

BAB I

PENDAHULUAN

I. I. Latar Belakang Permasalahan

Jika berbicara tentang menopause pada wanita, sebenarnya kita berbicara tentang masalah sosial budaya dan kehidupan. Hal ini mengingat kedudukan wanita yang sangat penting dan mulia dalam lingkup sosial, budaya, agama dan khususnya dalam perannya sebagai seorang ibu. Pada dasarnya setiap wanita memang sudah ditakdirkan mengalami suatu masa menopause dalam kehidupannya tetapi, yang terpenting sebetulnya dalam hal ini adalah bagaimana mereka menyikapi menopause yang dialami dan persiapan mereka sendiri sebelum serta sesudah masa menopause.

Wanita memiliki siklus kehidupan yang dapat dibagi dalam beberapa masa, yaitu masa prepubertas, masa pubertas, masa reproduksi, dan setelah mengalami menopause wanita memasuki masa pascamenopause. Masing-masing masa itu mempunyai kekhususan, misalnya terjadi perubahan fisiologis dari fungsi-fungsi organ tubuh tertentu. Karena itu jika terjadi gangguan pada masing-masing masa tersebut dapat dikatakan terjadi penyimpangan dari faal yang spesifik dari masa tersebut.

Di Indonesia banyak wanita yang telah meninggal sebelum mencapai usia menopause (kurang lebih umur 50 tahun). Perkembangan di Indonesia saat ini,

harapan hidup sekitar 65 tahun, jadi masih ada waktu sekitar 15 tahun yang harus dijalani oleh kebanyakan wanita Indonesia dengan fungsi ovarium yang menurun, atau dengan defisiensi hormon (Baziad, 1997).

Pada usia yang sama, bagi wanita yang memiliki karir, umumnya sedang mencapai puncak prestasi. Bagi wanita yang bukan termasuk wanita bekerja pun akan dituntut untuk mengimbangi karir suami yang pada umumnya juga sedang berada pada puncak prestasi (Alkaff, dkk, 1991).

Mengingat menopause dan pasca menopause merupakan masalah normal tapi dapat menyebabkan penerimaan yang berbeda-beda diantara wanita yang mengalami, maka alangkah baiknya jika masalah menopause ini diketahui secara jelas oleh setiap wanita. Oleh karena itu, mempersiapkan diri sebelum dan sesudah menopause menjadi hal terpenting dalam menghadapi menopause.

Dalam kesempatan ini dikatakan, bahwa sebetulnya masa-masa menopause sendiri merupakan masa yang kompleks bagi wanita, karena hal ini berkaitan dengan keadaan badaniah dan kejiwaan mereka. Dalam hal ini, menopause sering kali didefinisikan sebagai satu fase normal dalam perjalanan hidup seorang wanita dimana terjadi penghentian haid akibat berhentinya fungsi indung telur yang mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Menopause dapat menyebabkan mood yang mudah berubah, mudah lupa, hilang konsentrasi, mudah marah, sulit tidur dan terkadang depresi yang biasanya dapat diatasi dengan pengobatan

Tanggapan terhadap kedatangan tahap ini sangat individual. Umumnya wanita dapat melampauinya dengan perasaan aman dan tentram. Wanita yang menemukan harga dirinya dalam pekerjaan, mudah adaptasi dengan lingkungannya, maka acapkali dia dapat menerima usia tua dan menopause sebagai sesuatu yang positif (Paat, 1989). Tetapi ada sebagian wanita yang kurang mampu menerima kenyataan tersebut, kemudian menolak atau menghindar dengan berbagai sikap dan perilaku untuk menghindarinya. Mereka merasa tak lagi sempurna sebagai seorang wanita, takut kehilangan nafsu birahinya, kehilangan kecantikannya, beranggapan bahwa datangnya menopause merupakan akhir dari segala-galanya (Hudomo, 1982).

Gejala menopause kalau didaftar dapat sampai 15 macam, tetapi hanya 20 % yang sampai terpaksa dirawat (Porter dkk, 1996), dan adapula yang menemukan sampai 35% terpaksa dirawat (Backstrom, 1995). Hampir 11% merasa ketakutan akan kelihatan tua, sedangkan yang menderita gejala psikologi sebanyak 21% dan kelainan vasomotor 1,4 %, walaupun demikian ada 11% yang merasa positif dalam hidupnya (von Muhlen dkk, 1995).

Perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang kedokteran, memungkinkan untuk mengetahui tentang menopause secara mendalam baik dipandang dari sudut fisik maupun secara kejiwaan, wanita dapat memasuki masa menopause tanpa kekhawatiran karena itu merupakan perubahan fungsi fisiologis yang wajar. Bimbingan konseling, penerangan, maupun pengobatan telah diadakan dan berkembang. Akan tetapi anggapan positif

sebagian masyarakat. Anggapan negatif ini jika diyakini oleh wanita yang hendak memasuki masa menopause akan menimbulkan berbagai akibat yang tidak menyenangkan baik bagi wanita itu sendiri maupun keluarga dan lingkungan pekerjaannya.

I . 2 . Perumusan Permasalahan

Atas dasar latar belakang di atas dapat dirumuskan permasalahannya adalah frekuensi depresi pada wanita pasca menopause di lingkungan pengajian di Desa Empang Kecamatan Tawang Kabupaten Tasikmalaya.

I . 3 . Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui problema depresi pada seorang wanita setelah masa menopause.

I . 4 . Tinjauan Pustaka

I . 4 . 1 . Defenisi

I . 4 . 1 . 1 . Depresi

Menurut Maramis (1998), depresi adalah dengan komponen psikologik, misalnya : rasa sedih, susah, rasa tak berguna, gagal, tak ada harapan, putus asa, penyesalan yang patologis; dan komponen somatik, misalnya : anorexia, konstipasi, kulit lembab (rasa dingin), tekanan darah dan nadi menurun sedikit. Bila gangguan tidur, anorexia, konstipasi atau kelesuan yang berlangsung selama 2 minggu atau lebih.

seksual timbul bersamaan, maka ingatlal akan gangguan depresi. Ada jenis depresi dengan penarikan diri dan ada pula dengan kegelisahan atau agitasi (Maramis, 1998).

Depresi adalah gangguan yang dikategorikan kedalam gangguan jiwa afektif, dengan gejala utama kemasgulan yang disertai gangguan psikomotor dan somatik dalam kurun waktu tertentu (Prawirohardjo, 1985).

Manifestasi depresi dapat merupakan suatu kumpulan keluhan kesah, gejala yang bisa dianggap merupakan pancaran pada satu segi, ialah segi kejiwaan (psikis), inipun hanya terbatas pada satu bagian tertentu yaitu afek (sedih, murung, tidak ada gairah, pesimistik, merasa berdosa, rendah diri). Keluh kesah terbatas pada tingkat psikis sedang faktor stessor psikososial juga berperan, juga ditemukan predisposisi neurotik, oleh karena itu depresi ini sering disebut depresi psikogen, depresi reaktif, depresi neurotik atau depresi personal.

Manifestasi depresi yang lain adalah dalam bentuk sindrom, keluhan kesah dan gejala yang saling berkaitan secara teratur dan dianggap sebagai pancaran gangguan pada beberapa segi, tidak hanya dari segi fisik tetapi juga segi somatik. Pada segi psikis, selain gangguan afek juga ada gangguan konsentrasi, ingatan, kelesuan jiwa dan badan, perasaan kosong, terlambat dalam berpikir atau justru merasa dikejar-kejar dan gelisah. Dari segi somatik ada penurunan nafsu makan sampai penurunan berat badan, gangguan tidur, gangguan perut sampai obstipasi, gangguan libido, gangguan vegetatif seperti berdebar-debar, sesak napas, tremor dan kecemasan. Jadi, keluhan kesah meliputi segi psikis dan somatik sedangkan pengaruh lain (faktor

psikososial) tidak berperan, jadi ada predisposisi biologik depresi dengan keluhan kesah seperti di atas disebut depresi endogen, depresi vital, depresi dengan ciri psikotik, depresi dengan ciri melankolia (depresi berat). Secara umum, depresi adalah gangguan perasaan hati yang dapat bersifat fungsional, dimana tidak ditemukan etiologi yang spesifik, dan depresi bersifat primer dimana ditemukan gangguan perasaan hati sebagai gangguan utama dan bermanifestasi, penderita depresi berwajah muram, pembicaraan lambat, gerak-gerik lambat dan yang ketiga adalah keadaan jiwa yang dilaporkan oleh penderita sendiri misalnya saya merasa cemas, sedih, tegang, kesepian, murung, tidak berdaya dan putus asa (Prawirohardjo, 1990).

I . 4 . 1 . 2 . Epidemiologi depresi

Kepustakaan tentang prevalensi dan insidensi depresi apabila ditelusuri, maka akan dijumpai variasi angka yang cukup luas. dalam komuniti variasi prevalensi 70-869 per 100.000 penduduk, sedangkan mengenai insidensi diberikan variasi 33-350 per 100.000 penduduk. Pada umumnya, angka-angka tentang depresi yang diberikan oleh negara-negara non barat relatif lebih rendah dibanding negara-negara barat. Yang menjadi masalah disini bukan hanya praktek pemberian diagnosis, tetapi juga faktor kultural yang dapat memberikan variasi dan ciri yang berbeda dari depresi sesuai dengan penghayatan tentang depresi itu sendiri (Salan, 1989).

Prevalensi depresi mayor (unipolar) sebanyak 2-3 kasus per 100 laki-laki atau sekitar 2-3% dan 5-9 kasus per 100 wanita atau sekitar 5-9 %. Angka insidensi depresi mayor 82-201 kasus baru per 100.000 laki-laki per tahun dan 247-508 kasus

baru per 100 wanita, dihitung dari orang yang memperoleh terapi depresi (Kaplan, 1985).

Faktor psikososial juga mempengaruhi epidemiologi depresi antara lain yang pertama jenis kelamin, dimana depresi lebih banyak pada wanita daripada laki-laki (Kaplan, 1985 ; Matthew, 1985), kedua adalah umur, pada wanita umumnya terjadi pada usia 35-45 tahun sedang laki-laki setelah umur 55 tahun (Kaplan, 1985), ketiga, status perkawinan, umumnya depresi banyak dijumpai pada wanita yang tidak menikah atau bercerai daripada wanita yang menikah (Kaplan, 1985), keempat, faktor kesehatan juga mempengaruhi terjadinya depresi. Matthew Friedmann menuliskan bahwa Dovenmuehle dan Venoerdt insidensi depresi tinggi pada orang tua yang menderita penyakit kronis, $\pm 50\%$. Blazer dan William mengobsesikan pada usia tua yang memiliki gejala depresi, 44% diantaranya memiliki gangguan kesehatan (Matthew, 1985). Kelima, faktor sosial ekonomi juga mempengaruhi terjadinya depresi.

Studi epidemiologi tentang gangguan jiwa tidak menunjukkan peningkatan dari gejala gangguan jiwa ataupun depresi selama masa menopause, dan studi tentang keluhan psikologik pada wanita menopause ditemukan frekuensi yang lebih besar daripada wanita yang lebih muda (Kaplan, 1985). Penelitian Weissmann (1979) menunjukkan bahwa tidak ada kejadian yang menyokong kepercayaan bahwa depresi akan meningkat pada wanita menopause dan perimenopause (Kaplan, 1985).

I . 4 . 1 . 3 . Klasifikasi Depresi

Reaksi penderita dalam merasakan dan menghayati depresinya selalu multipel: afektif, fisiologik, kognitif dan perilaku. Penderita depresi tidak hanya memberikan reaksi tunggal. Hal ini mempersulit dalam mengkategorikan dan mengklasifikasikan depresi, karena para ahli terbentur pada dimensi-dimensi depresi yang muncul bersama-sama. Klasifikasi depresi telah dimuat dalam tiga klasifikasi penyakit jiwa yaitu dalam *International Classification of Disease* dari WHO (ICD-10, 1992), *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV, 1995), yang ketiga adalah Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ-III, 1998) yang dibahas lebih lanjut pada diagnosis depresi (Prawirohusodo, 1990).

I . 4 . 1 . 4 . Diagnosis

Diagnosis depresi ditegakkan berdasarkan observasi dan wawancara oleh para pelopor dan ahli psikiatri terhadap para penderita depresi berat yang dirawat di rumah sakit jiwa di Eropa dan Amerika Serikat. Hal ini bisa dari ICD-9 tahun 1997. Kemudian mulai dilakukan perbaikan cara ini dengan tidak hanya berdasarkan pengamatan para ahli psikiatri tetapi dengan wawancara psikiatri, melalui ketentuan-ketentuan pasti mengenai suatu gejala dan skor dari gejala tersebut. Cara ini dituangkan dalam *Present State Examination/P.S.E* tahun 1973, yang lazim dipakai di Eropa. Di Amerika Serikat dikembangkan klasifikasi diagnosis dengan syarat-syarat tertentu, misalnya diagnosis depresi dapat ditegakkan bila dijumpai pada penderita. Kriteria diagnosis ini dikenal dengan nama *Diagnosis and Statistical*

Manual of Mental Disorder/DMS III tahun 1983. Di Indonesia dikembangkan pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi II /PPDGJ II tahun 1983 yang mirip dengan *DMS III*. Kriteria-kriteria tersebut merupakan *gold standard* yang dipakai untuk menegakkan diagnosis gangguan jiwa (Prawirohusodo, 1990).

Menurut PPDGJ-III, diagnosis Episode Depresi didasarkan pada pedoman berikut:

1. Selama paling sedikit 2 minggu dan hampir setiap hari mengalami suasana perasaan (mood) yang depresif, kehilangan minat, kegembiraan dan berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktivitas.
2. Keadaan tersebut diatas selama paling sedikit 2 minggu dan hampir setiap hari dialami akan disertai gejala-gejala sebagai berikut: konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna (bahkan pada episode tipe ringan sekalipun), pandangan masa depan yang suram dan pesimistik, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu dan nafsu makan berkurang. Periode ini berlangsungnya gejala lebih pendek dari 2 minggu dapat dibenarkan jika gejala tersebut luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.
3. Gejala-gejala tersebut di atas menyebabkan hambatan psikososial seperti cacat fungsi pekerjaan, hubungan sosial dan kegiatan sehari-hari

Kategori depresi dibedakan atas depresi ringan, depresi sedang, depresi berat, yang ditetapkan berdasarkan kriteria berikut:

Depresi ringan :

1. sekurang-kurangnya harus ada 2 gejala dari nomor 1
2. ditambah sekurang-kurangnya 2 gejala dari nomor 2
3. sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan

Depresi sedang

1. sekurang-kurangnya harus ada 2 gejala dari nomor 1
2. ditambah sekurang-kurangnya 3 gejala dari nomor 2
3. menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga

Depresi berat

1. harus ada 3 gejala dari nomor 1
2. ditambah sekurang-kurangnya 4 gejala dari nomor 2
3. sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas (PPDGJ-III, 1998).

1.4.2. Definisi Menopause

Menopause berasal dari bahasa Yunani *Mens* yang berarti tiap bulan dan *Pausa* yang berarti berhenti. Menopause merupakan saat berhentinya menstruasi bagi seorang wanita. Namun istilah *menopause* dan *menopause*

istilah Klimakterium. *Klimakterium* berasal dari bahasa Yunani *Climacteric* artinya tangga, merupakan peralihan antara masa reproduksi dan masa senium. Menopause adalah menstruasi terakhir atau saat terjadinya menstruasi terakhir. Bagian Klimakterium sebelum menopause disebut pramenopause dan sesudah menopause disebut pascamenopause (Pranono, 1998)

Menopause merupakan suatu proses dalam kehidupan seorang wanita yang bersifat fisiologis, yang pasti akan dialami. Umur waktu terjadinya menopause dipengaruhi oleh keturunan, kesehatan umum dan pola kehidupan.

Kata-kata menopause, klimakterium dan pasca menopause sering dikacaukan. Pengertian dari kata-kata tersebut yaitu: menopause adalah haid yang terakhir dialami, menopause ekuivalen dengan menarche. Klimakterium adalah periode yang berlangsung dari kehidupan reproduktif sampai senilium, klimakterium ekuivalen dengan pubertas. Pasca menopause adalah masa sesudah menopause, ini ekuivalen dengan masa kanak-kanak (Hudono, 1982). Merupakan proses alami pada wanita akan mengalami masa aqil baligh, pendewasaan, masa beranak, dan berperan sebagai ibu, masa klimakterium, masa menopause dan pasca menopause berkaitan dengan proses biologik, seperti juga masa reproduktif.

Diagnosa menopause dibuat setelah terdapat amenorea sekurang-kurangnya satu tahun. Berhentinya menstruasi dapat didahului dengan siklus menstruasi yang lebih panjang dan pendarahan yang berkurang (Kaplan, 1985, Prawiroharjo, 1994, Yennan, 1997). Literatur lain menuliskan seorang wanita tidak menstruasi 6 bulan

berturut-turut, maka wanita tersebut telah memasuki usia menopause. Kebanyakan keluhan baru timbul setelah terjadi amenorhea lebih dari 6 bulan. Namun demikian kurang 30% wanita usia 46-47 tahun menstruasinya masih teratur, tetapi memiliki berbagai keluhan yang menyerupai gejala-gejala menopause (Baziad, 1997).

Tidak ada umur yang pasti dimana wanita akan memasuki masa menopause, namun dapat ditunjukkan umur dimana gejala-gejala menopause, yaitu kira-kira 45-50 tahun, walaupun ada wanita yang mengalami menopause di atas 50 tahun (Darajat, 1973). Pada tahun 1915 menopause dikatakan terjadi sekitar umur 44 tahun, sedang pada tahun 1950 terjadi pada umur mendekati 50 tahun. Penelitian Agoestina pada tahun 1982 menyebutkan 50% wanita Indonesia telah mengalami menopause pada umur 48 tahun (Prawirohardjo, 1994).

Dalam sidang ilmiah dengan topik menopause pada muktamar XXI Ikatan Dokter Indonesia tahun 1991 memperkirakan saat ini di Indonesia usia menopause adalah sekitar 50 tahun dengan usia harapan hidup diperkirakan sekitar 65 tahun, sedangkan perkiraan jumlah wanita klimakterik diperkirakan hampir mencapai 21 juta jiwa untuk saat ini.

Literatur dari negara barat menunjukkan bahwa kebanyakan wanita Amerika mengalami menopause pada umur 48-52 tahun (Ojeda, 1993). Literatur lain menyebutkan menopause terjadi sekitar umur 45-55 tahun dengan prevalensi tertinggi 47-51 tahun (Kuczynski, 1988).

Waktu terjadinya menopause dipengaruhi oleh (Ojeda, 1993).

1. Keturunan atau faktor genetik
2. Kesehatan umum : stress, berat badan kurang atau lebih besar dari normal, penyakit tertentu, misalnya keganasan pada uterus atau payudara, penyakit metabolisme seperti diabetes melitus.
3. Pola kehidupan : obat-obatan, kebiasaan merokok.

Masalah-masalah yang dialami wanita dalam usia menjelang menopause, merupakan suatu yang kompleks dari tiga faktor utama secara pendekatan sosiobiologi yaitu :

- a. Keadaan sosiokultural suatu daerah, menetapkan wanita sebagai anggota masyarakat
- b. Psikopersonal, merupakan hasil perpaduan dari aspek herediter dan pengalaman-pengalamannya selama hidupnya dimasyarakat. Psikopersonal mencerminkan ciri-ciri khas kepribadiannya

Lingkungan khusus, dalam hal ini berhubungan dengan suami, keluarga dan status sosial ekonomi.

Masalah menopause merupakan masalah yang kompleks. Secara garis besar terdapat dua pendapat yang masih diperdebatkan, yaitu (Paat, 1989) :

1. Faktor kultural, yang menilai wanita lebih dari penampilan fisiknya dari pada segi non fisik. Banyak anggapan subjektif masyarakat tentang wanita, yaitu penekanan pada kecantikan fisik serta di kaitkan dengan kesuburan. Sehingga muncul depresi kekecewaan bingung cemas disertai gejala fisik

2. Faktor hormonal; yaitu dalam kenyataannya mempunyai pengaruh terhadap kondisi psikologis wanita, sudah ditunjukkan berbagai penelitian. Depresi, kecemasan dan kondisi emosional positif dipengaruhi oleh reaksi-reaksi kimia tertentu dalam otak, karena pengaruh hormon yang menyebabkan rangsangan, pada masa menopause terjadi kemunduran fungsi dari ovarium sehingga hormon estrogen khususnya oestradiol dan progesteron menurun, padahal oestradiol dapat berfungsi sebagai neurotransmitter dalam otak sehingga penurunan hormon tersebut dapat mempengaruhi seperti juga pada saat habis melahirkan terjadi penurunan hormon estrogen dan progesteron dalam penelitian 1 diantara 500 wanita mengalami depresi berat dan kekacauan pikiran setelah melahirkan.

Namun demikian, barangkali pendapat yang paling tepat adalah bahwa kondisi kejiwaan seseorang, termasuk pandangan terhadap hidup, dipengaruhi oleh dunia sekitarnya dan pembawaan biologisnya. Reaksi Psikologis wanita pada masa peralihan dan menopause itu ditentukan oleh interaksi “ dunia luar dan dunia dalam “nya, dua dunia itu tak dapat dipisah-pisahkan (Paat,1989).

Menopause dapat juga timbul pada wanita dibawah 40 tahun disebut menopause prematur, dan apabila wanita masih mendapat menstruasi di atas umur 52 tahun berarti menopausenya terlambat. Kedua hal di atas perlu tindakan penyelidikan yang lebih lanjut (Pratiwohardjo, 1004)

I.4.2.1. Gejala-gejala

Kira-kira 50-60% wanita dapat melewati masa menopause dengan tenang, hampir tanpa tanda-tanda gangguan fisik maupun emosional, namun sekitar 40% atau lebih dapat mengalami gangguan fisik maupun emosional pada saat klimakterium (Yudomustopo, 1989).

Selain faktor organik gejala-gejala yang nampak dan berat ringannya gejala juga dipengaruhi faktor non-biologis seperti sikap, peranan dalam keluarga dan masyarakat, kesiapan mental, pekerjaan (Paat, 1989).

Beberapa orang bisa melalui masa menopause dengan tanpa gejala. Namun dapat pula menunjukkan kelompok gejala-gejala yang muncul sebelumnya, bersama atau sesudah menopause, yang bersifat genital atau non genital. Gejala dan keluhan yang ada, mempunyai tiga dasar utama yaitu fungsi ovarium, faktor psikopersonal, faktor sosiokultural. Interaksi antara ketiga faktor tersebut menimbulkan gejala-gejala yang sangat berbeda dari seorang terhadap yang lainnya. Ragam gejala dan keluhan tergantung juga dari banyak hal, diantaranya : status perkawinan, adaptasi dan integrasi sosial, kesehatan umum serta nutrisi, pendidikan dan pengetahuan tentang seks, sikap dan pandangan hidup, suasana dalam keluarga dan banyak lagi hal yang lainnya (Samil, 1975).

Secara statistik menunjukkan bahwa $\pm 10-20\%$ tanpa gejala (kecuali menstruasi yang terhenti), $\pm 75-85\%$ gejala ringan dan $\pm 10-15\%$ dengan gejala berat.

Berat ringannya gejala dipengaruhi pula oleh kombinasi berbagai fak

seperti sikap, peranan dalam keluarga dan masyarakat, kesiapan mental atau emosional, pekerjaan dan lain-lain (Paat, 1989).

Merincikan gejala-gejalanya menurut proses/waktu munculnya (Artur J, 1989, cit Paat, 1989) :

1. Gejala dini : gangguan menstruasi, rasa panas (*hot flashes*) dan keringat malam hari, konsentrasi berkurang, rasa cemas dan khawatir, percaya diri menurun, merasa tak berguna, mudah lupa, dsb.
2. Gejala lanjut : atrofi (menipis dan kering) yang dipengaruhi hormon wanita (estrogen), seperti jaringan vagina sehingga dapat meradang. Elastisitas uretra berkurang, kulit dan selaput lendir mulut, hidung menjadi kering. Lebih lanjut lagi terjadi atrofi rahim, indung telur, alat kelamin luar, munculnya osteoporosis dan tak jarang penyakit jantung koroner.

Gejala yang paling sering mengganggu dan sering menimbulkan masalah bagi wanita menopause adalah depresi, atrofi vagina (Paat, 1989).

Secara klinik Suprapti mengatakan bahwa gejala dapat dihubungkan dengan hilangnya estrogen secara progresif, tampak pada berkurangnya atau hilangnya hal-hal yang estrogen dependent, seperti ovulasi, menstruasi, kuatnya jaringan vagina dan vulva, atrofi. Hilangnya estrogen ini karena berkurangnya jumlah folikel-folikel di ovarium, maka produksi estrogen menurun (Samil, 1975).

Gejala-gejala yang sering dijumpai dan dihubungkan hanya kebanyakan kadar

- a. Gangguan menstruasi : termasuk anovulasi dan berkurangnya fertilitas, hipo dan hipermenorrhoe dan tak teratur.
- b. Vasomotor tak stabil (*hot flashes*) dan perspirasi : *hot flashes* ini bisa berlangsung beberapa detik, tetapi bisa pula berlangsung 30 menit sampai satu jam, hal ini sangat mengganggu
- c. Gejala-gejala psikologik : berupa rasa takut, tegang, depresi, lekas marah dan mudah tersinggung.
- d. Keadaan atrofik : atrofi epitel vagina, selaput lendir dan kulit.
- e. Berbagai macam keluhan seperti sakit kepala, insomnia, myalgia, berubahnya libido dan palpitasi.

Gejala jangka pendek :

- Vasomotor : *Hot flashes* (semburan panas), banyak berkeringat, berdebar-debar, sakit kepala.
- Psikologis : Mudah tersinggung, lesu, emosi labil, pelupa, libido menurun.
- Urogenital : Vagina kering, nyeri senggama, keluhan uretra.
- Kulit : Kulit kering, rambut kering, kuku rapuh.
- Mata : Keratokonjungtiivitis sika.

Gejala jangka panjang terdiri atas :

- Osteoporosis
- Penyakit kardiovaskuler
- Dementia Alzheimer

1.4.2.2. Penatalaksanaan

Gejala-gejala akibat menopause dapat dikurangi sampai 50%, terutama untuk kemungkinan terjadinya penyakit kardiovaskuler, dengan cara berjalan kaki selama 30 sampai 40 menit tiga kali seminggu (Lemaitre dkk, 1995). Olahraga akan mengurangi kadar kolesterol darah pada wanita pascamenopause gemuk penurunan kadar kolesterol tersebut sejalan dengan penurunan berat badan. Olah raga yang cukup dan teratur serta makan makanan yang cukup bergizi akan merupakan terapi yang sangat dianjurkan pada wanita pasca menopause (Ready dkk, 1995).

Dalam penelitian epidemiologinya menyarankan untuk makan makanan yang kaya akan antioksidan. Bahan tersebut terdapat dalam buah-buahan dan sayuran. Makanan tersebut dapat mengurangi gejala-gejala yang ditimbulkan akibat penyempitan pembuluh darah dan juga mencegah timbulnya penyakit kanker (Gey, 1995). Selain itu ada bahan pengganti estrogen dari tanaman yaitu kedelai yang dikatakan mengandung estrogen isoflavonik (Makela dkk, 1995). Fitoestrogen (estrogen dari tanaman) tersebut mempunyai sifat estrogen yang lemah dan anti-estrogen yang tergantung pada lingkungan hormon dalam darah dan jaringan target. Efek-efek fitoestrogen tersebut terbukti dapat memacu tumbuhnya tanda-tanda kelamin sekunder pada prepubertas dan juga mencegah timbulnya kanker (Makela dkk, 1995; Molteni dkk, 1995). Selain itu juga dapat mencegah timbulnya penyakit kardiovaskuler (Knight & Eden, 1996), dapat juga untuk mencegah timbulnya osteoporosis akibat kekurangan hormon ovarium (Arimondi dkk, 1996).

Indikasi pemberian terapi TPH : disfungsi ovarium oligomenore berat (misalnya: tumor, anoreksia nervosa, atlet), menopause prematur, harga massa tulang lebih dari 1 SD di bawah harga rata-rata, riwayat patah tulang oleh karena osteoporosis.

Kontraindikasi pemberian estrogen adalah trombosis emboli vaskuler akut, perdarahan pervaginam yang belum diketahui sebabnya, riwayat kanker payudara dan endometrium (T. Agustina *et al*, 1997). Kontraindikasi pemberian progesteron adalah meningioma.

TPH tidak merupakan kontraindikasi pada prolaktinoma, melanoma ganas, adenoma hati, varises, diabetes mellitus, osteosklerosis, hipertiroid, sickle cell anemia, hipertiroid, dan ...