

# Pola Hidup Menjelang Menopause

*Oleh*

Tita Husnitawati Madjid

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

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

Menopause adalah berhentinya haid secara permanen sebagai akibat hilangnya aktivitas folikel ovarium secara alamiah. Menopause didiagnosis secara retrospektif, setelah terjadi amenore selama 12 bulan berturut-turut tanpa ditemukan kelainan/gangguan lain. Selain proses alamiah, menopause juga terjadi setelah pembedahan/ pengangkatan ovarium dan setelah terjadi kerusakan ovarium akibat radiasi.

Usia menopause berkisar antara 40-58 tahun, dengan nilai median bervariasi untuk setiap negara, misalnya Amerika Serikat 51,4 tahun

Mulai terjadinya menopause dipengaruhi oleh faktor keluarga atau genetik, nuliparitas dan perokok yang mengakibatkan menopause terjadi 1 ½ tahun lebih cepat, multiparitas

dan BMI tinggi berakibat menopause terjadi lebih lambat, tetapi tidak ada hubungannya dengan penggunaan pil KB, etnik ataupun usia menarche.

Perimenopause adalah masa sebelum dan 1 tahun setelah menopause dimana terjadi perubahan biologis endokrinologis dan klinis dengan mulai terjadinya pada usia rata-rata 47,5 tahun (Amerika). Perimenopause rata-rata terjadi 4 tahun sebelum menopause. Hanya 10 % wanita yang mengalami henti haid secara tiba-tiba dengan atau tanpa mengalami ketidakteraturan haid atau haid menjadi lebih sedikit.

Menopause dini terjadi sebelum usia 40 tahun, atau 2 SD dibawah mean usia menopause. Etiologinya antara lain: genetik, (familial atau bukan) , karena kelainan kromosom, dan karena intervensi medis seperti; ooforektomi, radiasi dan khemoterapi. Menopause ini dapat juga disebut kegagalan fungsi ovarium dini (*premature ovarian failure* = POF). POF merupakan hipergonadotropik amenore dan mungkin tidak menetap.

### **Fisiologi menopause**

Saat kelahiran, bayi wanita memiliki kurang lebih 1-2 juta folikel pada kedua ovariumnya. Hilangnya folikel secara terus menerus setelah kelahiran, menyisakan hanya kurang lebih beberapa ratus folikel pada saat menopause, berakibat menimbulkan gejala amenore dan ketidakteraturan haid. Sebenarnya hanya 480 folikel yang hilang karena ovulasi, sedangkan sebagian besar hilang karena atresia folikel yang terjadi menetap hingga usia 35-38 tahun, untuk selanjutnya setelah itu berkurang dengan cepat.

Kadar hormon gonadotropin FSH dan LH meningkat saat menopause, bahkan FSH meningkat 10 kali lipat. Kadar FSH dan LH melebihi 40 IU/ml merupakan petanda peri/menopause. Estradiol (E2) menurun dibawah 40 pg/ml ( normal fase folikular 10-98

pg/ml, pertengahan siklus 770 pg/ml, fase luteal 190-340pg/ml) , Estron menurun (normal antara 6-63 pg/ml), Inhibin menurun hampir tidak terdeteksi saat menopause, demikian pula SHBG (*sex hormone-binding globulin*) dan progesteron.

### **Gejala peri/menopause**

Perubahan haid: jumlah haid menjadi sedikit (oligomenore), sangat banyak (menoragi), atau perdarahan haid tidak teratur (metroragi), daur haid hilang (amenore) selang seling, daur tidak teratur, daur menjadi singkat atau memanjang. Perubahan haid seperti ini 'normal' terjadi pada perimenopause, akan tetapi harus diwaspadai kemungkinan keadaan patologis lainnya.

Gejala vasomotor {hotflashes, flushes): yaitu perubahan suhu tubuh yang dirasakan pasien, disertai keringat malam (diaphoresis), dengan frekuensi dan intensitas yang beragam. Tujuh puluh lima persen wanita mengalaminya, 10-15 % merasakan gejala flushes berat.. Polanya berbeda untuk setiap wanita, demikian juga usia mula terjadi dan lamanya.

Insomnia: mungkin ada hubungannya dengan hotflashes. Terbangun pada tengah malam dan terus terjaga, sukar untuk tidur, mudah bangun tapi sulit untuk tidur lagi.

Perubahan urogenital: jaringan menjadi atrofi; mudah mengalami vaginitis, karena perubahan hormone mengakibatkan fungsi imunitas menurun. Atrofi vagina, rasa kering pada vagina, iritasi dan gatal pada vagina dan dispareuni.

Perubahan mental dan emosi: dysphoria atau dysthymia, mudah depresi , bahkan dapat menjadi depresi klinis yang memerlukan terapi terutama bila ada riwayat depresi

sebelumnya. Perasaan cemas meningkat, mungkin dipicu oleh perasaan takut, serangan panik. Gejala fisik dan hotflushes dapat memperberat rasa cemas.

Perubahan kognitif: tidak ada hubungannya dengan kadar estrogen yang menurun. Perubahan kognitif secara gradual, lebih dihubungkan dengan proses penuaan.

Perubahan libido: penurunan kadar estrogen tidak ada hubungannya dengan penurunan libido. Penurunan libido mungkin ada kaitannya dengan keluhan lain, seperti hotflushes, perasaan kering pada vagina, dispareuni atau perubahan emosi.

Perubahan kesehatan lainnya: meningkatnya berat badan, lebih dihubungkan dengan penuaan dan tidak ada kaitannya dengan HRT/ERT; palpitasi: sakit sendi, sakit kepala; terjadi karena naik turunnya kadar hormon, bisa disertai perasaan tegang, sakit kepala sebelah atau dua-duanya (*migraine*), sakit dibelakang salah satu mata yang bisa berlangsung sampai 3 jam (*cluster*), Perubahan kulit: menurunnya elastisitas kulit, menjadi kering dan perasaan menjalar pada kulit. Perubahan rambut: alopesia androgenik, kulit dan rambut kepala menjadi tipis dan pertumbuhan rambut pada daerah wajah. Perubahan mata: menurunnya ketajaman visus, penglihatan kabur, mata lelah dan sensitif terhadap cahaya. Menurunnya fertilitas, tapi bukan infertil, kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi. Dianjurkan wanita memakai pil KB dosis rendah sampai menopause.

### **Pengelolaan Menopause**

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

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

Pengelolaan dengan terapi medikamentosa/ hormon yaitu ERT (*estrogen replacement therapy*), antara lain CE (*conjugated estrogen*), SCE (*Synthetic conjugated estrogen*). Bisa juga berupa estrogen peroral seperti estropipate, estradiol tab, ethinyl estrodial, quinesterol. Estrogen transdermal juga dapat dipakai. Pil kombinasi mengandung CE dan MPA (medroksi progesteron asetat) dapat juga digunakan. Kombinasi estrogen dan progesteron yang diberikan secara kontinyu, transdermal, kombinasi estrogen dan testosteron, .Progestin oral, progestin oral yang diberikan secara kontinyu, intrauterine delivery product, OCPs dan krim kombinasi. Medikamentosa bukan hormon yang dapat digunakan antara lain; Bellergal dan gabapentin. Terapi alternatif antara lain phytoestrogen dan isoflavon

Modifikasi gaya hidup antara lain : berolah raga 3-4 kali dalam seminggu, menjaga berat badan tidak berlebihan, tidak merokok, diet yang seimbang, mengkonsumsi multivitamin, suplemen dan glukosamin dan mengurangi stres.

## Pustaka

1. Ettinger, B., et al., "Long term post menopause estrogen therapy may be associated with increased risk of breast cancer. A cohort study." Menopause 4, (3):125-9
2. Gambrel, R.D.(1997). Hormone Replacement Therapy, Essential Medical Information Systems, Inc., Durant, OK, 1997
3. Gorodeski, G., & Utian, W., "Epidemiology and risk factors of cardiovascular disease in postmenopausal women," in Treatment of the Postmenopausal Woman, Lobo, R.A. (Ed.) Raven Press, New York, 1994
4. Grimes,D, Lobo, R, "Perspectives on the Women's Health Initiative Trial of Hormone Replacement Therapy", Obstet Gynecol, 2002:100:1334-53
5. Khandwala, S.S., "Primary care of the perimenopausal woman," Primary Care Update for Ob/Gyns 5, 1, 1998
6. Longcope, C., (1994). "The Endocrinology of the menopause," in Treatment of the Postmenopausal Woman, Lobo, R.A. (Ed.) Raven Press, New York, 1994
7. Lobo, R. A. (Ed.) (1994) Treatment of the Postmenopausal Woman, Basic and clinical aspects., Raven Press, New York.
8. London, S., Chihal, H.J., (1995) Menopause: Clinical concepts, (2nd Ed.)Essential Medical Information Systems, Inc., Durant, OK.
9. NAMS Menopause Core Curriculum Study Guide 2000, first edition, and 2nd edition, 2002

10. Nachtigall, L.E. "Assessing alternative approaches to menopause", Contemporary OB/Gyn, June, 2000 supplement
11. Peskin, J., Utian, W.H., "ambulatory screening for postmenopausal patients: What is needed and when?," Menopause Management, March, 1993
12. Rosseau, M., "Women's midlife health: reframing menopause", Journal of Nurse-Midwifery, 43, 3. May/June, 1998
13. Utian, W.H., & Jacobowits, R.S., Managing Your Menopause. Simon & Schuster, New York. 1992.
14. (the) Writing group for the PEI trial, "Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women", JAMA, 273, 3, 1995.
15. WHI study press release 7/9/02 "NHLBI stops trial of estrogen plus progestin due to increased breast cancer risk, lack of overall benefit"