrenokortikotropik selama fase luteal pada wanita dengan SPM, tetapi secara umum tak ada disfungsi, yang konsisten, pada *hypothalamic-pituitary adrenal axis*.²

c. Hipotesis kronobiologi

Beberapa peneliti melaporkan adanya abnormalitas **sistem kronobiologik** yaitu adanya peningkatan suhu tubuh pada malam hari selama menstruasi dan pemendekan latensi *rapid eye movement* (REM).^{2 15} Siklus menstruasi merupakan suatu sifat ritme biologik. Gangguan ritmik sirkadian dapat mempengaruhi mood, siklus tidur-bangun, atau sirkadian *rapid eye movement* (REM), temperatur, kortisol, dan melatonin. Terdapat bukti bahwa terapi yang dapat memperbaiki sirkadian fisiologis, dapat

memperbaiki SPM. Adanya bukti ini menunjukkan bahwa abnormalitas sistem sirkadian mungkin berperan terhadap patogenesis SPM.^{6 15}

2.5.2. Faktor genetik

Satu penelitian mendapatkan bahwa 70% dari anak perempuan yang ibunya menderita SPM, juga mempunyai gejala-gejala SPM. Pada kelompok anak perempuan yang ibunya tidak menderita SPM (kelompok kontrol) didapatkan angka sekitar 37%. Penelitian lain mendapatkan bahwa gejala-gejala SPM mungkin terjadi pada kedua anak kembar monozigotik, bila gejala-gejala terjadi pada salah satunya. Kemungkinan munculnya gejala-gejala tersebut lebih tinggi secara bermakna pada kembar monozigotik (93%) daripada kembar dizigotik (44%) atau saudara kandung sebagai kontrol (31%). Perbedaan antara kembar dizigotik dengan kontrol saudara kandung tidak bermakna.^{6 15}

2.5.3. Faktor psikofisiologik

Teori psikodinamik yang relevan untuk menjelaskan penyebab atau fenomenologi SPM belum ada. Formulasi psikoanalitik terdahulu mempostulasikan (posited) bahwa gejala premenstruasi berasal dari konflik peran kewanitaan. Menstruasi adalah suatu stimulus terhadap *threatens repressed conflict* (represi konflik yang menakutkan/mengancam), namun demikian, berdasarkan pengamatan yang teliti, ternyata gejala SPM mulai membaik ketika menstruasi mulai. Kenyataan ini berlawanan dengan teori yang ada.

Penulis lain mengatakan bahwa SPM berhubungan dengan ciri neurotik. Penelitian-penelitian yang memberikan hasil yang konsisten mengenai profil psikologis khusus ciri kepribadian yang berhubungan dengan beratnya gejala belum ada.⁶ Kepribadian neurotik adalah kombinasi yang buruk dari berbagai ciri, misalnya sering merasa bersalah, inferior, terlalu banyak khawatir atau takut, orang yang kaku, terlalu ingin sempurna, tidak efisien, tidak bahagia, insomnia, dan produktivitasnya rendah. Individu yang mempunyai ciri kepribadian ini mempunyai kualitas hidup yang buruk, cemas dan depresi kronik. Diperkirakan 2 dari 10 orang mempunyai kepribadian ini, baik dalam tingkat yang berat sampai yang sedang.¹⁸

Beberapa penelitian mendapatkan bahwa seseorang yang mempunyai skor yang tinggi pada penilaian ciri neurotik, menunjukkan peningkatan risiko untuk menderita depresi major. Jeleknya kontrol terhadap dorongan hati dan impuls serta perhatian yang berlebihan terhadap fungsi fisik juga mempunyai karakteristik yang berhubungan dengan ciri neurotik. Orang yang mempunyai ciri neurotik mempunyai kecenderungan untuk mengalami distress psikologis, yaitu orang yang mencari pengobatan psikiatrik. Semua populasi klinik, mulai dari penyalahgunaan zat sampai skizofrenia mempunyai skor ciri neurotik yang tinggi.⁷

Para peneliti mengatakan bahwa penilaian terhadap ciri kepribadian, misalnya menggunakan *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* hasilnya dapat bervariasi dengan siklus menstruasi. Wanita dengan SPM lebih sering disertai gejala yang memenuhi kriteria gangguan pada aksis satu daripada gangguan kepribadian aksis II. Sebagian besar wanita dengan SPM mempunyai kepribadian normal. Seperti halnya pada gangguan medis atau psikiatri lainnya, gejala SPM seringkali muncul karena stres.

Bukti-bukti menunjukkan reaksi terhadap stres lebih besar dan lebih tinggi munculnya selama periode premenstrual daripada fase lain dalam siklus menstruasi.

Secara historis, banyak hal tabu (pantangan) yang berhubungan dengan menstruasi. Mood negatif, khususnya marah, mungkin lebih mudah dihubungkan dengan kondisi sosial tertentu pada wanita tersebut (*poverty, domestic violence, unsupported parenthood*) daripada sebab-sebab fisiologis dalam siklus menstruasi. Mood yang berubah-ubah, baik yang menyertai siklus menstruasi maupun tidak, mungkin mempunyai *longterm homeostatic benefits* dan tidak perlu dipandang secara negatif.⁶

Etiologi SPM memang masih belum jelas. Adanya tulisan yang mengatakan bahwa SPM berhubungan dengan ciri neurotik, dan tingginya skor ciri neurotik menunjukkan peningkatan risiko untuk menderita depresi major, menjadikan topik ini menarik untuk diteliti.

2.6. Diagnosis dan gambaran klinis

Gangguan mood yang berhubungan dengan menstruasi terdiri atas berbagai macam gejala afektif dan somatik. Gejala-gejala ini terjadi khusus selama fase *late luteal* siklus menstruasi. Lebih dari 150 gejala yang terjadi pada paruh terakhir siklus menstruasi pernah dilaporkan oleh para wanita. Diantara gejala yang berhubungan dengan SPM, gejala afektif dan perilaku (*behavior*) merupakan komponen utama. Iritabilitas, depresi, ansietas, dan labilitas afektif merupakan gejala psikiatrik yang paling sering. Payudara sakit dan pembengkakan tubuh (*body swelling*) merupakan gejala fisik yang sering dikeluhkan mereka. Penelitian terbaru menyatakan bahwa perubahan tidur, suhu tubuh, nafsu makan mungkin terjadi sebagai bagian dari gambaran

klinis SPM . Dalam mendiagnosis SPM, beberapa pertimbangan penting yang perlu diperhatikan yaitu pola waktu muncul dan hilangnya gejala. Gejala tersebut bukanlah sekedar eksaserbasi dari suatu gangguan yang mendasarinya, dan harus cukup berat sehingga mempengaruhi fungsi sosial atau fungsi peran.¹⁶

Batasan nilai ambang keparahan untuk menegakkan diagnosis merupakan hal yang penting. Sebagian besar wanita mengatakan paling tidak terdapat perubahan fisik dan emosional yang berhubungan dengan siklus menstruasi, namun di dalam DSM-IV diagnosis SPM ditegakkan hanya bila gangguan tersebut secara nyata mengganggu pekerjaan atau fungsi peran. Pada sebagian besar populasi, perubahan pada masa premenstruasi tidak berat dan secara substansial tidak mengganggu fungsi.⁵ DSM-IV memasukkan kriteria diagnostik sindroma premenstruasi ini ke dalam apendiks, seperti pada tabel 1.

2.7. Diagnosis banding

Diagnosis banding SPM yang bertumpang tindih dengan gangguan psikiatrik lain merupakan suatu bidang yang masih jarang diteliti. **Gangguan mood, gangguan cemas, gangguan kepribadian, gangguan psikoaktif karena penggunaan zat, gangguan somatoform, dan bulimia nervosa** cukup sering terjadi sebagai diagnosis banding yang spesifik . Dalam suatu penelitian terhadap wanita yang didiagnosis SPM tanpa menggunakan catatan harian, 88% mempunyai gangguan psikiatrik lainnya, yang sebagian besar (58%) adalah gangguan mood. Gangguan premenstruasi seharusnya tidak ditegakkan bila gangguan-gangguan yang dialami tersebut merupakan eksaserbasi dari gejala-gejala gangguan lainnya.¹⁵

Untuk mencari gangguan jiwa pada wanita yang datang untuk mendapatkan bantuan secara profesional terhadap gejala-gejala premenstruasi, para klinisi haruslah memberikan perhatian yang cukup pada kemungkinan adanya gangguan endokrin (hipogligemi, Cushing's disease, polycystic ovarian disease, penyakit tiroid), epilepsi, anemia, lupus, kanker, gangguan metabolik, dan berbagai jenis infeksi.^{6 15}

Dalam suatu penelitian terhadap 263 wanita yang mempunyai keluhan SPM, 10.2% mengalami gejala-gejala awal menopause, 20.5 % tercatat tidak mempunyai gejala selama interval bebas (antara 12-14 hari selama siklus menstruasi) melalui pencatatan prospektif, 11% mempunyai gangguan mood atau kepribadian, 10.6% menggunakan kontrasepsi hormonal, 5.3% gangguan makan, 3.8% penggunaan alkohol atau zat lainnya, dan 8.4% mengeluhkan gejala-gejala yang juga merupakan gejala gangguan medis yang didiagnosis sebelumnya seperti diabetes, atau hipertiroidisme.¹

Tes laboratorium khusus yang membantu para klinisi menegakkan diagnosis SPM tidak ada. Beberapa penelitian mendukung kemungkinan adanya ketidakseimbangan antara progesteron dan estrogen atau ovulasi dini, namun demikian, seperti dikatakan di atas, penemuan-penemuan tersebut sangat bervariasi dan kontroversi.^{6 15}

Kesulitan juga terjadi untuk membedakan SPM dari sindroma nyeri menstruasi, yaitu **dismenore**. Meskipun SPM dan dismenore dapat terjadi bersama-sama pada seorang pasien, perubahan mood sebelum menstruasi berbeda secara fisik dari nyeri menstruasi. Kegagalan dalam membedakan masalah tersebut banyak terjadi pada beberapa laporan tentang SPM.⁶

Tabel 1. Kriteria diagnostik sindroma premenstruasi menurut DSM-IV

A. Pada sebagian besar siklus menstruasi selama tahun terakhir, lima (atau lebih) gejala berikut ditemukan untuk sebagian besar waktu selama minggu terakhir fase luteal, mulai menghilang dalam beberapa hari setelah onset fase folikuler, dan menghilang dalam minggu pascamenstruasi, dengan sekurang-kurangnya salah satu gejala adalah (1), (2), (3), atau(4):

1. mood terdepresssi yang jelas, perasaan putus asa, pikieran mencela diri sendiri
2. kecemasan yang jelas, ketegangan, perasaan "bersemangat" atau "tidak tenang"
3. Labilitas afektif yang jelas (misalnya, perasaan tiba-tiba sedih atau menangis atau meningkatnya kepekaan terhadap penolakan .
4. Kemarahan atau iritabilitas yang menetap dan jelas atau meningkatnya konflik interpersonal.
5. Menurunnya minat dalam aktivitas biasanya (misalnya pekerjaan, sekolah, teman, kegemaran)
6. Perasaan subjektif adanya kesulitan dalam berkonsentrasi
7. Letargi, mudah lelah, atau kehilangan tenaga
8. Perubahan yang jelas dalam nafsu makan, makan berlebihan, atau kecanduan makanan tertentu
9. Hipersomnia atau insomnia
10. Perasaan subjektif sedang terlanda atau keluar kendali
11. Gejala fisik lain, seperti nyeri atau pembengkakan payudara, nyeri kepala, nyeri sendi atau otot, sensasi "kembung", kenaikan berat badan.

Catatan : Pada wanita yang sedang menstruasi, fase luteal berhubungan dengan periode antara ovulasi dan onset menstruasi, dan fase folikuler dimulai saat menstruasi. Pada wanita yang tidak menstruasi (misalnya yang telah menjalani histerektomi), penentuan waktu fase luteal dan folikular mungkin memerlukan pengukuran hormon reproduktif dalam sirkulasi

B. Gangguan dengan jelas mengganggu pekerjaan atau sekolah atau aktivitas sosial biasanya dan hubungan dengan orang lain (misalnya, menghindari aktivitas sosia, menurunnya produktivitas dan efisiensi di pekerjaan atau sekolah).

C. Gaangguan tidak semata-mata suatu eksaserbasi gejala dari gangguan lain, seperti gangguan depresif berat, gangguan panik, gangguan distimik, ataaau gangguan kepribadian (walaupun mungkin bertumpang tindih dengan salah satu gangguan tersebut).

D. Kriteria A, B, dan C harus ditegakkan oleh pencatatan harian prospektif selama sekurang-kuraaaangnya dua siklus simptomatik yang berturut-turut. (Diagnosis dapat dibuat sementara sebelum penegakan ini)

2.8. Perjalanan penyakit dan prognosis

Onset SPM dapat terjadi kapan saja setelah seorang wanita mengalami menarhe. Keluhan-keluhannya cenderung lebih sering pada wanita diatas 30 tahun. SPM cenderung menurun setelah usia 45 tahun atau setelah menopause, namun demikian, pernah juga dilaporkan munculnya gejala SPM sesuai dengan siklus setelah menopause, meskipun tak ada dokumentasi mengenai gejala-gejala yang berhubungan dengan variabel endokrin. Beberapa data menunjukkan bahwa episode SPM yang tidak diterapi akan berkembang menjadi depresi major.⁶

Meskipun masih diperlukan banyak data longitudinal, beberapa ahli yakin bila gejala-gejala sindroma premenstruasi ini tidak diterapi maka keadaannya akan memburuk dari waktu ke waktu dan durasinya meningkat. Wanita yang mencari pengobatan biasanya berusia 30-an. Informasi yang tepat tentang riwayat gangguan sebelumnya tidak ada. Banyak wanita yang mencari pengobatan menunjukkan gejala-gejala yang memburuk sesuai dengan banyaknya kehamilan atau karena usia.⁶

2.9. Terapi

Perkembangan strategi terapi SPM terhambat kerena kurangnya pemahaman mengenai patofisiologi gangguan ini. Banyak hipotesis yang diajukan sebagai penyebab misalnya gangguan yang diinduksi oleh stres, variasi dari gangguan mood, atau gangguan kepribadian.¹

Metode yang diusulkan untuk pengobatan SPM lebih dari 50 macam. Banyaknya cara pengobatan ini menunjukkan kurangnya obat tunggal. Pengobatan SFM dapat dibagi menjadi tindakan konservatif (psikoterapi, olahraga dan diet) dengan sedikit

intervensi medis, terapi farmakologik yaitu intervensi yang menekan siklus menstruasi, dan terapi bedah yang menekan ovulasi.⁶

2.9.1. Tindakan konservatif

a. Psikoterapi

Psikoterapi merupakan terapi yang efektif untuk menghilangkan gejala-gejala sindroma premenstruasi meskipun ada juga laporan penelitian mendapatkan hasil terapi yang hampir sama bila dibandingkan dengan plasebo.⁶ Keberhasilan terapi dengan plasebo yang mencapai 40% memberi kesan bahwa faktor psikologik cukup berperan pada SPM. Psikoterapi yang memberikan kesembuhan sekitas 50% juga semakin menyokong bahwa faktor psikologik berperan pada SPM.¹⁵

Penelitian mengenai psikoterapi yang dirancang dengan metodologi yang baik belum ada. Bebeapa penulis mengatakan bahwa terapi suportif dapat digunakan pada SPM. Dukungan kelompok membuat mereka memahami tentang gejala-gejala dan memahami bahwa mereka tidak sendirian, mengurangi rasa bersalah, menghindari stres yang tidak perlu, dan memperbaiki rasa percaya diri.^{6,15}

b. Olahraga

Wanita yang rajin berolahraga jarang mempunyai keluhan premenstruasi bila dibandingkan dengan wanita yang tidak rajin berlatih. Kegiatan olahraga ini dikaitkan dengan penurunan stres.^{6,15}

c. Diet

Menghindari rokok dan kopi perlu untuk penderita SPM. Mengurangi kadar gula dan minum susu perlu dianjurkan untuk pasien SPM. Kafein mempunyai efek ansiogenik. Pembatasan kafein dikaitkan dengan gejala-gejala cemas yang dapat ditemukan pada SPM. Beberapa peneliti menyatakan bahwa vitamin A, E, dan beberapa mineral dapat memperbaiki SPM. Vitamin A atau E lebih efektif dibandingkan plasebo. Satu gram Ca carbonat perhari juga efektif. Piridoksin (50-300 mg perhari) dapat memperbaiki depresi, iritabilitas, kelelahan, pusing, dan muntah. Walaupun demikian, ada peneliti lain yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan bermakna mengenai penurunan gejala SPM antara piridoksin dengan plasebo. Kombinasi antara piridoksin, vitamin A, Mg, dan Zn lebih efektif dibandingkan dengan plasebo.^{6 15}

2.9.2. Terapi farmakologik

First line treatment yang dipertimbangkan saat ini adalah antidepresan **serotonergik**. Empat penelitian tersamar ganda yang menggunakan **fluoxetin** 20 mg/hari hasilnya cukup efektif dan efek sampingnya sedikit.² Dosis tunggal fluoxetin selama awal fase luteal mungkin cukup efektif sebagai dosis harian. Fluoxetin dengan dosis 20 mg atau lebih rendah mungkin efektif untuk menurunkan gejala-gejala psikologik seperti tegang, iritabel dan perasaan tak enak pada wanita dengan SPM.¹⁹

Satu penelitian *multicenter randomized placebocontrolled* dilakukan di 12 universitas di Amerika. Obat yang digunakan **sertraline**. Penelitian ini menyimpulkan bahwa sertraline memberikan hasil yang lebih baik pada wanita dengan SPM yang

berat atau SPM berulang, dibandingkan dengan plasebo. Dosis awal sertraline yang diberikan adalah 50 mg/hari. Peneliti dapat menaikkan dosis obat bila gejala-gejalanya belum membaik sebesar 50 mg/hari pada tiap-tiap siklus sampai dosis maksimal 150 mg/hari. Pada akhir penelitian, dosis sertraline yang digunakan adalah 50 mg/hari (18%), 100 mg/hari (48%) dan 150 mg/hari 34%.¹⁴

Clomipramine dengan dosis 25 sampai 75 mg/hari juga memberikan hasil yang bagus, baik pada pemberian selama siklus menstruasi maupun hanya pada fase luteal. Beberapa tulisan mengatakan bahwa **alprazolam** dan **bupiron** yang diberikan pada fase luteal mungkin dapat membantu.² Iritabilitas, ansietas, mood yang labil, serta kelelahan, mengalami perbaikan dengan **alprazolam**. Dosis 0.125 mg tiga kali sehari cukup responsif. Apabila obat dapat ditoleransi dengan baik, dosis dapat dinaikkan sampai 4 mg perhari. Obat diberikan 6 – 14 hari sebelum menstruasi. Dosis obat diturunkan 25% atau kurang perhari, setelah onset menstruasi. Pemberian harus hati-hati karena kadang-kadang dapat terjadi gejala ansietas akibat putus zat.¹⁵ Satu penelitian *placebo-controlled* secara random dan tersamar ganda terhadap alprazolam memberikan kesimpulan yang berbeda yaitu bahwa alprazolam kurang efektif dalam mengurangi gejala-gejala sindroma premenstruasi.²⁰

Obat-obat lain yang dapat digunakan adalah **bromokriptin** yang merupakan agonis dopamin. Adanya efek samping seperti mual, sakit kepala, muntah, pusing, dan letih menyebabkan pemakaian obat ini kurang disukai. **Atenolol** 50 mg/hari dapat mengatasi gejala iritabel dan elasi. Gejala iritabel dapat sembuh secara bermakna sedangkan gejala lain seperti depresi (dosis 100mg/hari) tidak mengalami perbaikan yang berarti. Satu penelitian membuktikan bahwa **clonidine** yang merupakan agonis

otoreseptor alfa-adrenergik sentral efektif mengurangi gejala-gejala psikiatrik pada penderita SPM. Naltrexon (25 mg 2 kali sehari) lebih baik secara signifikan dibandingkan dengan plsebo dalam mengurangi gejala-gejala SPM. Naltrexon dapat memperbaiki penurunan konsentrasi, perubahan perilaku, dan penurunan afek. Adanya efek samping seperti mual, penurunan nafsu makan, dan pusing menyebabkan pasien kurang menyukai obat ini.^{6 15}

Pada fase premenstruasi, terjadi perubahan keseimbangan garam dan air. Kadar aldosteron meningkat sehingga terjadi retensi air dan terdapat keluhan seperti pembengkakan. Dianjurkan untuk mengurangi garam dan dapat diberikan diuretik. Diuretik efektif untuk SPM dengan retensi air atau penambahan berat badan, tetapi hasilnya tidak begitu jelas dalam perbaikan mood. Asam mefenamik yang merupakan inhibisi sintesis prostaglandin, juga efektif memperbaiki mood pada beberapa penderita SPM.^{6 15}

Terapi hormonal merupakan alternatif lain untuk menekan gejala SPM. Progesteron efektif untuk menghilangkan gejala SPM, meskipun ada juga beberapa peneliti yang melaporkan bahwa progesteron tidak bermanfaat. Penekanan ovulasi merupakan cara yang efektif untuk mengobati SPM. Bila pengobatan simptomatik tidak berhasil, penekanan ovulasi atau induksi amenore mungkin dapat membantu.^{6 15}

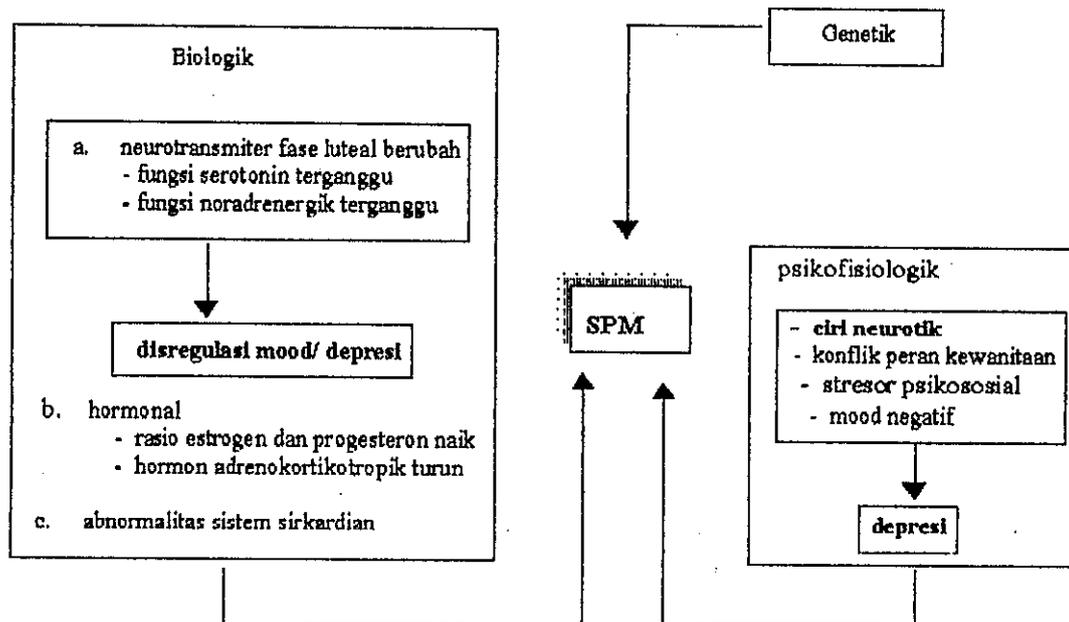
Obat-obat yang menekan ovulasi seperti gonadotropin-releasing hormone (GnRh) agonis, implantasi estrogen, dan danazol dapat mengurangi gejala-gejala premenstruasi. Namun emikian, obat-obat tersebut tidak dipertimbangkan sebagai *first line treatment* karena efek samping dan risiko secara medis yaitu terjadinya supresi ovulasi yang berkepanjangan. Baru-baru ini dilaporkan keberhasilan penggunaan GnRh

dengan *add-back regimen of estrogen and progesteron* sebagai upaya mencegah risiko terjadinya *osteoporosis* dan *coronary artery disease* yang terjadi akibat supresi ovulasi yang berkepanjangan.²

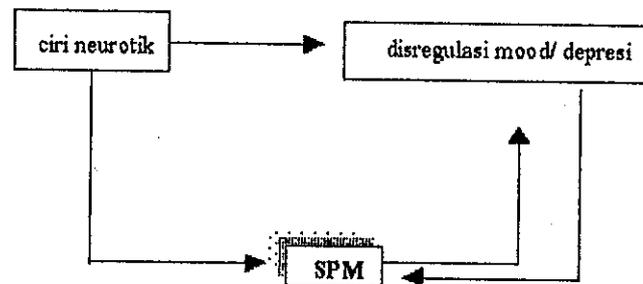
2.9.3. Terapi pembedahan

Histerektomi atau oovorektomi dengan substisusi estrogen dapat menghilangkan gejala-gejala SPM. Suatu penelitian yang dilakukan terhadap 14 orang penderita SPM berat yang mendapat terapi histerektomi dan terapi substitusi estrogen memperlihatkan adanya perbaikan yang bermakna.^{6,15}

2.10. Kerangka teori



2.11. Kerangka konsep



2.12. Hipotesis

1. Ada hubungan antara sindroma premenstruasi dengan kecenderungan neurotik
2. Ada hubungan antara penderita sindroma premenstruasi yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

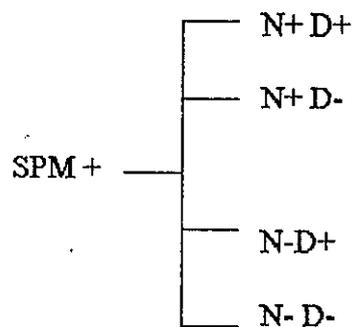
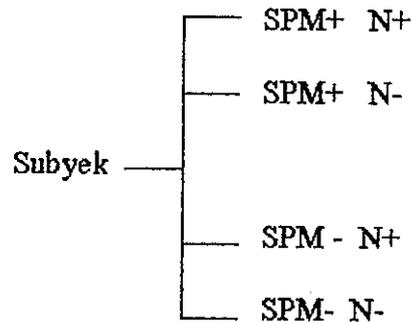
3.1. Ruang lingkup

Penelitian ini membutuhkan subyek yang mempunyai kepatuhan tinggi karena dilaksanakan dalam jangka waktu yang lama. Berdasarkan hal tersebut, maka populasi penelitian dipilih mahasiswa Akademi Keperawatan (AKPER) di Semarang, dengan asumsi bahwa mahasiswa AKPER mempunyai disiplin yang tinggi dan sebagian besar mahasiswanya wanita sehingga jumlah subyek penelitian yang dibutuhkan dapat lebih mudah terpenuhi. Homogenitas populasi seperti, usia, lingkungan pergaulan, tugas yang dihadapi sehari-hari, status belum menikah, memungkinkan untuk mengendalikan variabel perancu.

Setelah melakukan survei, AKPER yang dipilih sebagai tempat penelitian adalah AKPER Muhammadiyah, AKPER Karya Husada, dan AKPER Asih Husada karena ketiga Akper tersebut merupakan beberapa AKPER yang menjalin kerjasama dengan Rumah Sakit Jiwa Pusat Semarang tempat peneliti bertugas saat ini. Lokasi ketiga AKPER tersebut juga mudah terjangkau. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober 1997 sampai dengan bulan Agustus 1998.

3.2. Jenis penelitian

Penelitian ini dilakukan secara *cross sectional* dengan desain sebagai berikut :



3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah wanita, berusia minimal 18 tahun, dalam 3 bulan terakhir tidak sakit berat, dan belum menikah. Subyek dieksklusikan dari penelitian bila tidak bersedia ikut dalam penelitian, tidak mengembalikan kuesioner yang diberikan, dan pengisian data tidak lengkap.

3.3.2. Sampel

3.3.2.1. Besar sampel

Perkiraan besarnya sampel dihitung dengan menggunakan rumus²¹ :

$$N = Z_{1-\alpha/2}^2 \times P(1-P) : d^2$$

Keterangan

N = jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}^2$ = tingkat kepercayaan 95% = 1.96

P = perkiraan proporsi populasi

D = kebutuhan celah : point persentasi = presisi = 10 %

Dengan perkiraan prevalensi SPM 6.5% (nilai tengah prevalensi 2 – 9 %¹⁵), tingkat kepercayaan 95 % dan presisi (d) 10 %, maka dengan rumus diatas :

$$\begin{aligned}n &= (1.96)^2 \times 0.065 (1-0.065) : (0.10)^2 \\&= 3.842 \times 0.065 \times 0.935 : 0.01 \\&= 3.842 \times 6.078 \\&= 23.35 \longrightarrow 23 \text{ orang.}\end{aligned}$$

Untuk memenuhi angka tersebut, maka pada skrining dibutuhkan paling tidak populasi (N) sebesar :

$$\begin{aligned}n &= 6.5\% \times N \\N &= n : 6.5/100 \\&= 23 : 6.5/100 \\&= 353.8 = 354 \text{ orang.}\end{aligned}$$

3.3.2.2. Cara pengambilan sampel

Sampel pada penelitian ini adalah populasi yang memenuhi kriteria diagnostik sindroma premenstruasi menurut DSM-IV dengan mengabaikan kriteria B. Kriteria diagnostik tersebut dijabarkan dalam bentuk pertanyaan-pertanyaan dalam *lembar catatan harian* yang harus diisi oleh subyek selama minimal 2 siklus menstruasi. Pada penelitian ini diambil batas 90hari.

3.4. Alat ukur

a. Lembar catatan harian

Lembar catatan harian (LCH) digunakan untuk menegakkan diagnosis sindroma premenstruasi yang berisi 22 item pertanyaan yang merupakan penjabaran dari 11 gejala pada kriteria diagnostik SPM menurut DSM-IV. Skor yang diisikan dalam LCH adalah 1 = tidak ada; 2 = ringan/ tidak mengganggu; 3 = sedang/ agak mengganggu; 4 = berat/sangat mengganggu.

“Menggangu” dalam pengertian di sini adalah menghindari aktivitas sosial, menurunnya produktivitas dan efisiensi di pekerjaan atau sekolah, dan menghindari hubungan interpersonal.

Dalam penilaian, 22 item LCH tersebut kemudian dikelompokkan sesuai dengan gejala nomor 1 – 11 kriteria diagnostik, yaitu item 1, 2 = gejala 1; item 3, 4 = gejala 2; item 5, 6 = gejala 3; item 7 = gejala 4; item 8 = gejala 5; item 9 = gejala 6;

item 10 =gejala 7; item 11, 12, 13 = gejala 8; item 14, 15 = gejala 9; item 16, 17 = gejala 10; item 18-22 = gejala 11.

LCH ini harus diisi selama 90 hari berturut-turut atau minimal 2 siklus menstruasi untuk memenuhi kriteria adanya gejala selama paling tidak 2 siklus menstruasi. Diagnosis ditegakkan dengan cara menghitung persentase perubahan skor pada 11 item gejala pada DSM-IV seminggu sebelum dan seminggu sesudah menstruasi. Persentase perubahan skor dihitung melalui pengurangan skor rata-rata premenstruasi dan postmenstruasi dibagi skor rata-rata postmenstruasi. Diagnosis ditegakkan bila 5 gejala (salah satunya harus berasal dari 4 gejala pertama) yang skornya tertinggi, mempunyai rata-rata peningkatan persentase perubahan skor 30% atau lebih pada fase premenstruasi, dan skor rata-rata kurang dari 2 (ringan) pada fase post menstruasi.^{4 5-dengan modifikasi}

b. The Mansion's Evaluation Test

Instrumen *The Manson's Evaluation Test* terdiri atas 72 item. Instrumen ini dibagi dalam dua kelompok jawaban, yaitu kelompok ABC menyatakan kecenderungan neurotik, meliputi gejala A = ansietas; B = *depressive fluctuation*; C = sensitivitas emosi, dan kelompok DEFG untuk kecenderungan sosiopatik. Bila masing-masing kelompok mempunyai total skor 21 keatas maka dapat dikatakan subyek mempunyai kecenderungan neurotik atau sosiopatik.^{22 23} Pada penelitian ini, yang diperhitungkan adalah skor kecenderungan neurotik (kelompok ABC), sehingga skor kecenderungan sosiopatik diabaikan.

c. General Health Questioner (GHQ)

Instrumen *General Health Questioner (GHQ)* terdiri atas 60 item. Masing-masing item instrumen ini mempunyai 4 derajat pernyataan dengan skor untuk pernyataan: A=0; B=1; C=2; D=3 (Analisis menurut Likert). Instrumen ini dipergunakan sebagai alat bantu diagnosis depresi, dengan variasi pengelompokan item yaitu gejala somatis meliputi item 1-9; ansietas dan insomnia item 14, 39, 44, 45, 47, 55; gangguan fungsi sosial item 21, 22, 28, 35, 36, 40, 42; dan depresi berat meliputi item 51, 52, 56, 57, 58, 59, 60.

Alat bantu ini telah diuji kesahihan dan keterandalannya oleh Mutrarsi-Firngadi (1987) di Yogyakarta, yang menyimpulkan nilai batas pemisah 40/41 untuk depresi dan non depresi, dengan sensitivitas 92%; spesifitas 90%; Youden indeks 0,82; nilai ramal hasil positif 90%; nilai ramal hasil negatif 90%; dan efektivitas instrumen 91%.²⁴

d. Kuesioner kriteria sehat menurut Goldberg

Untuk mengetahui apakah mereka dalam kondisi sehat selama 3 bulan terakhir, digunakan kuesioner kriteria sehat menurut Golberg. Kuesioner ini terdiri atas 6 pertanyaan. Untuk menjawab pertanyaan tersebut, responden memberi tanda *ya* atau *tidak*. Bila mereka menjawab *ya* pada pertanyaan nomor 1 dan *tidak* pada 5 pertanyaan lainnya, maka mereka dikategorikan sehat.²⁵

3.5. Data yang dikumpulkan

Data yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah diagnosis sindroma premenstruasi, skor kecenderungan neurotik dan skor depresi. Data lain yang dikumpulkan meliputi data pribadi (khusus subyek yang memenuhi kriteria diagnostik SPM) yaitu usia, jumlah saudara kandung perempuan, kedudukan subyek dalam keluarga (anak ke..), pendidikan orang tua, serta keluhan ibu dan saudara kandung perempuan pada saat menjelang menstruasi.

Pada penelitian ini sebagai variabel tergantung (dependen) adalah sindroma premenstruasi. Variabel kendali adalah umur minimal 18 tahun, status belum menikah, pekerjaan mahasiswi. Variabel bebas adalah kecenderungan neurotik dan depresi.

3.6. Cara pengumpulan data

Sebelum mengumpulkan data, peneliti melakukan pendekatan informal pada beberapa Direktur AKPER di Semarang. Tempat penelitian dipilih 3 AKPER yang mempunyai jadwal akademis yang dapat dimanfaatkan peneliti dengan jumlah mahasiswa yang relatif banyak. Peneliti kemudian meminta ijin resmi melalui surat dari Kepala Bagian Psikiatri FK UNDIP kepada Direktur AKPER terpilih, yaitu AKPER Asih Husada, AKPER Karya Husada, dan AKPER Muhammadiyah. Mahasiswa yang ikut dalam penelitian adalah tingkat I, II, dan III untuk AKPER Asih Husada dan tingkat I dan III untuk AKPER Muhammadiyah dan Karya Husada, sedangkan mahasiswa tingkat II pada kedua AKPER tersebut tidak dapat diikuti sertakan karena sedang bertugas keluar kota pada saat penelitian dilaksanakan.

Peneliti melakukan tatap muka dengan para mahasiswa untuk meminta kesediaan mereka ikut dalam penelitian, menjelaskan tujuan penelitian, cara pengisian data, dan berapa lama penelitian ini akan berlangsung. Tujuan penelitian yang dijelaskan pada mahasiswa adalah untuk mengetahui perubahan-perubahan emosional yang sering terjadi pada wanita muda. Minat utama penelitian mengenai gejala-gejala yang muncul menjelang menstruasi tidak disampaikan untuk mengurangi bias dan menghindari kemungkinan adanya perasaan sugestif munculnya gejala selama menstruasi.

Peneliti mengadakan tatap muka minimal sekali dalam sebulan untuk memberikan dan menarik kembali kuesioner berupa LCH selama 3 bulan berturut-turut. Hasil yang diperoleh diolah untuk mendapatkan diagnosis sindroma premenstruasi.

Mahasiswa yang memenuhi syarat (mengembalikan LCH paling tidak 2 siklus menstruasi, ada selang waktu beberapa hari antara fase folikuler (seminggu sesudah menstruasi) dan fase luteal berikutnya (seminggu menjelang menstruasi berikut)), diminta mengisi kuesioner *Manson's Evaluation Test* dan kriteria sehat Golberg.

Mahasiswa yang memenuhi kriteria diagnostik SPM, diminta mengisi kuesioner *General Health Questioner (GHQ)*, serta data epidemiologik lainnya.

3.7. Cara pengolahan dan Analisis data

- a. Data yang diperoleh dari LCH setiap bulannya diédit, skor pada masing-masing item dikelompokkan sesuai dengan kelompok gejala, kemudian dihitung skor rata-ratanya sehingga diperoleh skor gejala 1-11 baik premenstruasi maupun postmenstruasi. Dari 11 gejala, dipilih 5 gejala dengan skor rata-rata tertinggi pada fase premenstruasi yang salah satunya haruslah gejala 1-4. Kelima skor rata-rata tertinggi

tersebut dihitung persentase perubahan gejalanya dengan cara menghitung selisih skor rata-rata premenstruasi dan postmenstruasi (premenstruasi - postmenstruasi) dibagi skor rata-rata postmenstruasi. Diagnosis ditegakkan bila rata-rata persentase perubahan kelima gejala tersebut 30% atau lebih,^{5 6} dan skor rata-rata postmenstruasi pada masing-masing gejala (11gejala) kurang dari 2 (ringan).^{6-dengan}
modifikasi

- b. Data dari kuesioner *Manson's evaluation test* kemudian diedit, skor dalam kelompok ABC dijumlahkan, kemudian dikelompokkan menjadi 2 yaitu yang skornya lebih dari 21 dan yang kurang atau sama dengan 21. Subyek dengan skor lebih dari 21 masuk kelompok kecenderungan neurotik, sedangkan yang sama atau kurang dari 21 masuk kelompok tidak mempunyai kecenderungan neurotik.
- c. Data dari kuesioner GHQ diedit, skor dijumlahkan, kemudian dikelompokkan menjadi 2 yaitu yang skornya lebih atau sama dengan 41 masuk kelompok depresi dan yang skornya kurang dari 41 masuk kelompok tidak depresi.

Uji statistik yang digunakan pada penelitian adalah Kai-kwadrat.

- d. Data dari kuesioner kriteria sehat Golberg dinilai, bila sakit dalam waktu 3 bulan terakhir, subyek dieksklusikan.
- e. Data demografi yang diambil dari penderita SPM diedit, dikelompokkan sesuai jenisnya, kemudian disajikan secara deskriptif.

3.6. Definisi operasional

- a. **SPM** adalah sindroma premenstruasi yang diagnosis nya ditegakkan sesuai kriteria *premenstrual dysphoric disorder* DSM-IV. Kriteria ini kemudian dijabarkan dalam bentuk kuesioner berupa Lembar Catatan Harian yang diisi secara prospektif oleh subyek selama minimal 2 siklus menstruasi (rata-rata 90 hari). Kriteria B dalam katagori diagnostik (beratnya gejala sehingga mengganggu fungsi peran), pada penelitian ini diabaikan, sedangkan untuk memenuhi kriteria C (bukan suatu eksaserbasi dari gangguan lain) dihindari dengan cara mengeksklusikan subyek yang mempunyai skor rata-rata seminggu setelah menstruasi lebih besar atau sama dengan 2.
- b. **Kecenderungan neurotik** adalah suatu ciri neurotik pada subyek yang ditentukan melalui penilaian pada *the Manson evaluation test*. Subyek dikatakan mempunyai kecenderungan neurotik bila mempunyai total skor pada kelompok ABC lebih besar dari 21.
- c. **Depresi** pada penelitian ini ditegakkan melalui pengisian inventori *General Health Questioner (GHQ)*. Subyek dikatakan depresi bila total skor lebih besar atau sama dengan 41.
- d. Subyek dikatakan **sehat** bila menjawab kuesioner kriteria sehat Golberg dengan jawaban *ya* untuk pertanyaan nomor satu, dan *tidak* untuk pertanyaan 2 sampai 6.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Karakteristik sampel

Mahasiswa Akademi Keperawatan (AKPER) yang ikut dalam penelitian ini 365 orang terdiri dari 121 mahasiswa AKPER Karya Husada, 124 mahasiswa AKPER Asih Husada dan 120 mahasiswa AKPER Muhammadiyah Semarang. Seratus empat orang dieksklusikan dari penelitian karena 54 orang tidak mengembalikan lembar catatan harian (LCH) secara lengkap selama minimal 2 siklus menstruasi, dan 50 orang lainnya menstruasi tidak teratur sehingga tidak dapat dievaluasi, dengan demikian jumlah mahasiswa yang dapat dievaluasi adalah 261 orang.

Mahasiswa yang mengalami sindroma premenstruasi (SPM) adalah 23 orang (8,8%), sedangkan sisanya 238 orang (91,2%) tidak memenuhi kriteria diagnostik SPM. Mereka berusia rata-rata 19,8 tahun (SD 1,3), minimum 18 tahun dan maksimum 24 tahun.

Mahasiswa yang hadir ketika dilakukan pengisian kuesioner kriteria sehat Golberg dan *Manson's Evaluation test* untuk mengetahui adanya **kecenderungan neurotik** adalah 212 orang. Mahasiswa yang tidak hadir 49 orang. Mereka tidak hadir karena sedang bertugas di luar kampus. Dengan demikian, jumlah mahasiswa yang dievaluasi berjumlah 212 orang. Hasil test menunjukkan bahwa semua mahasiswa yang mengisi kuesioner Goldberg dalam 3 bulan terakhir ini dalam kondisi sehat. Mahasiswa yang mempunyai kecenderungan neurotik 97 orang (45,8%), sedangkan yang tidak mempunyai kecenderungan neurotik 115 orang (54,2%).

Mahasiswa yang mengalami SPM (23 orang), 11 orang mempunyai kecenderungan neurotik, sedangkan sisanya 12 orang tidak. Disamping mengerjakan *Manson's Evaluation test*, mereka juga diminta mengisi kuesioner *General Health Questioner (GHQ)* untuk mengetahui ada atau tidak depresi pada mereka. Mahasiswa yang hadir untuk mengisi kuesioner ini 22 orang, satu orang dieksklusikan karena tidak mengisi kuesioner. Subyek yang dievaluasi pada penelitian tahap ini berjumlah 22 orang. Dari 22 orang tersebut (10 orang mempunyai kecenderungan neurotik, 12 orang tidak), 7 orang mengalami depresi, 15 orang tidak mengalami depresi. Mahasiswa yang mengalami SPM dengan kecenderungan neurotik, 6 orang mempunyai skor *GHQ* 41 atau lebih yang berarti mengalami depresi, sedangkan 4 orang tidak depresi.

Tabel 2. Karakteristik sampel

Variabel	frekwensi	%
N = 212		
SPM +	23	10,8
SPM -	189	89,2
Kecenderungan neurotik +	97	45,8
Kecenderungan neurotik -	115	54,2
N = 23		
SPM dengan kecenderungan N +	11	47,8
SPM dengan kecenderungan N -	12	52,2
N = 22		
SPM dengan depresi	7	31,8
SPM tanpa depresi	15	68,2
N = 10		
SPM-N + dengan depresi	6	60
SPM-N + tanpa depresi	4	40
N = 12		
SPM-N - dengan depresi	1	8,3
SPM-N - tanpa depresi	11	91,7

4.2. Prevalensi

Prevalensi mahasiswa yang mengalami SPM adalah 8.8% (23 dari 261 orang). Hasil penelitian ini lebih tinggi dari penelitian pada mahasiswa yang pernah dilakukan sebelumnya yaitu 4.6%.¹⁵ Dengan menggunakan kriteria yang berat, didapatkan prevalensi 5% pada mahasiswi di Pittsburgh.⁶ Satu kepustakaan mengatakan bahwa dalam suatu survey di Amerika Utara, 3 - 8 % wanita usia reproduksi mengalami SPM.¹⁸ Kepustakaan lain mengatakan prevalensi SPM adalah 2 - 9 %.¹³

Penelitian lain yang pernah dilakukan terhadap 150 mahasiswa dua Akademi di Malang mendapatkan prevalensi 54%.²⁵ Pada penelitian tersebut sampel diambil secara retrospektif, sehingga diperoleh hasil yang cukup tinggi. Cara pengambilan sampel seperti ini perlu dipertanyakan. Mereka yang dinyatakan mempunyai SPM secara retrospektif, ternyata lebih dari 50% hasilnya tidak memenuhi kriteria diagnostik SPM setelah dikonfirmasi secara prospektif dengan menggunakan buku harian selama minimal 2 siklus menstruasi.¹⁵ Laporan secara prospektif merupakan satu-satunya cara yang dapat diterima untuk menunjukkan hubungan antara perubahan *mood* dengan siklus menstruasi.²⁷ Satu penelitian di Swedia, dengan menggunakan kriteria yang ringan menunjukkan prevalensi 73 %.⁶ Angka absen dari pekerjaan 2,1%, dan hanya sekitar 7,5% penderita yang membutuhkan pengobatan.^{6 15}

Hasil penelitian yang kami peroleh, menunjukkan SPM dengan gejala ringan (tabel 2). Skor rata-rata gejala baik pada siklus pertama maupun kedua 1,7-2, yaitu ringan sehingga tidak sampai mengganggu fungsi sosial atau pun fungsi akademiknya. Hasil ini sesuai dengan apa yang diperoleh dalam penelitian sebelumnya yang mendapatkan 9 dari 10 orang yang memenuhi kriteria SPM mengalami gejala ringan

dan hanya 1 orang yang mempunyai gejala sedang sampai berat.¹⁵ Prevalensi SPM sangat bervariasi karena berbedanya instrumen yang digunakan dalam penelitian, definisi dan populasi penelitian.^{16 28}

Tabel 3. Skor rata-rata gejala pada kedua siklus menstruasi

Gejala	Skor rata-rata	
	siklus I	siklus II
1. mood depresi yang jelas	1,7	1,7
2. ansietas yang jelas, tegang gelisah	1,7	1,8
3. labilitas afek yang jelas	1,8	1,7
4. iritabel, perasaan marah menetap	1,8	1,8
5. penurunan minat – aktivitas	1,9	1,7
6. sulit konsentrasi	1,9	1,8
7. letargi, mudah lelah	2	1,8
8. perubahan nafsu makan	1,6	1,5
9. insomnia atau hipersomnia	1,6	1,7
10. perasaan subyektif sedang terlenda atau keluar kendali	2	1,8
11. gejala-gejala fisik	1,8	1,7

4.3. Status epidemiologik subyek yang memenuhi kriteria SPM (n = 22)

Umur penderita SPM dalam penelitian ini berkisar antara 19-23 tahun, rata-rata berumur 20,8 tahun (SD 1,26). **Kedudukan subyek dalam keluarga** bervariasi, anak tunggal 4,5%, anak sulung 50%, anak bungsu 9,1%, dan anak tengah 36,4%. Sebagian besar subyek mempunyai saudara kandung 2 orang atau lebih (81,8%), dan

hanya 18,2% yang saudara kandungnya 1 orang. Berdasarkan pendidikan orang tua, ayah yang mempunyai pendidikan SD 22,7%, SLTP 9,1%, SLTA 63,6%, dan Perguruan Tinggi 4,5%. Ibu yang berpendidikan SD 50%, SLTP 13,6%, SLTA 36,4% dan tak seorang pun yang lulus Perguruan Tinggi.

Secara anekdot, sering dilaporkan adanya riwayat keluarga pada SPM. Dua penelitian genetik pada saudara kembar menunjukkan peningkatan *heritability* pada SPM. Penelitian lain mengatakan, anak perempuan yang mempunyai ibu menderita SPM, mempunyai kemungkinan lebih besar untuk menderita SPM daripada yang ibunya tidak. Penelitian terbaru terhadap 80 pasangan kembar yang tidak menderita SPM, mendapatkan ke-80 pasangan ini tidak ada yang menderita SPM. Namun demikian dikatakan, sampel penelitian ini terlalu kecil untuk suatu penelitian genetik, sehingga perlu dikonfirmasi dengan penelitian dengan metodologi yang lebih baik.²

Penelitian ini juga menanyakan adanya keluhan ibu dan saudara perempuan mereka saat menjelang menstruasi. Untuk keluhan ibu saat menstruasi kami peroleh dari 21 subyek. Satu subyek tidak mengisi data ini karena ibunya sudah lama tidak menstruasi. Hasilnya, ibu yang mempunyai keluhan-keluhan saat menstruasi yaitu 76.2% sedangkan 23.8% sisanya tidak ada keluhan. Dari saudara kandung kami peroleh data sebanyak 19 subyek. Tiga subyek tidak mengisi data ini karena tidak mempunyai saudara perempuan. Hasil yang kami peroleh menunjukkan 73.7% mempunyai keluhan saat menstruasi sedangkan 26.3% sisanya tidak.

Hasil ini sangatlah subyektif karena hanya berdasarkan pengamatan yang dilakukan oleh penderita. Kami tidak membedakan apakah keluhan itu bersifat fisik atautkah gejala-gejala perilaku yang umum dijumpai pada SPM. Penelitian yang mencari

hubungan antara ibu, anak perempuan dan saudara perempuan yang menderita SPM diperlukan untuk mendapatkan hasil yang lebih baik.

Tabel 4. Data demografi penderita SPM

Variabel	frekwensi	%
N = 22		
Kedudukan subyek dalam keluarga		
- anak tunggal	1	4,5
- anak sulung	11	50
- anak bungsu	2	9,1
- anak tengah	8	36,4
Jumlah saudara kandung		
- dua orang atau lebih	18	81,8
- kurang dari 2 orang	4	18,2
Pendidikan ayah		
- SD	5	22,7
- SLTP	2	9,1
- SLTA	14	63,6
- PT	1	4,5
Pendidikan ibu		
- SD	11	50
- SLTP	3	13,6
- SLTA	8	36,4
- PT	0	0
Keluhan ibu saat menstruasi (n=21)		
- Ada keluhan	16	76,2
- Tidak ada keluhan	5	23,8
Keluhan saudara perempuan saat menstruasi (n=19)		
- Ada keluhan	14	73,7
- Tidak ada keluhan	5	26,3

4.4. Hubungan SPM dengan kecenderungan neurotik

Pada tahap ini jumlah mahasiswa yang mengisi kuesioner *Manson's Evaluation test* 212 orang, terdiri dari 23 (10,8%) orang dengan diagnosis SPM dan 189 (89,2%) orang tidak memenuhi diagnosis SPM. Hasil yang diperoleh pada penelitian ini yaitu 97 orang (45,8%) mempunyai kecenderungan neurotik, terdiri dari 11 orang kelompok SPM dan 86 orang kelompok yang tidak memenuhi kriteria SPM. Dari uji kai kwadrat, dengan batas kemaknaan 95%, didapatkan hasil $p = 0,83$ atau tidak signifikan.

Tabel 5. Uji Kai-kwadrat hubungan SPM dengan kecenderungan neurotik

	Neurotik +	Neurotik -	
SPM +	11	12	23
SPM -	86	103	189
Total	97	115	212

Uji kai kwadrat $p = .83$ (tidak signifikan); batas kemaknaan 95%

Belum ada teori psikodinamik yang menjelaskan gejala-gejala SPM, atau pun secara logis memaparkan sebab-sebab atau fenomenologinya. Beberapa penulis memperkirakan bahwa SPM berhubungan dengan ciri neurotik. Belum ada penelitian yang secara konsisten menggambarkan profil psikologis ciri kepribadian yang berhubungan dengan beratnya gejala.⁶

Pada penelitian ini ternyata tidak terbukti adanya hubungan antara SPM dengan kecenderungan neurotik ($p = 0,83$). Dengan menggunakan inventory MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) yaitu satu inventory yang sangat valid untuk mengetahui ciri kepribadian seseorang, didapatkan bahwa wanita dengan SPM lebih sering menunjukkan gejala-gejala yang memenuhi kriteria untuk gangguan pada aksis I daripada aksis II. Sebagian besar wanita dengan SPM mempunyai kepribadian normal.⁶

Coppen dan Kessel (dalam Rubinow dan Roy-Byrne²⁷) mengatakan bahwa wanita dengan skor premenstruasi tinggi ternyata mempunyai ciri neurotik setelah diperiksa dengan *Eysenk Neuroticisme Scale*. Namun demikian, hasil ini dianggap tidak valid untuk penderita SPM karena dua gejala SPM yaitu "labilitas emosi" dan "emotional over responsiveness" juga merupakan gejala-gejala neurotik²⁷.

Dengan cara yang sama, Rees (dalam Rubinow dan Roy-Byrne²⁷) menarik suatu kesimpulan yang mirip dengan Coppen dan Kessel. Dia juga mendapatkan adanya ciri neurotik yang berat pada wanita yang tidak mempunyai keluhan gejala-gejala premenstruasi.²⁷

Pada penelitian ini, dari 189 mahasiswa yang tidak memenuhi kriteria SPM 86 (45,5%) mempunyai kecenderungan neurotik. Hasil ini mirip dengan apa yang didapatkan oleh Rees diatas.

Rees melakukan penelitian lanjutan terhadap wanita yang neurotik tersebut. Dia mendapatkan bahwa setelah dilakukan psikoterapi, mereka yang mengalami perbaikan secara psikologis, tidak diikuti oleh perbaikan gejala-gejala premenstruasinya. Dia menyimpulkan bahwa meskipun nampaknya terdapat tumpang tindih (overlap) antara

SPM dengan gangguan psikiatrik (khususnya gangguan mood), sebenarnya gangguan-gangguan ini jelas berlainan.²⁷

Adanya kecenderungan neurotik dengan gangguan psikatrik khususnya SPM sampai saat ini masih kontroversial. Sebagian penulis melaporkan adanya hubungan antara kecenderungan neurotik dengan SPM, sebagian lagi menyatakan tidak ada hubungan antara keduanya. Hasil penelitian ini juga menunjukkan tidak ada hubungan antara SPM dengan kecenderungan neurotik. Penelitian dengan desain yang lebih baik dan subyek yang lebih variatif diperlukan untuk mendapatkan hasil yang lebih baik.

4.5. Hubungan SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi

Duapuluhdua (22) orang mahasiswa yang ikut dalam penelitian ini, 10 orang mempunyai kecenderungan neurotik dan 12 orang tidak mempunyai kecenderungan neurotik. Hasil yang didapat yaitu, 7 orang mengalami depresi, sedangkan 15 orang sisanya tidak. Tujuh orang tersebut terdiri dari 6 orang yang mempunyai kecenderungan neurotik dan 1 orang yang tidak mempunyai kecenderungan neurotik. Limabelas orang yang tidak mengalami depresi, 4 orang diantaranya mempunyai kecenderungan neurotik dan 11 orang tidak.

Tabel 6. Frekwensi penderita SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik dan depresi

	ada	(%)	tidak ada	(%)
n = 22				
Kecenderungan neurotik	10	45.5	12	54.5
Depresi	7	31.8	15	68.2

Setelah dilakukan uji statistik dengan menggunakan *Fisher Exact test*, ternyata didapatkan hubungan yang bermakna antara sindroma premenstruasi yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi (two tail, $p = 0.02$; batas kemaknaan 95%).

Tabel 7. Uji Kai-kwadrat hubungan SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi

	Depresi +	depresi -	
Neurotik +	6	4	10
Neurotik -	1	11	12
jumlah	7	15	22

Fisher exact test : one tail $p = 0,015$; two tail $p = 0,020$; batas kemaknaan 95%

Perubahan mood merupakan hal yang paling sering terjadi pada sindroma premenstruasi.²⁸ Gejala mood, yaitu depresi, ansietas, iritabel dan labilitas mood, merupakan gejala yang paling sering muncul pada SPM,^{10 15} oleh karena itu cukup

beralasan untuk mengetahui hubungan antara penderita SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi ($p = 0,02$). Hasil ini sesuai dengan beberapa penelitian terdahulu, yang mendapatkan bahwa seseorang yang mempunyai skor tinggi pada penilaian ciri neurotik menunjukkan peningkatan risiko untuk menderita gangguan depresi major. Ciri neurotik berhubungan dengan jeleknya kontrol terhadap dorongan impuls dan perhatian yang berlebihan terhadap fungsi fisik.⁷

Wanita dengan SPM umumnya melaporkan banyaknya gejala somatik yang dirasakan, seperti migren, payudara membengkak, perut kembung, palpitasi, dan pusing.⁸ Pada intinya, ciri neurotik merupakan keadaan yang secara umum mempunyai kecenderungan untuk mengalami distres psikologis. Orang yang mencari pengobatan psikiatris hampir selalu mengalami distres. Beberapa ahli mengatakan bahwa sebenarnya semua populasi klinik, mulai dari pasien penyalahgunaan zat sampai skizofrenia mempunyai skor ciri neurotik yang tinggi.⁷

Beberapa tulisan membahas hubungan antara SPM dengan gangguan mood, dan hubungan antara ciri neurotik dengan gangguan mood, tetapi belum ada tulisan yang secara khusus membahas hubungan antara SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik atau ciri kepribadian lain dengan gangguan mood atau gangguan psikiatrik lainnya. Masih diperlukan penelitian dengan metodologi yang lebih baik untuk klarifikasi hasil yang diperoleh pada penelitian ini.

4.6 Keterbatasan penelitian

Pada penelitian ini masih terdapat beberapa kelemahan karena kriteria diagnostik yang digunakan ringan, yaitu dengan mengabaikan kriteria B DSM-IV (gangguan secara jelas mempengaruhi pekerjaan, sekolah atau aktivitas sosial sehari-hari). Modifikasi kriteria ini dilakukan mengingat subyek bukan dari klinik atau institusi pelayanan kesehatan sehingga diasumsikan memang mereka belum merasakan gejala-gejala tersebut sebagai suatu gangguan yang menghambat aktivitas.

Kelemahan lain yaitu usia subyek kurang mewakili semua wanita usia produktif karena terbatas pada mahasiswa. Hal ini dilakukan untuk mempermudah mengontrol variabel perancu karena penelitian ini menggunakan metodologi yang sederhana.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

- a. Prevalensi SPM pada penelitian ini adalah 8,8% (23 dari 261 subyek). Mereka berusia rata-rata 20,8 tahun, sebagian besar anak sulung (50%) dan anak tengah (36,4%). Pendidikan ayah sebagian besar SLTA (63,6%) dan pendidikan ibu sebagian besar SD (50%). Ibu yang mempunyai keluhan baik fisik ataupun psikologis selama menjelang menstruasi 76,2%, sedangkan saudara kandung perempuan yang mempunyai keluhan serupa yaitu 73,7%.

Mereka yang memenuhi kriteria diagnostik pada penelitian ini sebagian besar mempunyai gejala ringan, atau bahkan sangat ringan karena rata-rata skor gejala pada LCH antara 1,7 – 2.

- b. Jumlah subyek yang mempunyai kecenderungan neurotik pada penelitian ini adalah 97 orang dari 212 subyek (45,8%). Mereka terdiri dari 11 orang penderita SPM dan 86 orang yang tidak memenuhi diagnosis SPM. Setelah dilakukan uji Kai-kwadrat, ternyata tidak ada hubungan yang bermakna antara SPM dengan kecenderungan neurotik ($p = 0,83$), yang berarti hipotesis 1 ditolak.
- c. Penderita SPM yang mengisi kuesioner GHQ jumlahnya 22 orang. Hasil yang diperoleh adalah 7 orang mengalami depresi dan 15 orang tidak mengalami depresi. Tujuh orang yang mengalami depresi tersebut terdiri dari 6 orang dengan

kecenderungan neurotik, sedangkan 1 orang lainnya tidak mempunyai kecenderungan neurotik.

Setelah dilakukan uji *Fisher exact test* diperoleh $p = 0,02$ yang berarti **terdapat hubungan yang bermakna antara penderita SPM yang mempunyai kecenderungan neurotik dengan depresi. Dengan demikian hipotesis 2 dapat diterima.**

5.2. Saran

- a. Prevalensi yang didapat pada penelitian ini belum dapat di generalisasi karena subyek penelitian hanya terbatas pada sekelompok wanita yang belum mewakili berbagai variabel yang mungkin berpengaruh pada SPM. Variabel demografi pada penelitian ini disajikan secara deskriptif sehingga bagaimana hubungan antara variabel-variabel tersebut dengan SPM masih perlu diteliti.

Penelitian dengan subyek yang lebih heterogen, kriteria diagnostik yang lebih ketat dan desain yang lebih baik diperlukan untuk memperoleh hasil penelitian yang lebih baik.

- b. Untuk mencari hubungan SPM dengan variabel-variabel yang secara psikologis mungkin berpengaruh pada SPM, seperti ciri kepribadian, stresor psikososial, gangguan psikiatrik lainnya diperlukan penelitian dengan desain yang lebih baik yang membandingkan kelompok wanita dengan SPM di masyarakat dengan kelompok wanita dengan SPM yang mencari pengobatan di klinik.

Kepustakaan

1. Mortola JF. Application of gonadotropin-releasing hormon analogues in the treatment of premenstrual syndrome. Clin Obstet Gynecol 1993;36:753-63.
2. Pearlstein TB. Hormones and depression: what are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy ?. Am J Obstet Gynecol 1995; 173:646-53
3. Schmidt PJ, Nieman LK, Grover GN, Muller KL, Merriam GR, Rubinow DR. Lack of effect induced menses on symptoms in women with premenstrual syndrome. N Engl J Med 1991; 324:1174-9.
4. American Psychiatric Assosiation. Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Associsation 1994.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins 1994: 565-72
6. Parry BL, Rausch JL. Prementrual dysphoric disorder. Di dalam: Kaplan Hi, Sadock BJ. Eds. Comprehensive text book of psychiatry 6th ed. Baltimore: William & Wilkins 1995: 1707-13
7. Costa Jr PT, Mc Crae RR. Theories of personality and psychophatology: approach derived from phylosophy and psychology. Di dalam : Kaplan HI, Sadock BJ. Eds. Comprehensive text book of psychiatry 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins 1995: 507-19.

8. UczmierczykARK, Abrum AHL, Johnson CC. The relationship between mood, somatization, and alexithymia in premenstrual syndrome. *Psychosomatics* 1995; 36: 26-32.
9. Schmidt PJ, Grover GN, Hoban MC, Rubinow DR. State-dependent alteration in the perception of live events in menstrual-related mood disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 230-4.
10. Bloch M, Schmidt PJ, Rubinow DR. Premenstrual syndrome: evidence for symptom stability across cycles. *Am j Psychiatry* 1997; 154: 1741-6.
11. Leibenluft E, Fiero PL, Rubinow DR. Effects of the menstrual cycle on dependent variables in mood disorder research. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 761-81.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and sttistical manual for mental disorders 3rd ed(revission) 1987. Washington DC: American Psychiatric Association: 367-9.
13. Seippel L, Bachstrom T. Luteal-phase estradiol relates to symptom severity in patients with premenstrual syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83: 1988-92.
14. Yonkers KA, Halbreich U, Freeman E, Brown C, Pearlstein T. Sertraline in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Psychopharmacology Bulletin* 1996; 32(1): 41-6.
15. Amir N. Premenstual dysphoric disorder dan penatalaksanaannya. Naskah simposium neurosains untuk klinik. Yogyakarta 5 Desember 1998.
16. Rivera-Tovar AD, Frank E. Late Luteal phase dysphoric disorder in young women. *Am J Psychiatry* 1990; 47: 1163-6.

17. Gerald MF, Psych MRC, Malone KM, Shuhera li, Harrison WM, Mc Bride PA, et al. Blunted serotonin response to fenfluramine challenge in premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 556-8.
18. Iskandar HY. *Test personaliti ed 4*. Jakarta: Yayasan Dharma Graha 1997.
19. SteIner M, Steinberg S, Stewart D, Carter D, Berger C, Reid R, et al. Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. *N Engl J med* 1995;332; 1529-34.
20. Schmidt PJ, Grover GN, Rubinow DR. Alprazolam in the treatment of premenstrual syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 467-73.
21. Lwanga SK, Lameshow L. *Samplesize determination in health studies. A practical manual*. Geneva: WHO 1991.
22. Wicaksana I, Sumarni DW, Kresman RA. Hubungan keintiman remaja-orang tua dengan depresi, kecenderungan sosiopatik dan neurotik serta disfungsi sosial pada remaja pelajar tiga SLTA di Yogyakarta. *Jiwa* 1991; 2: 53-75.
23. Soekarto A. *Kecenderungan neurotik dan sosiopatik pada kelompok pelajar SMA yang menggunakan dumolid di Yogyakarta*. Yogyakarta: Lab. Kedokteran Jiwa FK UGM 1985.
24. Moetrarsi-Firngadi. *Uji validitas dan reliabilitas GHQ untuk depresi dan frekuensi depresi pada remaja pelajar / mahasiswa yang datang ke poliklinik jiwa RSUP DR. Sardjito. Karya Ilmiah Paripurna*. Yogyakarta: Lab. Kedokteran Jiwa FK UGM 1987.
25. Prawirohardjo RS. *Depresi pada remaja pelajar di Kotamadya Yogyakarta penyusunan inventori baru, penentuan prevalensi dan faktor-faktor yang*

berpengaruh pada depresi serta upaya terapinya. Desertasi untuk memperoleh derajat doktor. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada 1989.

26. Hadisapoetro R, Muljohardjono H, Warsiki E, Mawardi H, Muryono. Ciri-ciri kepribadian mahasiswa penderita sindroma prahaid. *Jiwa* 1991; 3: 89-95.
27. Rubinow DR, Roy-Byrne P. Premenstrual syndrome: overview from a methodologic perspective. *Am J Psychiatry* 1984; 141:163-72
28. Kendler KS, Karkowski LM, Covey LA, Neale MC. Longitudinal population-based twin study of retrospectively reported premenstrual syndrome and lifetime major depression. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1234-40.