

PRESENTASI KASUS

MIOMA UTERI DENGAN MENOMETRORAGHIA



Oleh :

Fajar Novianto	G0005009
Faika Oesmania	G0005093
Vina Fiqria Shinta Dewi	G0005203
Carko Budiyanto	G0007049

Pembimbing :

Dr. Wuryatno Sp.OG

**KEPANITERAAN KLINIK ILMU KEBIDANAN DAN KANDUNGAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNS/ RSUD Dr. MOEWARDI
SURAKARTA**

2011

BAB I

PENDAHULUAN

Mioma uteri merupakan suatu pertumbuhan jinak dari sel-sel otot polos rahim. Neoplasma jinak ini berasal dari otot uterus dan jaringan ikat yang menumpangnya, sehingga dalam kepustakaan dikenal dengan istilah fibromioma, leiomioma, ataupun fibroid.¹

Mioma banyak menimbulkan gangguan tapi ada juga yang tidak menimbulkan keluhan dan bahkan akan mengecil pada usia menopause. Tetapi beberapa mioma akan menimbulkan gejala nyeri, gejala penekanan pada organ visera yang lain, perdarahan dan anemia atau menyebabkan permasalahan kehamilan.²

Sering ditemukan pada wanita usia reproduksi (20-25%), dimana prevalensi mioma uteri meningkat lebih dari 70 % dengan pemeriksaan patologi anatomi uterus, membuktikan banyak wanita yang menderita mioma uteri asimtomatik. Gejala mioma uteri secara medis dan sosial cukup meningkatkan morbiditas, termasuk menoragia, ketidaknyamanan daerah pelvis, dan disfungsi reproduksi.³

Karena bermacam-macamnya gejala yang muncul akibat mioma uteri sehingga diperlukan suatu cara mendiagnosis mioma supaya tidak terjadi kesalahan diagnosa. Maka dari itu dalam presentasi kasus ini kami menekankan secara lebih mengenai bagaimana mendiagnosa mioma uteri.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

MIOMA UTERI

I. DEFINISI

Neoplasma jinak ini berasal dari otot uterus dan jaringan ikat yang menumpangnya, sehingga dalam kepustakaan dikenal juga istilah fibromioma, leiomioma, ataupun fibroid.⁴ Neoplasma ini berbatas tegas, memiliki kapsul, terbentuk dari otot polos dan elemen jaringan penyambung fibrosa.⁵

Mioma uteri terdiri dari serabut-serabut otot polos yang diselengi dengan untaian jaringan ikat, dikelilingi kapsul yang tipis. Tumor ini dapat berasal dari setiap bagian duktus Muller, tetapi paling sering terjadi pada miometrium. Disini beberapa tumor dapat timbul secara serentak. Ukuran tumor dapat bervariasi dari sebesar kacang polong sampai sebesar bola kaki.^{6,7}

II. EPIDEMIOLOGI

Mioma uteri belum pernah dilaporkan terjadi pada wanita sebelum menarcho. Setelah menopause hanya kira-kira 10% mioma yang masih tumbuh. Penelitian di Amerika Serikat yang pernah dilakukan Schwartz menunjukkan angka kejadian mioma uteri adalah 2-12,8 orang per 1000 wanita tiap tahunnya. Angka kejadian mioma uteri 2-3 kali lebih tinggi pada wanita kulit hitam dibanding kulit putih.⁸ Di Indonesia mioma uteri ditemukan pada 2,4%-11,7% dari semua penderita ginekologi yang dirawat. Berdasarkan otopsi, Novak menemukan 27% wanita berumur 25 tahun mempunyai sarang mioma, pada wanita berkulit hitam ditemukan paling banyak.⁴

Mioma terjadi pada kira-kira 5% wanita selama masa reproduksi. Tumor ini tumbuh dengan lambat dan mungkin baru dideteksi secara klinis

pada kehidupan dekade keempat. Mioma lebih sering terjadi pada pasien nullipara atau wanita yang hanya mempunyai satu anak.⁹

Faktor keturunan memegang peran dalam angka kejadian mioma uteri. Wanita dari garis keturunan tingkat pertama seorang penderita mioma uteri mempunyai risiko 2,5 kali lebih besar menderita mioma uteri.¹⁰

III. ETIOLOGI

Etiologi pasti mioma uteri tidak diketahui. Tumor ini mungkin berasal dari sel otot yang normal, dari otot imatur yang ada dalam miometrium atau dari sel embrional pada dinding pembuluh darah uterus. Apapun asalnya, tumor mulai dari benih- benih multipel yang sangat kecil dan teratur pada miometrium. Benih-benih ini tumbuh sangat lambat tetapi progresif (bertahun-tahun bukan dalam hitungan bulan) di bawah pengaruh estrogen sirkulasi, dan jika tidak terdeteksi dan diobati dapat membentuk tumor dengan berat 10 kg atau lebih, namun sekarang jarang karena cepat terdeteksi. Mula- mula tumor berada intramural, tetapi ketika tumbuh dapat berkembang ke berbagai arah. Setelah menopause, ketika estrogen tidak lagi disekresi dalam jumlah yang banyak, mioma cenderung mengalami atrofi.⁶

IV. KLASIFIKASI

Menurut letaknya, mioma uteri dapat di klasifikasikan sebagai :⁶

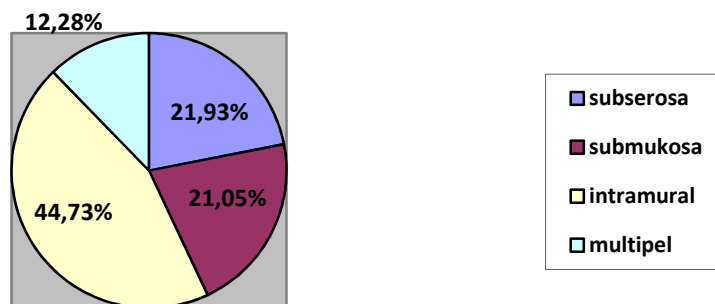
- a. Mioma submukosum: mioma berada di bawah endometrium dan menonjol ke dalam rongga uterus. Mioma submukosum dapat tumbuh bertangkai, kemudian dilahirkan melalui saluran servik (mioma geburt).
- b. Mioma intramural: mioma terdapat di dinding uterus di antara serabut miometrium.
- c. Mioma subserosum: mioma yang tumbuh keluar dinding uterus sehingga menonjol pada permukaan uterus, diliputi oleh serosa. Mioma subserosum dapat tumbuh di antara kedua lapisan ligamentum latum menjadi mioma intra ligamenter, selain itu mioma subserosum dapat

pula tumbuh menempel pada jaringan lain misalnya ke ligamentum atau omentum dan kemudian membebaskan diri dari uterus, sehingga disebut wandering/parasitic fibroid.

- d. Mioma pedunculata : mioma yang melekat ke dinding uterus dengan tangkai yang bisa masuk ke peritoneal atau cavum uteri.

Jumlah kasus mioma uteri berdasarkan jenis mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010.¹¹

Jenis Mioma Uteri	Jumlah Kasus	Persentase (%)
Mioma Subserosa	25	21,93%
Mioma Submukosa	24	21,05%
Mioma Intramural	51	44,73%
Multiple Mioma	14	12,28%
Jumlah	114	100%



V. PERUBAHAN SEKUNDER

- a. Atrofi: sesudah menopause ataupun sesudah kehamilan mioma uteri menjadi kecil.⁴
- b. Degenerasi hialin: Tumor kehilangan struktur aslinya menjadi homogen. Dapat meliputi sebagian besar atau hanya sebagian kecil daripadanya

seolah-olah memisahkan satu kelompok serabut otot dengan serabut otot lainnya.⁴

- c. Degenerasi kistik: dapat meliputi daerah kecil maupun luas, dimana sebagian dari mioma menjadi cair, sehingga terbentuk ruangan-ruangan yang tak teratur berisi seperti agar-agar. Dengan konsistensi lunak ini tumor sukar dibedakan dengan kista ovarium ataupun kehamilan.⁴
- d. Degenerasi membatu (calcireous degeneration): terutama pada wanita usia lanjut oleh gangguan dalam sirkulasi. Dengan adanya pengendapan garam kapur pada sarang mioma maka mioma menjadi keras dan memberikan bayangan pada foto Rontgen.⁴
- e. Degenerasi merah (carneous degeneration): biasanya terjadi pada kehamilan atau nifas.⁴
- f. Degenerasi lemak: jarang terjadi, merupakan kelanjutan dari degenerasi hialin.⁴

VI. DIAGNOSIS

1. Anamnesis

Dari anamnesis dapat ditemukan antara lain :

- a. Faktor-faktor risiko terjadinya mioma uteri. Seperti:¹⁰
 - Umur: Kebanyakan wanita mulai didiagnosis mioma uteri pada usia diatas 40 tahun.
 - Menarche dini: Menarche dini (< 10 tahun) meningkatkan resiko kejadian mioma 1,24 kali.
 - Ras: Dari hasil penelitian didapatkan bahwa wanita keturunan Afrika-Amerika memiliki resiko 2,9 kali lebih besar untuk menderita mioma uteri dibandingkan dengan wanita Caucasian.
 - Riwayat keluarga: jika memiliki riwayat keturunan yang menderita mioma uteri, akan meningkatkan resiko 2,5 kali lebih besar.
 - Kehamilan: semakin besar jumlah paritas, maka akan menurunkan angka kejadian mioma uteri.

- Makanan: Dari beberapa penelitian yang dilakukan menerangkan hubungan antara makanan dengan prevalensi atau pertumbuhan mioma uteri. Dilaporkan bahwa daging sapi, daging setengah matang (*red meat*), dan daging babi meningkatkan insiden mioma uteri, namun sayuran hijau menurunkan insiden mioma uteri. Tidak diketahui dengan pasti apakah vitamin, serat atau *phytoestrogen* berhubungan dengan mioma uteri
- Kebiasaan merokok: Merokok dapat mengurangi insiden mioma uteri. Diterangkan dengan penurunan bioavailabilitas esterogen dan penurunan konversi androgen menjadi estrogen dengan penghambatan enzim aromatase oleh nikotin.

b. Gejala dan tanda, seperti:

Hampir separuh kasus mioma uteri ditemukan secara kebetulan pada pemeriksaan ginekologik karena tumor ini tidak mengganggu. Gejala yang timbul sangat tergantung pada tempat sarang mioma ini berada, besarnya tumor, perubahan dan komplikasi yang terjadi. Gejala yang mungkin timbul⁴ yaitu :

- Perdarahan abnormal yaitu dapat berupa hipermenore, menoragia dan dapat juga terjadi metroragia merupakan yang paling banyak terjadi. Beberapa faktor yang menjadi penyebab perdarahan ini, antara lain adalah:
 - 1) Pengaruh ovarium sehingga terjadilah hyperplasia endometrium sampai adenokarsinoma endometrium
 - 2) Permukaan endometrium yang lebih luas daripada biasa
 - 3) Atrofi endometrium di atas mioma submukosum
 - 4) Miometrium tidak dapat berkontraksi optimal karena adanya sarang mioma di antara serabut miometrium, sehingga tidak dapat menjepit pembuluh darah yang melaluinya dengan baik
- Rasa nyeri yang mungkin timbul karena gangguan sirkulasi darah pada sarang mioma, yang disertai nekrosis setempat dan peradangan. Pada mioma submukosum yang akan dilahirkan, pula pertumbuhannya yang

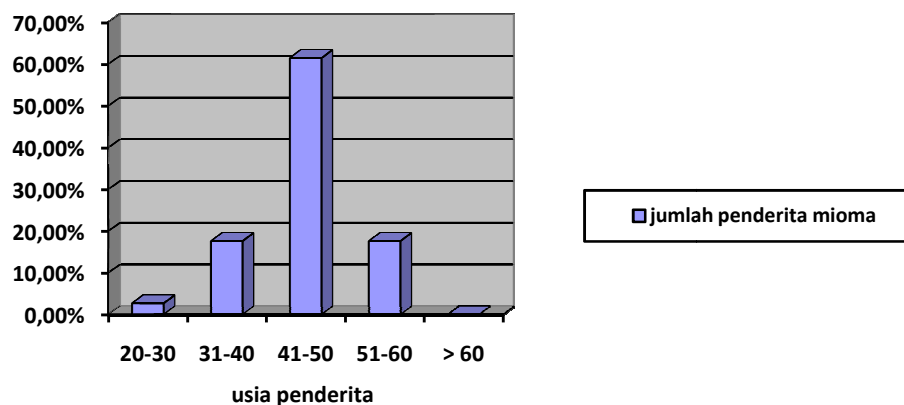
menyempitkan kanalis servikalis dapat menyebabkan juga dismenore. Namun gejala-gejala tersebut bukanlah gejala khas pada mioma uteri.

- Gejala dan tanda penekanan (*Pressure Effects*) yang tergantung pada besar dan tempat mioma uteri. Gejala yang timbul dapat berupa poliuri, retention urine, obstipasi serta edema tungkai dan nyeri panggul.
- Pada penderita dengan uterus fibroid tidak dapat dipastikan apakah akan mempengaruhi tingkat kesuburan atau tidak. Fibroid hanya akan mempengaruhi fertilitas hanya berkisar 2-3% kasus. Seberapa besar pengaruh fibroid terhadap kehamilan atau kejadian abortus tergantung dari luasnya fibroid menyebabkan distorsi dinding uterus. Dengan adanya fibroid akan mencegah proses implamantasi pada dinding uterus.²

Berikut ini hasil penelitian retrospektif terhadap data rekam medik penderita yang dirawat di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010 didapatkan 114 penderita mioma uteri.¹¹

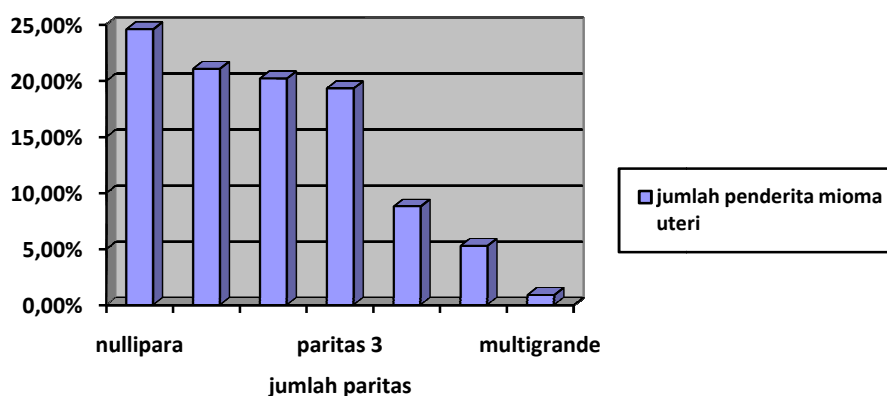
➤ Jumlah kasus mioma uteri menurut usia penderita di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010

Usia Penderita (tahun)	Jumlah Kasus	Persentase (%)
20 – 30	3	2,63%
31 – 40	20	17,54%
41 – 50	70	61,40%
51 – 60	20	17,54%
> 60	1	0,88%
Total	114	100%



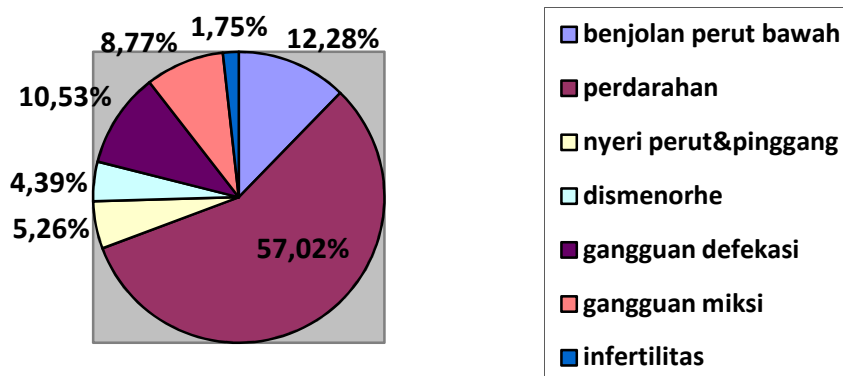
➤ Jumlah kasus penderita mioma uteri menurut jumlah paritas di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010

Jumlah Paritas	Jumlah Kasus	Persentase (%)
0 (nullipara)	28	24,56%
1 (primipara)	24	21,05%
2 (multipara)	23	20,18%
3 (multipara)	22	19,30%
4 (multipara)	10	8,77%
5 (multipara)	6	5,26%
> 5 (multigrande)	1	0,88%
Total	114	100%



- Jumlah kasus penderita mioma uteri berdasarkan keluhan utama di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010

Keluhan Utama	Jumlah Kasus	Persentase (%)
Perdarahan	65	57,02%
Gangguan Defekasi	12	10,53%
Gangguan Miksi	10	8,77%
Nyeri perut dan pinggang	6	5,26%
Dismenorhe	5	4,39%
Infertilitas	2	1,75%
Jumlah	114	100%



2. Pemeriksaan Fisik

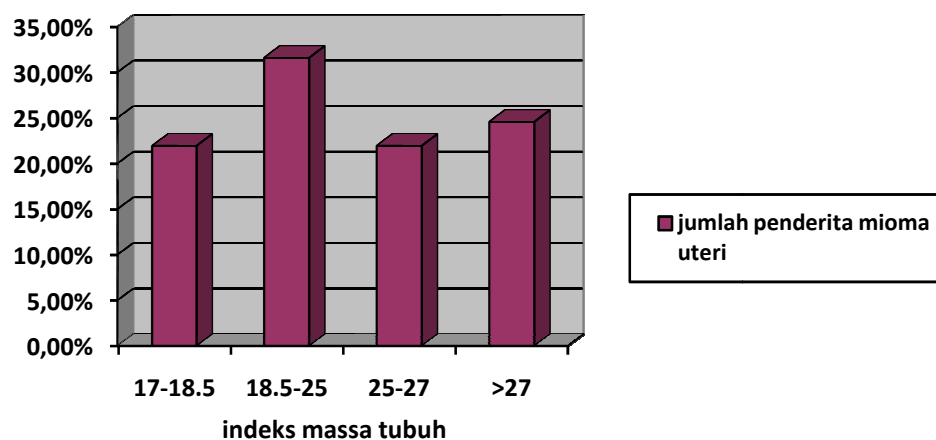
Pada pemeriksaan abdomen uterus yang membesar dapat dipalpasi pada abdomen. Tumor teraba sebagai nodul ireguler dan tetap, area per lunak memberi kesan adanya perubahan-perubahan degeneratif. Mioma lebih terpalpasi pada abdomen selama kehamilan. Per lunak pada abdomen yang disertai nyeri lepas dapat disebabkan oleh perdarahan intraperitoneal dari ruptur vena pada permukaan tumor.⁹ Dari hasil penelitian didapatkan bahwa resiko mioma meningkat pada wanita yang memiliki berat badan lebih atau obesitas berdasarkan indeks massa tubuh.¹⁰

Pada pemeriksaan pelvis serviks biasanya normal. Namun pada keadaan tertentu, mioma submukosa yang bertangkai dapat mengawali dilatasi serviks dan terlihat pada osteum servikalis. Kalau serviks digerakkan, seluruh massa yang padat bergerak. Mioma uteri mudah ditemukan melalui pemeriksaan bimanual rutin uterus. Diagnosis mioma uteri menjadi jelas bila dijumpai gangguan kontur uterus oleh satu atau lebih massa yang licin, tetapi sering sulit untuk memastikan bahwa massa seperti ini adalah bagian dari uterus. Pada kasus yang lain pembesaran yang licin mungkin disebabkan oleh kehamilan atau massa ovarium.⁶

Mioma subserosum dapat mempunyai tangkai yang berhubungan dengan uterus. Mioma intramural akan menyebabkan kavum uteri menjadi luas, yang ditegakkan dengan pemeriksaan menggunakan sonde uterus. Mioma submukosum kadang- kala dapat teraba dengan jari yang masuk kedalam kanalis servikalis, dan terasanya benjolan pada pada permukaan kavum uteri .⁴

Jumlah kasus penderita mioma uteri menurut indeks massa tubuh di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010.¹¹

Indeks Massa Tubuh	Jumlah Kasus	Persentase (%)
17 – 18,5	25	21,93%
18,5 – 25	36	31,58%
25 – 27	25	21,93%
> 27	28	24,56%
Jumlah	114	100%



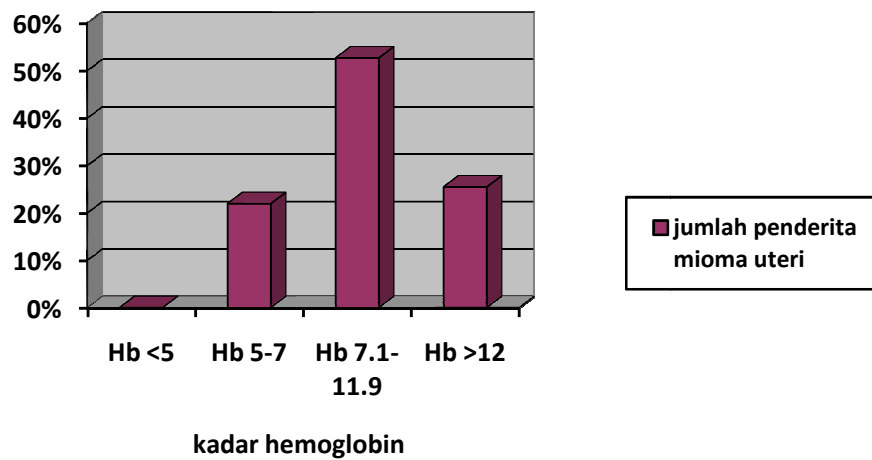
3. Pemeriksaan Penunjang

a. Temuan Laboratorium

Anemia merupakan akibat paling sering dari mioma. Hal ini disebabkan perdarahan uterus yang banyak dan habisnya cadangan zat besi. Kadang-kadang mioma menghasilkan eritropoetin yang pada beberapa kasus menyebabkan polisitemia. Adanya hubungan antara polisitemia dengan penyakit ginjal diduga akibat penekanan mioma terhadap ureter yang menyebabkan peninggian tekanan balik ureter dan kemudian menginduksi pembentukan eritropoietin ginjal.¹²

Jumlah kasus mioma uteri menurut kadar hemoglobin (Hb) penderita di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010.¹¹

Kadar Hemoglobin (gr%)	Jumlah	Persentase
< 5	0	0%
5 – 7	25	21,93%
7,1 – 11,9	60	52,63%
≥12	29	25,44%
Jumlah	114	100%



b. Imaging

- USG (Ultrasonografi)

Untuk menghindari kesalahan sebaiknya dilakukan pemeriksaan USG pada wanita dengan gangguan perdarahan atau dengan nyeri perut bawah yang hebat. Pemeriksaan transvaginal sonography dapat dilakukan untuk lebih memastikan gambaran uterus fibroid. Untuk lebih memperjelas pemeriksaan terhadap dinding dalam uterus dapat dilakukan dengan sonohisterography yaitu dengan mengisi cavum uteri dengan larutan saline selama pemeriksaan. Uterus fibroid ini biasa didiagnosa banding dengan adenomiosis. Pada adenomiosis akan mengilfiltrasi lapisan dinding uterus yang akan menyebabkan dinding uterus menebal dan terjadi pembesaran uterus. Dari pemeriksaan USG akan tampak sebagai penebalan dinding uterus yang homogen, sementara fibroid dilihat sebagai area bula dengan batas yang tegas. Adenomiosis merupakan proses yang difus sehingga biasanya pengelolaan dilakukan histerektomi.²

- Histeroskopi

Histeroskopi digunakan untuk melihat adanya mioma uteri submukosa, jika mioma kecil serta bertangkai. Mioma tersebut sekaligus dapat diangkat.¹²

- MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI sangat akurat dalam menggambarkan jumlah dan ukuran mioma tetapi jarang diperlukan. Pada MRI, mioma tampak sebagai massa gelap berbatas tegas dan dapat dibedakan dari miometrium normal. MRI dapat mendeteksi lesi sekecil 3 mm yang dapat dilokalisasi dengan jelas, termasuk mioma.¹²

Diagnosis banding perlu kita pikirkan tumor abdomen di bagian bawah atau panggul ialah mioma subserosum dan kehamilan; mioma submukosum yang dilahirkan harus dibedakan dengan inversio uteri; mioma intramural harus dibedakan dengan adenomiosis, khoriookarsinoma, karsinoma korporis uteri atau suatu sarkoma uteri. USG abdominal dan transvaginal dapat membantu dan menegaskan dugaan klinis.⁴

VII.PENATALAKSANAAN

Penanganan mioma uteri tergantung pada usia, paritas, lokasi dan ukuran tumor, dan terbagi atas :

a. Konservatif

Cara penanganan konservatif dapat dilakukan sebagai berikut^{4,7,9} :

- 1) Observasi dengan pemeriksaan pelvis secara periodik setiap 3-6 bulan
- 2) Monitor keadaan Hb
- 3) Pemberian zat besi
- 4) Penggunaan agonis GnRH

b. Penanganan operatif

Intervensi operasi atau pembedahan pada penderita mioma uteri adalah:

- 1) Perdarahan uterus abnormal yang menyebabkan penderita anemia
- 2) Nyeri pelvis yang hebat
- 3) Ketidakmampuan untuk mengevaluasi adneksa (biasanya karena mioma berukuran kehamilan 12 minggu atau sebesar tinju dewasa)
- 4) Gangguan buang air kecil (retensi urin)

- 5) Pertumbuhan mioma setelah menopause
- 6) Infertilitas
- 7) Meningkatnya pertumbuhan mioma.¹³

Jenis operasi yang dilakukan pada mioma uteri dapat berupa :

1) Miomektomi

Miomektomi adalah pengambilan sarang mioma tanpa pengangkatan rahim/uterus.¹

2) Histerektomi

Adalah tindakan yang dilakukan bila kesuburan tidak lagi perlu dipertahankan. Kriteria menurut *American College of Obstetricians Gynecologists (ACOG)* untuk histerektomi adalah sebagai berikut :

- a) Terdapatnya 1 sampai 3 mioma asimtomatik atau yang dapat teraba dari luar dan dikeluhkan oleh pasien.
- b) Perdarahan uterus berlebihan, meliputi perdarahan yang banyak dan bergumpal-gumpal atau berulang-ulang selama lebih dari 8 hari dan anemia akibat kehilangan darah akut atau kronis.
- c) Rasa tidak nyaman di pelvis akibat mioma uteri meliputi nyeri hebat dan akut, rasa tertekan punggung bawah atau perut bagian bawah yang kronis dan penekanan pada vesika urinaria mengakibatkan frekuensi miksi yang sering.¹⁴

c. Radioterapi

Tindakan ini bertujuan agar ovarium tidak berfungsi lagi sehingga penderita mengalami menopause. Radioterapi ini umumnya hanya dikerjakan kalau terdapat kontraindikasi untuk tindakan operatif. Akhir-akhir ini kontraindikasi tersebut makin berkurang. Radioterapi hendaknya hanya digunakan apabila tidak ada keganasan pada uterus.⁴

VIII. KOMPLIKASI

- a. **Degenerasi ganas** Mioma uteri yang menjadi leiomyosarkoma ditemukan hanya 0,32-0,6% dari seluruh mioma, serta merupakan 50-75% dari semua

sarkoma uterus. Keganasan umumnya baru ditemukan pada pemeriksaan histologi uterus yang telah diangkat. Kecurigaan akan keganasan uterus apabila mioma uteri cepat membesar dan apabila terjadi pembesaran sarang mioma dalam *menopause*.⁴

b. **Torsi (putaran tangkai)**

Sarang mioma yang bertangkai dapat mengalami torsi, timbul gangguan sirkulasi akut sehingga mengalami nekrosis. Dengan demikian terjadilah sindrom abdomen akut. Jika torsi terjadi perlahan-lahan, gangguan akut tidak terjadi.⁴

c. **Komplikasi lain**

Perdarahan, anemia, perlekatan paca miomektomi, dapat terjadinya ruptur uteri (apabila pasien hamil post miomektomi).⁴

BAB III

STATUS PENDERITA

A. ANAMNESIS

Tanggal 05 April 2011

1. Identitas Penderita

Nama : Ny.S
Umur : 44 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : pegawai swasta
Agama : islam
Alamat : Banjarejo RT 01/01 Tuban Gondangrejo,
Karanganyar.
Tanggal Masuk : 1 April 2011
No.CM : 01056688

2. Keluhan Utama

Haid memanjang

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Datang seorang P₂A₀,44 tahun, yang merupakan rujukan dari poliklinik PT. Menara Kartika Buana dengan mioma uteri. Satu bulan SMRS pasien mengeluh mentruasi tidak berhenti lebih dari seminggu. Kemudian pasien berobat ke dokter umum dan diberi obat akan tetapi pasien lupa nama obat tersebut. Setelah mengkonsumsi obat tersebut menstruasi berhenti selama lima hari. Akan tetapi seminggu kemudian pasien kembali mentruasi dengan volume darah yang bertambah banyak dan tidak berhenti. Dalam sehari pasien ganti pembalut 3x. Pasien juga mengeluh nyeri perut bagian tengah bawah. Pasien juga mengeluh lemas sejak perdarahan. Pasien mengaku tidak mengalami penurunan berat badan dan nafsu makan baik. Pasien tidak pernah mengalami perdarahan

setelah berhubungan seksual. Riwayat menstruasi sebelumnya teratur, 1x/bulan selama 5 hari, ganti pembalut 1-2x/hari. Nyeri saat menstruasi tidak dirasakan. Pasien tidak mengeluhkan keputihan. BAB dan BAK tidak ada keluhan.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

- Riwayat penyakit serupa : Disangkal
- Riwayat Hipertensi : Disangkal
- Riwayat Penyakit Jantung : Disangkal
- Riwayat DM : Disangkal
- Riwayat Asma : Disangkal
- Riwayat Alergi Obat/makanan : Disangkal
- Riwayat Mondok : Disangkal
- Riwayat Transfusi : Disangkal

5. Riwayat Penyakit Keluarga

- Riwayat keluhan serupa : Disangkal
- Riwayat Hipertensi : Disangkal
- Riwayat Penyakit Jantung : Disangkal
- Riwayat DM : Disangkal
- Riwayat Asma : Disangkal
- Riwayat Alergi Obat/makanan : Disangkal

6. Riwayat Fertilitas

Baik

7. Riwayat Obstetri

- I. Perempuan, 26 tahun, partus spontan
- II. Laki-laki, 15 tahun, partus spontan

Kesimpulan : riwayat obstetri baik

8. Riwayat Haid

- Menarche : 13 tahun
- Lama menstruasi : 5 hari
- Siklus menstruasi : 28 hari

9. Riwayat Perkawinan

Menikah 1 kali dengan suami sekarang, 27 tahun.

10. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien tidak melaksanakan program KB

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. Status Interna

Keadaan Umum : Baik, CM, Gizi cukup

Tanda Vital :

Tensi : 120/70 mmHg

Nadi : 80 x / menit

Respiratory Rate : 20 x / menit

Suhu : 36,8 °C

Kepala : Mesocephal

Mata : Conjunctiva pucat (-/-), Sklera Ikterik (-/-)

Leher : Pembesaran kelenjar tiroid (-)

Thorax : Gld. Mammae dalam batas normal, areola mammae hiperpigmentasi (-)

Cor :

Inspeksi : IC tidak tampak

Palpasi : IC tidak kuat angkat

Perkusi : Batas jantung kesan tidak melebar

Auskultasi : Bunyi jantung I-II intensitas normal, reguler, bising (-)

Pulmo :

Inspeksi : Pengembangan dada ka = ki

Palpasi : Fremitus raba dada ka = ki
Perkusi : Sonor/Sonor
Auskultasi : Suara dasar vesikuler (+/+), Ronki basah kasar (-/-)

Abdomen:

Inspeksi : tampak benjolan di atas symphysis os pubis
Palpasi : Supel, nyeri tekan (-), TFU 3 jari diatas SOP, teraba masa kenyal, permukaan licin tidak berbenjol-benjol dengan batas atas 3 jari diatas SOP, batas kanan LMCD kiri LMCS, batas bawah kesan masuk panggul.
Perkusi : undulasi (-), *shifting dullness* (-)
Auskultasi : Peristaltik (+) normal

Ekstremitas : Oedema

-	-
-	-

2. Status Ginekologis

Pemeriksaan Dalam

Inspekulo : vulva/uretra tenang, dinding vagina dalam batas normal, portio utuh, OUE tertutup, darah (+), discharge (-), sondasi sulit dilakukan, Corpus uteri tertarik ke kanan atas.

VT : vulva/uretra tenang, dinding vagina dalam batas normal, portio kenyal, uterus sebesar telur ayam, adnexa kanan – kiri dalam batas normal, darah (+), discharge (-).

C. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Laboratorium Darah tanggal 2 April 2011

Hb	: 10,9 gr/dl
Hct	: 30,9 %
Δ Eritrosit	: 3,30 x 10 ⁶ /uL
Δ Leukosit	: 8,8 x 10 ³ /uL
Δ Trombosit	: 210 x 10 ³ /uL
Gol darah	: B
PT	: 18,1 detik
APTT	: 34,8 detik
GDS	: 90 mg/dL
Ureum	:22mg/dL
Creatinin	: 0,5mg/dL
Albumin	:4,1g/dL
Na	: 138 mmol
K	:3,3 mmol
Cl	:106 mmol

USG

VU terisi cukup, tampak uterus membesar, ukuran 20x15x13 cm³ dengan *whorl like appearance* (+), adnexa dalam batas normal

Kesan : menyokong gambaran mioma uteri.

D. KESIMPULAN

Seorang P₂A₀ dengan menruasi memanjang dan perdarahan diluar menstruasi dengan volume banyak serta teraba massa diatas SOP dengan USG menyokong gambaran mioma uteri.

E. DIAGNOSA

Mioma uteri dengan menometroragi

F. PROGNOSA

Dubia

G. PENATALAKSANAAN

- ❖ Infus RL 20 tpm
- ❖ Asam Tranexamat 3x 500 mg
- ❖ Sulfus Ferosus 2x1 tablet
- ❖ Usul kuretase diagnosa

Evaluasi tanggal 6 April 2011

Keadaan Umum : baik, compos mentis, gizi cukup
Tanda vital : T : 120/60 mmHg
N: 80x/menit
Rr: 21x/menit
T : 37⁰C
Mata : Conjunctiva anemis (-/-) sklera ikterik (-/-)
Thorax : Cor : dalam batas normal
Pulmo: dalam batas normal
Abdomen : Supel, NT (-), massa padat, mobile, batas tegas dengan batas atas: 3 jari atas pusat; batas kiri: LMCS; batas kanan: LMCD; bawah kesan masuk panggul, hepar lien tidak membesar
Genital : Perdarahan pervaginam (+) discharge (-)
Dx : Mioma uteri dengan menometroraghia
Tx : Kuretase hari ini

Evaluasi tanggal 7 April 2011

Keadaan Umum : baik, compos mentis, gizi cukup
Tanda vital : T : 110/70
N: 80x/menit
Rr: 18x/menit
T : 36⁰C

Mata : Conjunctiva anemis (-/-) sklera ikterik (-/-)

Thorax : Cor : dalam batas normal
Pulmo: dalam batas normal

Abdomen : Supel, NT (-), massa padat, mobile, batas tegas dengan batas atas: 3 jari atas pusat; batas kiri: LMCS; batas kanan: LMCD; bawah kesan masuk panggul, hepar lien tidak membesar

Genital : Perdarahan pervaginam (-) discharge (-)

Dx : Mioma uteri dengan mioma cervicalis dan anemia

Tx : - Cefadroxil tab 2 x 500 mg
- Sulfas Ferosus tab 2 x 1
- Vitamin C tab 2 x 1

BAB IV

ANALISA KASUS

A. Analisa Penegakkan Diagnosa

Dalam kasus ini pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya benjolan di perut bawah, kenyal, permukaan licin, nyeri tekan (-). Gejala yang timbul sangat tergantung pada tempat sarang mioma ini berada, besarnya tumor, perubahan dan komplikasi yang terjadi. Gejala yang mungkin timbul yaitu ⁴ :

- a. Perdarahan abnormal yaitu dapat berupa hipermenore, menoragia dan dapat juga terjadi metroragia merupakan yang paling banyak terjadi.
- b. Rasa nyeri yang mungkin timbul karena gangguan sirkulasi darah pada sarang mioma, yang disertai nekrosis setempat dan peradangan. Pada mioma submukosum bisa menyempitkan kanalis servikalis sehingga dapat menyebabkan juga dismenore. Namun gejala-gejala tersebut bukanlah gejala khas pada mioma uteri.
- c. Gejala dan tanda penekanan yang tergantung pada besar dan tempat mioma uteri. Gejala yang timbul dapat berupa poliuri, retentio urine, obstipasi serta edema tungkai dan nyeri panggul.

Pada kasus ini, diagnosa mioma uteri dengan menometroraghia ditegakkan dari:

Anamnesa:

- Pasien datang dengan keluhan utama haid yang memanjang.
- Sejak 1 bulan terakhir menstruasi tidak teratur. Lama menstruasi lebih dari 7 hari, dengan ganti pembalut lebih dari 3x/hari.
- Riwayat mentruasi sebelumnya teratur tiap bulan selama 5 hari dengan 1-2x ganti pembalut per hari.

Berdasarkan anamnesa di atas dapat ditegakkan diagnosa menometroragia yaitu perdarahan haid yang lebih banyak dari normal (>3ganti pembalut/hari) atau lebih lama dari normal (>7 hari) di dalam maupun di luar siklus haid.

Gejala klinis yang terjadi kemungkinan karena adanya gangguan pada uterus sehingga ketika menstruasi terjadi gangguan kontraktilitas serabut otot yang menyebabkan perdarahan menjadi banyak karena tidak dapat menjepit arteri spiralis dengan baik. Seringnya dengan perdarahan yang banyak dan berlangsung lama menyebabkan pasien menderita anemia tetapi pada pasien ini hemoglobinnya masih > 10g/dl.

Status ginekologi:

Pemeriksaan abdomen :

Inspeksi : tampak benjolan di atas symphysis os pubis

Palpasi : Supel, nyeri tekan (-), TFU 3 jari diatas SOP, teraba masa kenyal, permukaan licin tidak berbenjol-benjol dengan batas atas 3 jari diatas SOP, batas kanan LMCD kiri LMCS, batas bawah kesan masuk panggul.

Inspekulo : vulva/uretra tenang, dinding vagina dalam batas normal, portio utuh, OUE tertutup, darah (+), discharge (-), sondasi sulit dilakukan, Corpus uteri tertarik ke kanan atas.

VT : vulva/uretra tenang, dinding vagina dalam batas normal, portio kenyal, uterus sebesar telur ayam, adnexa kanan – kiri dalam batas normal, darah (+), discharge (-).

USG:

VU terisi cukup, tampak uterus membesar, ukuran 20x15x13 cm³ dengan *whorl like appearance* (+), adnexa dalam batas normal.

Kesan : menyokong gambaran mioma uteri.

B. Analisa Kasus Penatalaksanaan

Penatalaksanaan untuk kasus ini dengan diagnosa mioma uteri dengan menometroraghia adalah:

- Perbaiki keadaan umum pasien.

Pemberian diet tinggi kalori tinggi protein, vitamin, dan zat besi.
Terapi penggantian cairan yang keluar karena perdarahan dan menghentikan perdarahan.

- Kuretase diagnostik

Kuretase ditujukan untuk mengambil massa dari dinding uterus, yang kemudian dilakukan pemeriksaan histopatologis terhadap massa tersebut sehingga dapat diketahui jinak/ganas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Rayburn, F,W., Carey, C, J. 2001. *Obstetri dan Ginekologi*. Widya Medika. Jakarta. Hal 268, 270.
2. Mirza Iskandar, 2008. *Pengelolaan Uterus Fibroid*. http://www.pogisemarang.org/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1&Itemid=6
3. Coronado GD, Marshall LM, Schwartz SM. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population based study. *Obstet Gynecol*. 2000;95:764-769
4. Wiknjosastro H. Ilmu Kebidanan. Edisi II. Jakarta : Bina Pustaka, 2005. 337-345.
5. Taber BZ. Kapita selekta Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi. Alih Bahasa: Supriyadi T, Gunawan J Edisi 2. Jakarta : EGC, 1994. 268-272.
6. Llewellyn, J, D. 2001. *Dasar-Dasar Obstetri dan Ginekologi*. Hipokrates, Jakarta. Hal 263-265.
7. Cunningham, Mc Mac Donald, Gant, Levono, Gilstrap, Hanskin, Clark. 2003. *William's Obstetrics*. Prentice-Hall International.Inc
8. Victory R, Romano W, Bennett J, Diamond M. *Clinical Gynecology*. Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Inc. 2006. 179-205.
9. Muzakir. 2008. *Profil Penderita Mioma Uteri di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau periode 1 Januari-31 Desember 2006*. www.files.drsmmed.com
10. Parker WH. *Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine miomas*. *Fertility and Sterility*.Vol. 87, No. 4, April 2007. p725-3
11. Kurniasari T. 2010. *Karakteristik Mioma Uteri di RSUD Dr.Moewardi periode Januari 2009 – Januari 2010*. Surakarta: FK UNS
12. Goodwin SC, Spies TB. 2009. Uterin fibroid embolization. 361: 690-697.
13. Moore JG. *Essensial Obstetri and Ginekologi*. Edisi 2. Jakarta : Hipokrates, 2001. 378-385
14. Chelmow,David,M,D., Lee,Susan., Evantash, E. 2005. *Gynecologic Myomectomy*. www.emedicine.com