

MANUAL PRAKTIS GINEKOLOGI: DARI ANAMNESIS HINGGA TINDAKAN DASAR

Dr. dr. Batara Imanuel Sirait, SpOG-KFER



MANUAL PRAKTIS GINEKOLOGI: DARI ANAMNESIS HINGGA TINDAKAN DASAR

Dr. dr. Batara Imanuel, SpOG-KFER

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014

Tentang Hak Cipta

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/ atau pidana denda paling Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

MANUAL PRAKTIS GINEKOLOGI: DARI ANAMNESIS HINGGA TINDAKAN DASAR

Dr. dr. Batara Imanuel, SpOG-KFER



YAYASAN PUTRA ADI DHARMA

MANUAL PRAKTIS GINEKOLOGI: DARI ANAMNESIS HINGGA TINDAKAN DASAR

Penulis :

Dr. dr. Batara Imanuel, SpOG-KFER

ISBN : 978-634-295-057-9

IKAPI : No.498/JBA/2024

Editor :

Annida Muthi'ah

Penyunting :

Yayasan Putra Adi Dharma

Desain sampul dan Tata letak

Yayasan Putra Adi Dharma

Penerbit :

Yayasan Putra Adi Dharma

Redaksi :

Wahana Pondok Ungu Blok B9 no 1, Bekasi

Office Marketing Jl. Gedongkuning, Banguntapan Bantul, Yogyakarta

Office Yogyakarta : 087777899993

Marketing : 088221740145

Instagram : @ypad_penerbit

Website : <https://ypad.store>

Email : teampenerbit@ypad.store

Cetakan Pertama Maret 2026

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga buku ini, dapat diselesaikan. Buku ini disusun sebagai panduan komprehensif bagi mahasiswa kedokteran, dokter umum, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya yang ingin memahami konsep dasar serta praktik klinis ginekologi sehari-hari.

Dalam buku ini, penulis berusaha menyajikan materi secara sistematis, dimulai dari ruang lingkup dan peran ginekologi, anatomi dan fisiologi sistem reproduksi wanita, siklus menstruasi, hingga prinsip asuhan berbasis bukti dan etika praktik ginekologi. Selanjutnya, buku ini membahas secara rinci anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, gangguan menstruasi, infeksi saluran reproduksi, kontrasepsi, gangguan jinak dan keganasan ginekologi, hingga perimenopause dan tindakan dasar ginekologi. Setiap bab disusun dalam format paragraf yang mudah dipahami dengan tujuan memudahkan pembaca memahami konsep dan praktik yang relevan.

Buku ini juga menekankan pendekatan klinis berbasis protokol, integrasi praktik sehari-hari, pengambilan keputusan klinis, kolaborasi interprofesional, serta pentingnya dokumentasi dan audit klinis. Selain itu, aspek pengembangan kompetensi dan continuous professional development juga dibahas untuk mendorong tenaga kesehatan selalu memperbarui pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran.

Penulis menyadari bahwa penyusunan buku ini tidak lepas dari bimbingan, masukan, dan dukungan berbagai pihak, baik rekan sejawat maupun tenaga profesional dalam bidang ginekologi. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu tersusunnya buku ini.

Harapan penulis, buku ini dapat menjadi sumber referensi yang bermanfaat, meningkatkan pemahaman pembaca, serta mendukung praktik ginekologi yang aman, efektif, berbasis bukti, dan berfokus pada pasien. Kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi perbaikan dan pengembangan buku ini di masa mendatang.

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB 1 KONSEP DASAR GINEKOLOGI KLINIS	1
A. Ruang Lingkup dan Peran Ginekologi dalam Pelayanan Kesehatan	3
B. Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita	5
C. Siklus Menstruasi dan Regulasi Hormonal.....	7
D. Prinsip Asuhan Berbasis Evidence-Based Medicine	9
E. Etika dan Legalitas Praktik Ginekologi	10
BAB 2 ANAMNESIS DALAM PRAKTIK GINEKOLOGI.....	13
A. Teknik Anamnesis Komprehensif.....	14
B. Riwayat Menstruasi dan Gangguannya	16
C. Riwayat Obstetri dan Kontrasepsi	19
D. Riwayat Penyakit dan Faktor Risiko	20
E. Dokumentasi dan Komunikasi Efektif.....	22
BAB 3 PEMERIKSAAN FISIK GINEKOLOGI.....	25
A. Pemeriksaan Umum dan Tanda Vital.....	27
B. Pemeriksaan Abdomen	28
C. Pemeriksaan Inspeksi Genitalia Eksterna	30
D. Pemeriksaan Spekulum.....	31
E. Pemeriksaan Bimanual	33
BAB 4 PEMERIKSAAN PENUNJANG GINEKOLOGI.....	35

A. Pemeriksaan Laboratorium Dasar.....	36
B. Pap Smear dan IVA Test	37
C. Ultrasonografi Ginekologi	39
D. Pemeriksaan Hormon Reproduksi	40
E. Indikasi dan Interpretasi Hasil	42
BAB 5 GANGGUAN MENSTRUASI.....	44
A. Amenore Primer dan Sekunder.....	45
B. Dismenore.....	47
C. Menoragia dan Metroragia	48
D. Sindrom Pramenstruasi.....	50
E. Pendekatan Diagnosis dan Terapi	51
BAB 6 INFEKSI SALURAN REPRODUKSI.....	53
A. Vaginitis dan Servisititis	54
B. Penyakit Radang Panggul	55
C. Infeksi Menular Seksual	57
D. Kandidiasis dan Bakterial Vaginosis.....	59
E. Prinsip Terapi dan Pencegahan	60
BAB 7 KONTRASEPSI DAN KELUARGA BERENCANA....	63
A. Metode Kontrasepsi Hormonal.....	65
B. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD).....	66
C. Kontrasepsi Barrier	68
D. Kontrasepsi Permanen	69
E. Konseling Pemilihan Kontrasepsi.....	71
BAB 8 GANGGUAN JINAK GINEKOLOGI	73

A. Mioma Uteri.....	74
B. Kista Ovarium.....	76
C. Endometriosis	77
D. Polip Endometrium.....	79
E. Pendekatan Klinis dan Tindakan Dasar	81
BAB 9 PERDARAHAN UTERUS ABNORMAL	83
A. Klasifikasi PALM-COEIN.....	84
B. Evaluasi Klinis.....	86
C. Terapi Medik.....	87
D. Tindakan Kuretase	89
E. Indikasi Rujukan.....	91
BAB 10 NYERI PANGGUL DAN KEPUTIHAN	93
A. Nyeri Panggul Akut	94
B. Nyeri Panggul Kronis	96
C. Keputihan Fisiologis dan Patologis	97
D. Diagnosis Banding.....	99
E. Penatalaksanaan Awal.....	100
BAB 11 GANGGUAN DASAR UROGINEKOLOGI	102
A. Inkontinensia Urin	103
B. Prolaps Organ Panggul	105
C. Fistula Urogenital	106
D. Pemeriksaan Penunjang Uroginekologi.....	108
E. Tatalaksana Konservatif Awal.....	109
BAB 12 KEGANASAN GINEKOLOGI DASAR	111

A. Kanker Serviks.....	112
B. Kanker Endometrium.....	114
C. Kanker Ovarium	115
D. Deteksi Dini dan Skrining	117
E. Prinsip Rujukan dan Edukasi Pasien	118
BAB 13 PERIMENOPAUSE DAN MENOPAUSE.....	120
A. Perubahan Hormonal	121
B. Gejala Klinis	122
C. Terapi Sulih Hormon	124
D. Pencegahan Osteoporosis	125
E. Konseling dan Kualitas Hidup.....	126
BAB 14 TINDAKAN DASAR GINEKOLOGI.....	129
A. Pemasangan dan Pelepasan IUD	130
B. Pap Smear dan Biopsi Serviks.....	131
C. Kuretase Diagnostik.....	132
D. Insisi dan Drainase Abses	133
E. Prinsip Asepsis dan Antisepsis.....	134
BAB 15 INTEGRASI PRAKTIK KLINIS GINEKOLOGI SEHARI-HARI	136
A. Algoritma Pengambilan Keputusan Klinis	137
B. Manajemen Kasus Berbasis Protokol	138
C. Kolaborasi dan Sistem Rujukan.....	139
D. Dokumentasi dan Audit Klinis.....	140
E. Pengembangan Kompetensi dan Continuous Professional Development.....	141

DAFTAR PUSTAKA	143
PROFIL PENULIS	146

BAB 1

KONSEP DASAR GINEKOLOGI KLINIS

Konsep Dasar Ginekologi Klinis merupakan cabang ilmu kedokteran yang mempelajari kesehatan sistem reproduksi perempuan secara komprehensif, mencakup aspek anatomi, fisiologi, patologi, diagnosis, hingga tata laksana klinis berbagai gangguan reproduksi. Ginekologi klinis tidak hanya berfokus pada penyakit, tetapi juga pada upaya promotif dan preventif untuk menjaga kesehatan perempuan sepanjang daur kehidupannya, mulai dari masa remaja, usia reproduksi, hingga menopause. Dalam praktiknya, ginekologi klinis menuntut pendekatan yang holistik, karena kondisi kesehatan reproduksi sering kali berkaitan dengan faktor hormonal, psikologis, sosial, dan budaya.

Secara anatomi, ginekologi klinis mempelajari organ reproduksi internal seperti uterus (rahim), ovarium, tuba falopi, dan serviks, serta organ reproduksi eksternal seperti vulva dan vagina. Pemahaman terhadap struktur anatomi ini menjadi dasar penting dalam melakukan pemeriksaan fisik, interpretasi gejala, serta tindakan diagnostik. Selain anatomi, aspek fisiologi juga menjadi landasan utama, terutama terkait siklus menstruasi yang diatur oleh interaksi kompleks hormon hipotalamus, hipofisis, dan ovarium. Ketidakseimbangan hormonal pada sistem ini dapat menyebabkan gangguan seperti amenore, dismenore, atau perdarahan uterus abnormal.

Dalam konteks klinis, ginekologi berfokus pada identifikasi dan penatalaksanaan berbagai kondisi patologis, seperti infeksi saluran reproduksi, endometriosis, mioma uteri, kista ovarium, hingga keganasan seperti kanker serviks dan kanker ovarium. Penyakit kanker serviks, misalnya, sangat erat kaitannya dengan infeksi Human Papillomavirus (HPV) dan menjadi salah satu penyebab

utama kematian pada perempuan di banyak negara berkembang. Oleh karena itu, skrining rutin melalui Pap smear dan vaksinasi HPV menjadi bagian integral dalam praktik ginekologi preventif.

Pendekatan diagnostik dalam ginekologi klinis mencakup anamnesis yang mendalam, pemeriksaan fisik, serta penggunaan alat penunjang seperti ultrasonografi (USG), pemeriksaan laboratorium hormonal, dan prosedur invasif minimal seperti histeroskopi. Anamnesis yang baik harus mencakup riwayat menstruasi, riwayat obstetri, riwayat kontrasepsi, aktivitas seksual, serta keluhan utama pasien. Pendekatan ini harus dilakukan dengan empati dan menjaga privasi pasien, mengingat isu kesehatan reproduksi sering kali bersifat sensitif.

Selain aspek kuratif, ginekologi klinis juga mencakup manajemen kesehatan reproduksi secara preventif dan promotif. Edukasi mengenai kebersihan organ reproduksi, perencanaan kehamilan, kontrasepsi, serta deteksi dini kanker merupakan bagian dari layanan ginekologi yang esensial. Konseling menjadi komponen penting dalam praktik klinis, terutama dalam kasus infertilitas, gangguan hormonal, atau keputusan terapi yang bersifat jangka panjang seperti tindakan operatif.

Perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran turut memengaruhi praktik ginekologi klinis modern. Teknik bedah minimal invasif seperti laparoskopi dan pendekatan berbasis evidence-based medicine semakin meningkatkan kualitas layanan dan keselamatan pasien. Integrasi ilmu ginekologi dengan bidang lain seperti endokrinologi, onkologi, dan psikologi juga memperkuat pendekatan multidisipliner dalam menangani kasus-kasus kompleks.

Dengan demikian, konsep dasar ginekologi klinis tidak hanya berisi pemahaman teoritis mengenai organ reproduksi perempuan, tetapi juga mencakup keterampilan klinis, etika profesional, komunikasi efektif dengan pasien, serta pengambilan keputusan

berbasis bukti ilmiah. Ginekologi klinis menempatkan perempuan sebagai subjek utama pelayanan kesehatan yang harus diperlakukan secara komprehensif, bermartabat, dan berorientasi pada peningkatan kualitas hidup secara menyeluruh.

A. Ruang Lingkup dan Peran Ginekologi dalam Pelayanan Kesehatan

Ruang lingkup ginekologi dalam pelayanan kesehatan mencakup seluruh aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi perempuan, baik dalam kondisi normal maupun patologis. Ginekologi tidak hanya mempelajari struktur dan fungsi organ reproduksi seperti uterus, ovarium, tuba falopi, serviks, vagina, dan vulva, tetapi juga menelaah berbagai gangguan yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi perempuan sepanjang siklus kehidupannya. Mulai dari masa pubertas, usia reproduksi, kehamilan risiko tertentu (yang memerlukan kolaborasi dengan obstetri), hingga masa perimenopause dan menopause, ginekologi memiliki peran penting dalam menjaga keseimbangan kesehatan fisik dan hormonal perempuan.

Dalam pelayanan kesehatan primer, ginekologi berperan dalam deteksi dini dan pencegahan penyakit. Layanan seperti skrining kanker serviks melalui Pap smear, pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat), vaksinasi Human Papillomavirus (HPV), serta edukasi kesehatan reproduksi merupakan bagian integral dari pelayanan promotif dan preventif. Penyakit seperti kanker serviks yang banyak disebabkan oleh infeksi HPV menjadi perhatian utama karena angka morbiditas dan mortalitasnya yang signifikan, terutama di negara berkembang. Oleh karena itu, peran ginekologi dalam upaya pencegahan primer dan sekunder sangat strategis dalam sistem kesehatan nasional.

Pada tingkat pelayanan sekunder dan tersier, ginekologi berperan dalam penegakan diagnosis dan tata laksana berbagai gangguan reproduksi, seperti gangguan menstruasi, endometriosis, mioma uteri, kista ovarium, penyakit radang panggul, infertilitas, hingga keganasan ginekologi seperti kanker ovarium dan kanker endometrium. Pendekatan klinis dalam ginekologi melibatkan anamnesis komprehensif, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi (USG), pemeriksaan laboratorium hormonal, dan prosedur diagnostik lanjutan. Dalam kasus tertentu, tindakan operatif seperti laparoskopi atau laparotomi dilakukan sebagai bagian dari terapi definitif.

Ginekologi juga memiliki peran penting dalam manajemen kesehatan reproduksi berbasis hak dan gender. Pelayanan ginekologi harus menjunjung tinggi prinsip etika kedokteran, termasuk informed consent, kerahasiaan pasien, serta penghormatan terhadap otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan medis. Hal ini menjadi sangat penting dalam kasus-kasus sensitif seperti gangguan fertilitas, kontrasepsi, penyakit menular seksual, atau keganasan reproduksi. Pelayanan yang berorientasi pada pasien (patient-centered care) menjadi standar dalam praktik ginekologi modern.

Selain itu, ginekologi berperan dalam kolaborasi interprofesional di dalam sistem pelayanan kesehatan. Dokter spesialis ginekologi sering bekerja sama dengan dokter umum, bidan, perawat, ahli patologi, ahli radiologi, serta konselor psikologis untuk memberikan pelayanan yang komprehensif. Dalam kasus keganasan, kolaborasi dengan bidang onkologi sangat diperlukan, sedangkan pada gangguan hormonal kompleks, kerja sama dengan spesialis endokrinologi menjadi penting. Pendekatan multidisipliner ini memastikan bahwa pasien mendapatkan penanganan yang optimal dan terintegrasi.

B. Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

Anatomi dan fisiologi sistem reproduksi wanita merupakan dasar fundamental dalam memahami praktik ginekologi klinis. Sistem reproduksi wanita terdiri atas organ reproduksi internal dan eksternal yang bekerja secara terintegrasi di bawah pengaruh sistem hormonal yang kompleks. Secara anatomi, organ reproduksi internal meliputi ovarium, tuba falopi, uterus (rahim), dan serviks, sedangkan organ reproduksi eksternal dikenal sebagai vulva yang mencakup labia mayora, labia minora, klitoris, dan vestibulum vagina. Setiap struktur memiliki fungsi spesifik yang saling berkaitan dalam proses menstruasi, fertilisasi, kehamilan, dan persalinan.

Ovarium merupakan organ gonad perempuan yang berfungsi memproduksi sel telur (ovum) serta hormon utama reproduksi, yaitu estrogen dan progesteron. Hormon-hormon ini tidak hanya berperan dalam pengaturan siklus menstruasi, tetapi juga memengaruhi perkembangan karakteristik seksual sekunder, kepadatan tulang, serta kesehatan sistem kardiovaskular. Tuba falopi berfungsi sebagai saluran penghubung antara ovarium dan uterus serta menjadi tempat terjadinya fertilisasi. Uterus adalah organ berotot yang berperan sebagai tempat implantasi dan perkembangan embrio hingga menjadi janin. Dinding uterus terdiri atas tiga lapisan, yaitu endometrium, miometrium, dan perimetrium, yang masing-masing memiliki fungsi khusus, terutama dalam siklus menstruasi dan kehamilan. Serviks merupakan bagian bawah uterus yang menghubungkan rahim dengan vagina dan berfungsi sebagai jalur masuk sperma serta sebagai pelindung terhadap infeksi melalui produksi mukus serviks.

Secara fisiologis, sistem reproduksi wanita dikendalikan oleh sumbu hipotalamus–hipofisis–ovarium. Hipotalamus mengeluarkan hormon GnRH (Gonadotropin-Releasing Hormone) yang

merangsang kelenjar hipofisis anterior untuk memproduksi hormon FSH (Follicle Stimulating Hormone) dan LH (Luteinizing Hormone). FSH berperan dalam pematangan folikel ovarium, sedangkan lonjakan LH memicu ovulasi. Setelah ovulasi, korpus luteum terbentuk dan menghasilkan progesteron yang berfungsi mempersiapkan endometrium untuk kemungkinan implantasi. Jika fertilisasi tidak terjadi, kadar hormon menurun sehingga lapisan endometrium luruh dan terjadilah menstruasi.

Siklus menstruasi normal berlangsung rata-rata 28 hari, meskipun variasi antara 21 hingga 35 hari masih dianggap fisiologis pada wanita dewasa. Siklus ini terbagi menjadi fase folikular, fase ovulasi, dan fase luteal. Pada fase folikular, terjadi pematangan folikel dan proliferasi endometrium akibat pengaruh estrogen. Fase ovulasi ditandai dengan pelepasan ovum dari ovarium, sedangkan fase luteal ditandai dengan dominasi progesteron untuk mempertahankan endometrium. Ketidakseimbangan dalam regulasi hormonal ini dapat menyebabkan gangguan seperti amenore, oligomenore, atau perdarahan uterus abnormal.

Selain fungsi reproduktif, sistem reproduksi wanita juga memiliki peran dalam keseimbangan hormonal tubuh secara umum. Estrogen berperan dalam menjaga elastisitas kulit, kepadatan tulang, serta fungsi pembuluh darah. Oleh karena itu, perubahan fisiologis seperti menopause, yang ditandai dengan penurunan produksi estrogen, dapat berdampak luas pada kesehatan wanita, termasuk risiko osteoporosis dan gangguan metabolik.

Dengan memahami anatomi dan fisiologi sistem reproduksi wanita secara menyeluruh, tenaga kesehatan dapat melakukan evaluasi klinis yang akurat, menegakkan diagnosis secara tepat, serta memberikan terapi yang sesuai. Pemahaman ini menjadi landasan utama dalam praktik ginekologi klinis karena hampir seluruh

gangguan reproduksi berkaitan dengan perubahan struktur atau gangguan regulasi hormonal dalam sistem yang kompleks ini.

C. Siklus Menstruasi dan Regulasi Hormonal

Siklus menstruasi merupakan proses fisiologis yang terjadi secara periodik pada wanita usia reproduksi sebagai hasil interaksi kompleks antara sistem saraf pusat, sistem endokrin, dan organ reproduksi. Siklus ini mencerminkan kesiapan tubuh perempuan untuk terjadinya kehamilan dan diatur oleh mekanisme hormonal yang terintegrasi melalui sumbu hipotalamus–hipofisis–ovarium. Secara normal, siklus menstruasi berlangsung rata-rata 28 hari, meskipun rentang 21 hingga 35 hari masih dianggap fisiologis pada wanita dewasa. Siklus ini dimulai sejak hari pertama perdarahan menstruasi dan berakhir tepat sebelum menstruasi berikutnya.

Regulasi hormonal siklus menstruasi dimulai dari hipotalamus yang mengeluarkan Gonadotropin-Releasing Hormone (GnRH) secara pulsatif. GnRH kemudian merangsang kelenjar hipofisis anterior untuk mensekresikan dua hormon utama, yaitu Follicle Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing Hormone (LH). FSH berperan dalam merangsang pertumbuhan dan pematangan folikel di ovarium, sedangkan LH berfungsi dalam proses pematangan akhir folikel serta memicu ovulasi. Interaksi antara hormon-hormon ini membentuk pola siklus yang khas dan berulang setiap bulan.

Secara fisiologis, siklus menstruasi terbagi menjadi tiga fase utama, yaitu fase folikular, fase ovulasi, dan fase luteal. Fase folikular dimulai pada hari pertama menstruasi dan ditandai dengan peningkatan FSH yang merangsang pertumbuhan beberapa folikel ovarium. Folikel yang dominan akan menghasilkan estrogen dalam jumlah meningkat, yang kemudian menstimulasi proliferasi endometrium (lapisan dalam rahim). Peningkatan kadar estrogen yang signifikan akan memberikan umpan balik positif ke hipofisis,

sehingga terjadi lonjakan LH (LH surge) yang memicu ovulasi, yaitu pelepasan ovum matang dari ovarium.

Fase ovulasi biasanya terjadi sekitar pertengahan siklus dan merupakan periode paling subur dalam siklus menstruasi. Setelah ovulasi, sisa folikel yang telah pecah berubah menjadi korpus luteum yang menghasilkan progesteron dalam jumlah besar. Fase ini disebut fase luteal. Progesteron berfungsi mempersiapkan endometrium agar siap menerima implantasi embrio jika terjadi fertilisasi. Apabila pembuahan tidak terjadi, korpus luteum akan mengalami regresi, kadar estrogen dan progesteron menurun, dan endometrium akan luruh sehingga terjadilah menstruasi.

Mekanisme umpan balik negatif dan positif antara ovarium dan hipofisis menjadi kunci stabilitas siklus menstruasi. Gangguan pada salah satu komponen sumbu hipotalamus–hipofisis–ovarium dapat menyebabkan ketidakteraturan siklus, seperti amenore (tidak menstruasi), oligomenore (siklus jarang), polimenore (siklus terlalu sering), atau perdarahan uterus abnormal. Faktor-faktor seperti stres, gangguan nutrisi, penyakit sistemik, sindrom ovarium polikistik (PCOS), hingga gangguan tiroid dapat memengaruhi regulasi hormonal ini.

Selain berperan dalam reproduksi, hormon-hormon siklus menstruasi juga memiliki dampak sistemik terhadap tubuh. Estrogen berperan dalam menjaga kepadatan tulang, elastisitas kulit, serta fungsi kardiovaskular, sedangkan progesteron memengaruhi suhu basal tubuh dan stabilitas endometrium. Oleh karena itu, perubahan hormonal yang signifikan, seperti pada masa pramenstruasi atau menjelang menopause, sering disertai gejala fisik dan emosional seperti nyeri payudara, perubahan suasana hati, atau gangguan tidur.

D. Prinsip Asuhan Berbasis Evidence-Based Medicine

Prinsip asuhan berbasis Evidence-Based Medicine (EBM) dalam ginekologi klinis merupakan pendekatan pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan bukti ilmiah terbaik yang tersedia dengan keahlian klinis tenaga medis serta nilai dan preferensi pasien. Konsep ini menekankan bahwa setiap keputusan klinis harus didasarkan pada hasil penelitian yang valid, relevan, dan mutakhir, bukan semata-mata pada pengalaman pribadi atau kebiasaan praktik yang telah berlangsung lama. Dengan demikian, EBM menjadi landasan penting dalam meningkatkan kualitas, efektivitas, dan keamanan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan.

Secara konseptual, pendekatan Evidence-Based Medicine pertama kali dipopulerkan oleh David Sackett, yang menekankan bahwa praktik kedokteran harus didasarkan pada penggunaan bukti terbaik secara sadar, eksplisit, dan bijaksana. Dalam konteks ginekologi klinis, penerapan EBM sangat penting karena banyak intervensi medis—baik farmakologis maupun operatif—memiliki risiko dan implikasi jangka panjang terhadap kesehatan reproduksi dan kualitas hidup perempuan. Oleh karena itu, pemilihan terapi harus mempertimbangkan tingkat evidensi, manfaat klinis, risiko efek samping, serta kondisi individual pasien.

Penerapan EBM dalam asuhan ginekologi diawali dengan perumusan pertanyaan klinis yang terstruktur, sering menggunakan pendekatan PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome). Setelah itu dilakukan pencarian literatur ilmiah dari sumber yang kredibel seperti jurnal terindeks dan pedoman klinis internasional. Bukti yang diperoleh kemudian dinilai kualitasnya berdasarkan hierarki evidensi, di mana meta-analisis dan uji klinis terkontrol secara acak (randomized controlled trial) menempati tingkat tertinggi, diikuti oleh studi kohort, studi kasus-kontrol, hingga pendapat ahli.

Dalam praktik ginekologi, EBM diterapkan dalam berbagai aspek, seperti pemilihan metode kontrasepsi yang paling sesuai, tata laksana sindrom ovarium polikistik, terapi hormonal pada menopause, hingga strategi skrining kanker serviks. Misalnya, rekomendasi skrining kanker serviks berbasis bukti ilmiah telah terbukti menurunkan angka kejadian dan mortalitas secara signifikan ketika dilakukan secara teratur. Demikian pula, pemilihan terapi untuk mioma uteri atau endometriosis harus mempertimbangkan data klinis terbaru mengenai efektivitas obat, teknik minimal invasif, serta dampaknya terhadap fertilitas.

Selain integrasi bukti ilmiah, EBM juga menekankan pentingnya pengalaman klinis dan preferensi pasien. Dalam ginekologi, aspek ini sangat krusial karena banyak keputusan medis berkaitan dengan nilai pribadi, budaya, dan rencana reproduksi pasien. Sebagai contoh, keputusan untuk melakukan histerektomi, penggunaan terapi hormonal jangka panjang, atau prosedur fertilitas berbantu harus melalui proses konseling yang komprehensif dan partisipatif. Dengan demikian, praktik berbasis bukti tidak bersifat kaku, melainkan fleksibel dan berpusat pada pasien (*patient-centered care*).

Penerapan prinsip EBM juga berkontribusi terhadap peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Dengan menggunakan panduan klinis berbasis bukti, risiko kesalahan medis dapat ditekan, variasi praktik yang tidak perlu dapat diminimalkan, dan hasil klinis menjadi lebih terstandarisasi. Dalam sistem pelayanan kesehatan modern, pendekatan ini menjadi indikator profesionalisme dan akuntabilitas tenaga kesehatan.

E. Etika dan Legalitas Praktik Ginekologi

Etika dan legalitas dalam praktik ginekologi merupakan aspek fundamental yang tidak dapat dipisahkan dari pelayanan kesehatan

reproduksi perempuan. Ginekologi adalah bidang yang sangat sensitif karena berkaitan langsung dengan organ intim, fungsi reproduksi, hak reproduksi, serta keputusan medis yang sering kali berdampak jangka panjang terhadap kehidupan pasien. Oleh karena itu, praktik ginekologi harus berlandaskan prinsip etika kedokteran yang kuat serta mematuhi regulasi hukum yang berlaku untuk menjamin keselamatan, martabat, dan hak pasien.

Secara etis, praktik ginekologi berpedoman pada empat prinsip dasar etika kedokteran, yaitu beneficence (berbuat baik), non-maleficence (tidak merugikan), autonomy (menghormati otonomi pasien), dan justice (keadilan). Prinsip beneficence mengharuskan tenaga kesehatan memberikan tindakan yang terbaik bagi pasien berdasarkan pertimbangan ilmiah dan klinis. Non-maleficence menuntut agar setiap intervensi medis mempertimbangkan risiko dan menghindari tindakan yang dapat membahayakan pasien. Dalam ginekologi, prinsip ini sangat penting karena banyak tindakan bersifat invasif, seperti biopsi serviks, kuretase, atau operasi laparoskopi.

Prinsip autonomy menjadi sangat krusial dalam praktik ginekologi karena banyak keputusan medis berkaitan dengan pilihan reproduksi, seperti penggunaan kontrasepsi, terapi fertilitas, tindakan sterilisasi, atau histerektomi. Pasien berhak memperoleh informasi yang lengkap, jujur, dan mudah dipahami mengenai diagnosis, pilihan terapi, risiko, manfaat, serta alternatif tindakan sebelum memberikan persetujuan. Konsep informed consent bukan sekadar formalitas administratif, melainkan proses komunikasi yang etis dan profesional. Kerahasiaan medis juga harus dijaga secara ketat, terutama dalam kasus yang menyangkut penyakit menular seksual, infertilitas, atau kondisi sensitif lainnya.

Dari sisi legalitas, praktik ginekologi harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang mengatur praktik kedokteran,

standar profesi, serta kode etik kedokteran nasional. Tenaga medis wajib memiliki izin praktik yang sah dan menjalankan pelayanan sesuai kompetensi. Pelanggaran terhadap standar profesi atau kelalaian medis dapat berimplikasi hukum, baik secara perdata, pidana, maupun administratif. Oleh karena itu, dokumentasi medis yang lengkap, akurat, dan sistematis menjadi bagian penting dalam perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan maupun pasien.

Dalam konteks pelayanan kesehatan modern, isu etika dan legalitas juga berkembang seiring kemajuan teknologi. Prosedur fertilisasi *in vitro* (IVF), skrining genetik, terapi hormonal jangka panjang, hingga tindakan bedah rekonstruktif menghadirkan tantangan etis baru. Selain itu, isu terkait kekerasan seksual, kehamilan remaja, dan aborsi membutuhkan pendekatan yang tidak hanya profesional secara medis tetapi juga sensitif secara sosial dan hukum. Tenaga ginekologi harus mampu menyeimbangkan kewajiban profesional dengan norma hukum dan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat.

Kolaborasi interprofesional dan kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP) juga menjadi bagian dari tanggung jawab etis dan legal. Praktik yang mengabaikan protokol keselamatan pasien dapat meningkatkan risiko malpraktik. Oleh karena itu, pengembangan kompetensi berkelanjutan, audit klinis, serta penerapan pedoman berbasis bukti menjadi bagian integral dari praktik yang etis dan legal.

BAB 2

ANAMNESIS DALAM PRAKTIK GINEKOLOGI

Anamnesis dalam praktik ginekologi merupakan tahap awal yang sangat penting dalam proses penegakan diagnosis dan perencanaan tata laksana. Anamnesis adalah proses penggalan informasi secara sistematis melalui wawancara antara tenaga kesehatan dan pasien untuk memahami keluhan utama, riwayat penyakit, serta faktor-faktor yang berkaitan dengan kondisi kesehatan reproduksi. Dalam ginekologi, anamnesis memiliki karakteristik khusus karena menyangkut aspek biologis, hormonal, seksual, dan psikososial yang bersifat sensitif, sehingga memerlukan pendekatan yang empatik, profesional, serta menjaga privasi dan kenyamanan pasien.

Langkah pertama dalam anamnesis adalah mengidentifikasi keluhan utama pasien, seperti gangguan menstruasi, nyeri panggul, keputihan abnormal, perdarahan di luar siklus, infertilitas, atau keluhan terkait menopause. Keluhan ini kemudian dieksplorasi lebih mendalam dengan pendekatan kronologis, mencakup waktu mulai timbulnya gejala, frekuensi, durasi, faktor pencetus, serta faktor yang memperberat atau meringankan. Pendekatan ini membantu klinisi memahami pola gangguan dan kemungkinan etiologi yang mendasarinya.

Riwayat menstruasi merupakan komponen inti dalam anamnesis ginekologi. Informasi yang digali meliputi usia menarche, panjang siklus, lama dan jumlah perdarahan, adanya nyeri haid (dismenore), serta perubahan pola menstruasi. Data ini penting untuk menilai keseimbangan hormonal serta mendeteksi kemungkinan gangguan seperti amenore, oligomenore, polimenore, atau perdarahan uterus abnormal. Selain itu, riwayat obstetri juga harus ditanyakan,

termasuk jumlah kehamilan, persalinan, keguguran, komplikasi kehamilan, serta metode persalinan sebelumnya.

Riwayat seksual dan penggunaan kontrasepsi juga menjadi bagian penting dalam anamnesis, terutama dalam kasus infertilitas, infeksi menular seksual, atau gangguan hormonal. Pertanyaan mengenai aktivitas seksual harus diajukan dengan bahasa yang sopan, tidak menghakimi, dan menghormati nilai budaya pasien. Riwayat penggunaan kontrasepsi, baik hormonal maupun non-hormonal, dapat memberikan petunjuk mengenai perubahan siklus atau efek samping tertentu.

Selain aspek reproduksi, anamnesis dalam ginekologi juga mencakup riwayat penyakit sistemik seperti diabetes, gangguan tiroid, hipertensi, atau gangguan pembekuan darah yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi. Riwayat keluarga terkait kanker payudara, kanker ovarium, atau kanker serviks juga perlu ditanyakan sebagai bagian dari penilaian risiko. Faktor gaya hidup seperti stres, pola makan, aktivitas fisik, dan kebiasaan merokok turut berperan dalam keseimbangan hormonal dan kesuburan.

Aspek psikososial tidak boleh diabaikan dalam anamnesis ginekologi. Banyak kondisi reproduksi berdampak pada kualitas hidup, hubungan pasangan, serta kesehatan mental pasien. Oleh karena itu, pendekatan komunikasi terapeutik sangat diperlukan untuk membangun kepercayaan dan membuka ruang dialog yang aman. Tenaga kesehatan harus mampu mendengarkan secara aktif, menunjukkan empati, dan memberikan kesempatan bagi pasien untuk menyampaikan kekhawatiran atau pertanyaan secara terbuka.

A. Teknik Anamnesis Komprehensif

Teknik anamnesis komprehensif dalam praktik ginekologi merupakan keterampilan klinis yang bertujuan untuk menggali informasi secara menyeluruh, sistematis, dan mendalam guna

membantu penegakan diagnosis yang akurat. Anamnesis yang baik tidak hanya berfokus pada keluhan utama, tetapi juga mencakup seluruh aspek kesehatan reproduksi, kondisi sistemik, serta faktor psikososial yang dapat memengaruhi keadaan pasien. Dalam konteks ginekologi, teknik ini menuntut sensitivitas tinggi karena banyak topik yang bersifat pribadi dan memerlukan pendekatan komunikasi yang empatik serta menghormati privasi pasien.

Langkah awal dalam anamnesis komprehensif adalah membangun hubungan terapeutik (*rapport*) yang baik antara tenaga kesehatan dan pasien. Lingkungan pemeriksaan harus kondusif, menjaga kerahasiaan, serta memberikan rasa aman. Komunikasi harus dilakukan dengan bahasa yang jelas, sopan, dan tidak menghakimi. Pendekatan ini penting agar pasien merasa nyaman dalam menyampaikan informasi yang sensitif, seperti riwayat seksual, penggunaan kontrasepsi, atau keluhan terkait organ reproduksi.

Setelah hubungan terapeutik terbangun, tahap berikutnya adalah eksplorasi keluhan utama dengan teknik pertanyaan terbuka. Pertanyaan seperti “Apa yang Anda rasakan?” atau “Sejak kapan keluhan ini muncul?” memungkinkan pasien menjelaskan kondisinya secara naratif. Selanjutnya, dilakukan pendalaman dengan pertanyaan tertutup untuk memperjelas detail, seperti durasi, intensitas, frekuensi, serta faktor pencetus dan pereda gejala. Pendekatan sistematis ini membantu klinisi menyusun gambaran klinis yang lebih jelas dan terarah.

Dalam ginekologi, terdapat komponen khusus yang harus digali secara komprehensif, yaitu riwayat menstruasi. Informasi yang penting meliputi usia menarche, panjang siklus, lama dan jumlah perdarahan, keteraturan siklus, nyeri haid, serta perubahan pola menstruasi. Selain itu, riwayat obstetri juga harus dicatat secara rinci, termasuk jumlah kehamilan, persalinan, abortus, komplikasi,

serta hasil akhir setiap kehamilan. Data ini sangat penting dalam menilai fungsi reproduksi dan risiko komplikasi.

Teknik anamnesis komprehensif juga mencakup penggalan riwayat seksual dan kontrasepsi dengan pendekatan yang sensitif dan profesional. Pertanyaan harus disampaikan secara netral dan tidak mengandung asumsi. Informasi mengenai aktivitas seksual, jumlah pasangan, riwayat infeksi menular seksual, serta metode kontrasepsi yang digunakan dapat memberikan petunjuk penting dalam diagnosis gangguan ginekologis tertentu. Dalam konteks ini, prinsip kerahasiaan medis harus ditegakkan secara ketat.

Selain aspek reproduksi, anamnesis harus mencakup riwayat penyakit dahulu, riwayat keluarga, alergi obat, penggunaan obat-obatan, serta kondisi sistemik seperti gangguan endokrin, penyakit metabolik, atau gangguan pembekuan darah. Faktor gaya hidup seperti pola makan, aktivitas fisik, stres, dan kebiasaan merokok juga dapat memengaruhi keseimbangan hormonal dan kesehatan reproduksi. Dengan menggali faktor-faktor ini, tenaga kesehatan dapat memahami kondisi pasien secara holistik.

Teknik anamnesis komprehensif juga menuntut kemampuan mendengarkan aktif (*active listening*), observasi bahasa tubuh, serta klarifikasi informasi bila terdapat ketidaksesuaian. Ringkasan ulang (*summarizing*) di akhir wawancara penting dilakukan untuk memastikan bahwa informasi yang diperoleh sudah tepat dan tidak ada hal penting yang terlewat. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan akurasi klinis tetapi juga memperkuat kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan.

B. Riwayat Menstruasi dan Gangguannya

Riwayat menstruasi merupakan komponen sentral dalam anamnesis ginekologi karena mencerminkan fungsi hormonal dan kesehatan sistem reproduksi wanita secara keseluruhan. Pengkajian

riwayat menstruasi membantu klinisi memahami pola fisiologis siklus pasien sekaligus mendeteksi adanya gangguan yang mungkin berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon, kelainan struktural, atau penyakit sistemik. Oleh karena itu, penggalian informasi harus dilakukan secara sistematis, rinci, dan sensitif terhadap kenyamanan pasien.

Dalam praktik klinis, riwayat menstruasi mencakup beberapa aspek utama, yaitu usia menarche (haid pertama), panjang siklus menstruasi, keteraturan siklus, lama perdarahan, jumlah darah yang keluar, serta adanya keluhan penyerta seperti nyeri haid (dismenore) atau sindrom pramenstruasi. Siklus menstruasi normal pada wanita dewasa umumnya berkisar antara 21 hingga 35 hari dengan durasi perdarahan 3–7 hari. Jumlah perdarahan yang dianggap normal biasanya tidak menyebabkan anemia dan tidak mengganggu aktivitas sehari-hari. Perubahan pada pola ini dapat menjadi indikator adanya gangguan hormonal atau kelainan organik.

Gangguan menstruasi dapat diklasifikasikan berdasarkan frekuensi, jumlah, dan keteraturan perdarahan. Amenore adalah kondisi tidak terjadinya menstruasi, yang dapat bersifat primer (belum pernah menstruasi hingga usia tertentu) atau sekunder (berhenti menstruasi setelah sebelumnya normal). Oligomenore merujuk pada siklus yang jarang atau lebih panjang dari normal, sedangkan polimenore adalah siklus yang terlalu sering. Dari segi jumlah perdarahan, hipermenore atau menoragia menggambarkan perdarahan berlebihan atau berlangsung lebih lama dari normal, sedangkan hipomenore menunjukkan perdarahan yang sangat sedikit.

Selain gangguan kuantitatif, nyeri menstruasi atau dismenore juga merupakan keluhan yang sering ditemukan. Dismenore primer biasanya terjadi tanpa kelainan organik dan berkaitan dengan peningkatan prostaglandin yang menyebabkan kontraksi uterus

berlebihan. Sebaliknya, dismenore sekunder sering dikaitkan dengan kondisi patologis seperti endometriosis atau mioma uteri. Oleh karena itu, identifikasi karakteristik nyeri, waktu kemunculan, serta respons terhadap terapi sangat penting dalam evaluasi klinis.

Perdarahan uterus abnormal (abnormal uterine bleeding/AUB) menjadi salah satu masalah yang memerlukan perhatian khusus dalam praktik ginekologi. Kondisi ini dapat disebabkan oleh gangguan ovulasi, kelainan endometrium, polip, mioma, gangguan koagulasi, atau bahkan keganasan. Evaluasi lebih lanjut melalui pemeriksaan fisik dan penunjang seperti ultrasonografi atau pemeriksaan hormonal sering kali diperlukan untuk menentukan etiologi secara pasti.

Riwayat menstruasi juga harus dikaitkan dengan faktor usia dan fase kehidupan reproduksi. Pada remaja, ketidakteraturan siklus sering disebabkan oleh sumbu hormonal yang belum matang. Pada wanita usia reproduksi, gangguan dapat berkaitan dengan stres, gangguan nutrisi, sindrom ovarium polikistik, atau penyakit sistemik. Sementara itu, pada masa perimenopause, perubahan pola menstruasi sering terjadi akibat penurunan fungsi ovarium.

Dengan demikian, riwayat menstruasi bukan sekadar data administratif, melainkan indikator penting keseimbangan hormonal dan kesehatan reproduksi. Penggalan riwayat yang teliti memungkinkan deteksi dini gangguan, penegakan diagnosis yang lebih akurat, serta perencanaan tata laksana yang tepat. Dalam praktik ginekologi klinis, pemahaman mendalam mengenai riwayat menstruasi menjadi dasar dalam memberikan pelayanan yang komprehensif dan berorientasi pada keselamatan serta kualitas hidup pasien.

C. Riwayat Obstetri dan Kontrasepsi

Riwayat obstetri dan kontrasepsi merupakan bagian penting dalam anamnesis ginekologi karena memberikan gambaran menyeluruh mengenai fungsi reproduksi, pengalaman kehamilan, serta perencanaan keluarga pasien. Informasi ini tidak hanya membantu dalam menilai status kesehatan reproduksi saat ini, tetapi juga berperan dalam mengidentifikasi faktor risiko yang dapat memengaruhi kondisi ginekologis maupun rencana terapi ke depan. Penggalan riwayat harus dilakukan secara sistematis, empatik, dan menjaga kerahasiaan pasien.

Riwayat obstetri mencakup jumlah kehamilan (gravida), jumlah persalinan (para), jumlah keguguran atau abortus, serta jumlah anak hidup. Dalam praktik klinis sering digunakan format G-P-A (Gravida-Para-Abortus) untuk mendokumentasikan data tersebut. Selain jumlah, penting pula untuk menggali informasi detail mengenai setiap kehamilan, termasuk usia kehamilan saat persalinan, metode persalinan (spontan, vakum, forsep, atau operasi sesar), komplikasi yang terjadi seperti preeklamsia, perdarahan postpartum, infeksi, atau persalinan prematur. Riwayat bayi dengan berat lahir rendah atau kematian perinatal juga menjadi informasi yang signifikan dalam evaluasi kesehatan reproduksi.

Riwayat obstetri juga berhubungan erat dengan kondisi ginekologis tertentu. Misalnya, riwayat operasi sesar berulang dapat meningkatkan risiko adhesi atau komplikasi pada tindakan bedah berikutnya. Riwayat keguguran berulang dapat mengindikasikan gangguan hormonal, kelainan anatomi uterus, atau masalah genetik. Sementara itu, riwayat infertilitas memerlukan penilaian lebih lanjut terkait fungsi ovulasi, patensi tuba, serta faktor pasangan.

Selain riwayat kehamilan, riwayat kontrasepsi juga memiliki peranan penting dalam praktik ginekologi. Informasi yang perlu digali meliputi jenis kontrasepsi yang pernah atau sedang digunakan,

durasi pemakaian, kepatuhan penggunaan, efek samping yang dirasakan, serta alasan penghentian bila sudah tidak digunakan. Metode kontrasepsi dapat berupa hormonal (pil kombinasi, pil progesterin, suntikan, implan), non-hormonal (IUD tembaga), metode barrier (kondom), metode alami, maupun tindakan permanen seperti tubektomi.

Pemilihan dan penggunaan kontrasepsi dapat memengaruhi pola menstruasi dan keseimbangan hormonal. Kontrasepsi hormonal misalnya dapat menyebabkan perubahan siklus, amenore, atau spotting. Oleh karena itu, riwayat kontrasepsi sangat penting dalam mengevaluasi gangguan menstruasi atau keluhan perdarahan abnormal. Selain itu, riwayat penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim (IUD) perlu diperhatikan dalam kasus infeksi panggul atau nyeri panggul kronis.

Penggalian riwayat kontrasepsi juga berkaitan dengan aspek perencanaan kehamilan di masa depan. Bagi pasien yang merencanakan kehamilan, tenaga kesehatan perlu mengevaluasi potensi dampak metode kontrasepsi sebelumnya terhadap kesuburan serta memberikan konseling prakonsepsi. Sebaliknya, bagi pasien yang tidak menginginkan kehamilan, pemilihan metode kontrasepsi harus disesuaikan dengan kondisi medis, usia, faktor risiko tromboemboli, serta preferensi pasien.

D. Riwayat Penyakit dan Faktor Risiko

Riwayat penyakit dan faktor risiko merupakan bagian integral dalam anamnesis ginekologi karena banyak gangguan sistem reproduksi wanita dipengaruhi oleh kondisi medis sistemik maupun faktor predisposisi tertentu. Penggalian riwayat ini bertujuan untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab sekunder dari keluhan ginekologis, menilai tingkat risiko komplikasi, serta menentukan pendekatan diagnostik dan terapeutik yang paling aman bagi pasien.

Evaluasi yang komprehensif akan membantu tenaga kesehatan memahami kondisi pasien secara holistik, bukan hanya berfokus pada organ reproduksi semata.

Riwayat penyakit dahulu mencakup berbagai kondisi sistemik seperti diabetes melitus, hipertensi, gangguan tiroid, penyakit jantung, gangguan pembekuan darah, serta penyakit autoimun. Misalnya, gangguan tiroid dapat menyebabkan ketidakteraturan menstruasi, amenore, atau infertilitas akibat pengaruhnya terhadap regulasi hormonal. Diabetes melitus dapat meningkatkan risiko infeksi vagina berulang dan komplikasi kehamilan. Gangguan koagulasi dapat menjadi penyebab perdarahan menstruasi berlebihan (menoragia). Oleh karena itu, informasi ini sangat penting dalam menilai etiologi gangguan ginekologis.

Selain penyakit sistemik, riwayat operasi sebelumnya juga perlu digali secara rinci, terutama tindakan bedah pada area abdomen atau pelvis seperti operasi sesar, kistektomi ovarium, miomektomi, atau histerektomi parsial. Riwayat pembedahan dapat berkaitan dengan terbentuknya adhesi, gangguan fertilitas, atau risiko komplikasi pada prosedur ginekologi berikutnya. Riwayat transfusi darah dan reaksi alergi terhadap obat-obatan juga harus dicatat sebagai bagian dari persiapan tindakan medis.

Riwayat keluarga memiliki peranan penting dalam menilai risiko penyakit hereditas atau keganasan. Adanya anggota keluarga dengan riwayat kanker payudara, kanker ovarium, atau kanker endometrium dapat meningkatkan kecurigaan terhadap predisposisi genetik tertentu. Demikian pula riwayat keluarga dengan gangguan metabolik atau gangguan hormonal dapat menjadi petunjuk dalam evaluasi gangguan menstruasi atau infertilitas. Informasi ini membantu dalam menentukan kebutuhan skrining lebih lanjut dan strategi pencegahan dini.

Faktor risiko gaya hidup juga tidak kalah penting dalam anamnesis ginekologi. Kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, pola makan yang tidak seimbang, obesitas, serta kurangnya aktivitas fisik dapat memengaruhi keseimbangan hormonal dan meningkatkan risiko gangguan seperti sindrom ovarium polikistik, gangguan ovulasi, atau kanker ginekologi. Stres kronis dan gangguan psikologis juga dapat berdampak pada sumbu hipotalamus–hipofisis–ovarium, sehingga menyebabkan ketidakteraturan siklus menstruasi.

Riwayat infeksi menular seksual dan perilaku seksual berisiko juga perlu dievaluasi secara sensitif dan profesional. Infeksi seperti klamidia atau gonore dapat menyebabkan penyakit radang panggul yang berujung pada infertilitas. Infeksi Human Papillomavirus (HPV) merupakan faktor risiko utama kanker serviks. Oleh karena itu, identifikasi faktor risiko ini sangat penting untuk menentukan kebutuhan pemeriksaan lanjutan dan tindakan pencegahan.

E. Dokumentasi dan Komunikasi Efektif

Dokumentasi dan komunikasi efektif merupakan dua pilar penting dalam praktik ginekologi klinis yang mendukung kesinambungan pelayanan, keselamatan pasien, serta perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan. Dalam konteks pelayanan kesehatan reproduksi yang sering melibatkan isu sensitif dan keputusan medis kompleks, pencatatan yang akurat dan komunikasi yang jelas menjadi sangat krusial. Keduanya tidak hanya berfungsi sebagai sarana administratif, tetapi juga sebagai instrumen profesional yang mencerminkan kualitas asuhan yang diberikan.

Dokumentasi medis dalam ginekologi harus dilakukan secara sistematis, lengkap, dan objektif. Setiap hasil anamnesis, temuan pemeriksaan fisik, hasil penunjang, diagnosis kerja, rencana terapi, serta tindak lanjut harus dicatat secara jelas dalam rekam medis.

Pencatatan riwayat menstruasi, obstetri, kontrasepsi, serta riwayat penyakit sistemik harus terdokumentasi dengan detail karena informasi tersebut sering kali menjadi dasar dalam pengambilan keputusan klinis. Dokumentasi yang baik memudahkan evaluasi progres pasien, mendukung koordinasi antarprofesi, dan menjadi bukti tertulis apabila terjadi sengketa medis.

Selain kelengkapan, prinsip akurasi dan ketepatan waktu juga sangat penting dalam dokumentasi. Pencatatan harus dilakukan segera setelah pelayanan diberikan agar tidak terjadi kesalahan informasi atau kelalaian data. Bahasa yang digunakan harus profesional, tidak mengandung opini pribadi, serta menghindari istilah yang ambigu. Dalam kasus tindakan invasif atau prosedur operatif, dokumentasi informed consent harus tercatat dengan jelas sebagai bukti bahwa pasien telah menerima penjelasan dan memberikan persetujuan secara sadar.

Komunikasi efektif dalam praktik ginekologi mencakup kemampuan menyampaikan informasi medis secara jelas, empatik, dan mudah dipahami oleh pasien. Tenaga kesehatan harus mampu menjelaskan diagnosis, pilihan terapi, risiko, manfaat, serta alternatif tindakan dengan bahasa yang tidak terlalu teknis. Mengingat banyak isu ginekologi bersifat pribadi dan sensitif, pendekatan komunikasi harus menjunjung tinggi privasi, menghormati nilai budaya pasien, dan menghindari sikap menghakimi. Komunikasi dua arah sangat dianjurkan agar pasien memiliki kesempatan untuk bertanya dan menyampaikan kekhawatiran.

Selain komunikasi dengan pasien, koordinasi antar tenaga kesehatan juga merupakan bagian dari komunikasi efektif. Dalam praktik ginekologi, sering kali dibutuhkan kolaborasi dengan dokter umum, bidan, perawat, ahli radiologi, atau ahli patologi. Informasi klinis yang disampaikan harus jelas dan lengkap agar tidak terjadi miskomunikasi yang dapat berdampak pada keselamatan pasien.

Penggunaan standar komunikasi terstruktur, seperti metode SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), dapat membantu meningkatkan kejelasan dan efisiensi dalam penyampaian informasi klinis.

Aspek komunikasi juga berkaitan dengan konseling, terutama dalam kasus yang memerlukan pengambilan keputusan jangka panjang seperti terapi hormonal, infertilitas, atau tindakan operatif. Konseling yang efektif tidak hanya memberikan informasi, tetapi juga membantu pasien memahami konsekuensi medis, emosional, dan sosial dari pilihan yang diambil. Dengan komunikasi yang baik, kepercayaan antara pasien dan tenaga kesehatan dapat terbangun, sehingga meningkatkan kepatuhan terhadap terapi dan kepuasan pelayanan.

BAB 3

PEMERIKSAAN FISIK GINEKOLOGI

Pemeriksaan fisik ginekologi merupakan bagian penting dalam evaluasi klinis kesehatan reproduksi wanita yang dilakukan secara sistematis, profesional, dan menghormati privasi pasien. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi kelainan anatomi, tanda-tanda infeksi, gangguan hormonal, massa pelvis, atau kondisi patologis lainnya yang tidak dapat ditegakkan hanya melalui anamnesis. Dalam praktik klinis, pemeriksaan fisik harus dilakukan dengan persetujuan pasien (informed consent), didahului dengan penjelasan prosedur secara jelas, serta menjaga kenyamanan dan kerahasiaan selama proses berlangsung.

Tahap awal pemeriksaan dimulai dengan inspeksi umum dan penilaian status umum pasien. Evaluasi ini mencakup tanda vital, status gizi, indeks massa tubuh, tanda anemia, atau manifestasi gangguan hormonal seperti hirsutisme, jerawat berat, atau obesitas sentral yang dapat mengarah pada gangguan endokrin seperti sindrom ovarium polikistik. Pemeriksaan payudara juga sering menjadi bagian dari evaluasi ginekologi, terutama untuk mendeteksi massa, perubahan kulit, atau keluarnya cairan abnormal dari puting.

Pemeriksaan abdomen dilakukan untuk menilai adanya distensi, nyeri tekan, massa, atau pembesaran organ. Pada kasus tertentu seperti mioma uteri besar atau kista ovarium, massa dapat teraba melalui palpasi abdomen. Teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi dilakukan secara berurutan untuk memastikan evaluasi menyeluruh sebelum melanjutkan ke pemeriksaan genital.

Pemeriksaan genital eksterna dilakukan dengan posisi pasien yang sesuai, biasanya posisi litotomi. Inspeksi vulva bertujuan untuk menilai adanya lesi, ulkus, eritema, edema, tanda infeksi, atau kelainan anatomis. Kondisi seperti kandidiasis, herpes genital, atau

lesi prakanker dapat terdeteksi melalui pemeriksaan visual yang cermat. Kebersihan dan kondisi kulit sekitar juga dinilai sebagai bagian dari evaluasi umum.

Selanjutnya dilakukan pemeriksaan dengan spekulum untuk mengevaluasi dinding vagina dan serviks. Pemeriksaan ini memungkinkan visualisasi langsung adanya keputihan abnormal, polip serviks, erosi, perdarahan, atau tanda-tanda infeksi. Pada tahap ini, sampel dapat diambil untuk pemeriksaan Pap smear atau tes lain sesuai indikasi. Penggunaan spekulum harus dilakukan secara hati-hati untuk meminimalkan ketidaknyamanan pasien.

Pemeriksaan bimanual merupakan tahap penting untuk menilai ukuran, bentuk, posisi, konsistensi, dan mobilitas uterus serta mendeteksi adanya massa pada ovarium atau nyeri tekan pada pelvis. Dengan satu tangan pada abdomen dan dua jari pada vagina, klinisi dapat memperkirakan kondisi organ reproduksi internal. Nyeri tekan pada gerakan serviks dapat mengindikasikan infeksi panggul, sedangkan pembesaran uterus dapat mengarah pada kehamilan atau mioma.

Dalam situasi tertentu, pemeriksaan rektovaginal juga dilakukan untuk evaluasi lebih mendalam, terutama bila dicurigai adanya endometriosis atau massa di posterior uterus. Pemeriksaan tambahan seperti ultrasonografi transvaginal sering digunakan sebagai penunjang untuk meningkatkan akurasi diagnosis bila ditemukan kelainan pada pemeriksaan fisik.

Sepanjang proses pemeriksaan fisik ginekologi, prinsip etika harus dijunjung tinggi. Pasien berhak didampingi oleh petugas kesehatan perempuan atau pendamping sesuai kebutuhan. Komunikasi yang jelas sebelum dan selama prosedur membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kerja sama pasien. Profesionalisme, empati, serta penghormatan terhadap martabat pasien menjadi kunci dalam pelaksanaan pemeriksaan ini.

A. Pemeriksaan Umum dan Tanda Vital

Pemeriksaan umum dan tanda vital merupakan langkah awal dalam evaluasi fisik ginekologi yang bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan pasien secara menyeluruh sebelum dilakukan pemeriksaan khusus pada sistem reproduksi. Meskipun fokus utama praktik ginekologi adalah organ reproduksi wanita, kondisi sistemik tubuh memiliki pengaruh signifikan terhadap fungsi hormonal, siklus menstruasi, kesuburan, serta risiko komplikasi tindakan medis. Oleh karena itu, pemeriksaan umum tidak boleh diabaikan karena sering kali memberikan petunjuk awal mengenai gangguan yang mendasari keluhan ginekologis.

Pemeriksaan dimulai dengan observasi keadaan umum pasien, termasuk tingkat kesadaran, ekspresi wajah, postur tubuh, dan tanda-tanda distress. Penilaian ini membantu mengidentifikasi kondisi akut seperti nyeri berat, perdarahan aktif, atau tanda syok yang memerlukan penanganan segera. Evaluasi status gizi juga penting, karena berat badan berlebih atau obesitas dapat berhubungan dengan gangguan ovulasi dan sindrom ovarium polikistik, sedangkan malnutrisi dapat menyebabkan amenore atau gangguan siklus menstruasi.

Pengukuran tanda vital meliputi tekanan darah, denyut nadi, frekuensi pernapasan, dan suhu tubuh. Tekanan darah yang tinggi dapat menjadi indikator hipertensi kronis atau preeklamsia pada pasien hamil, sedangkan hipotensi dapat mengarah pada perdarahan hebat atau kondisi syok. Denyut nadi yang meningkat (takikardia) dapat berkaitan dengan nyeri akut, infeksi, atau anemia akibat perdarahan menstruasi berlebihan. Pemeriksaan suhu tubuh penting untuk mendeteksi infeksi, seperti penyakit radang panggul atau infeksi saluran reproduksi.

Pemeriksaan indeks massa tubuh (IMT) juga menjadi bagian penting dalam evaluasi awal. IMT yang tinggi sering dikaitkan

dengan gangguan metabolik dan resistensi insulin yang memengaruhi keseimbangan hormonal. Sebaliknya, IMT rendah dapat berhubungan dengan gangguan fungsi hipotalamus yang menyebabkan amenore. Lingkar pinggang juga dapat diukur untuk menilai distribusi lemak tubuh yang berkaitan dengan risiko metabolik.

Selain itu, pemeriksaan umum dapat mencakup evaluasi tanda-tanda anemia seperti konjungtiva pucat, kelemahan, atau sesak napas ringan, yang sering ditemukan pada pasien dengan menoragia kronis. Tanda-tanda gangguan endokrin seperti hirsutisme (pertumbuhan rambut berlebihan), jerawat berat, alopecia, atau perubahan kulit dapat mengindikasikan ketidakseimbangan hormon androgen. Pemeriksaan kelenjar tiroid juga dapat dilakukan untuk mendeteksi pembesaran atau nodul yang berkaitan dengan gangguan siklus menstruasi.

B. Pemeriksaan Abdomen

Pemeriksaan abdomen merupakan bagian penting dalam evaluasi ginekologi karena organ reproduksi wanita, khususnya uterus dan ovarium, berada dalam rongga pelvis yang secara anatomis berhubungan erat dengan struktur intraabdomen lainnya. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi adanya pembesaran organ, massa, distensi, nyeri tekan, maupun tanda-tanda inflamasi yang dapat mengarah pada gangguan ginekologis atau kondisi non-ginekologis yang memiliki manifestasi serupa. Oleh karena itu, pemeriksaan abdomen harus dilakukan secara sistematis dan hati-hati untuk memperoleh gambaran klinis yang akurat.

Sebelum pemeriksaan dilakukan, tenaga kesehatan perlu menjelaskan prosedur kepada pasien, menjaga privasi, serta memastikan kenyamanan pasien selama proses pemeriksaan. Pasien diposisikan dalam keadaan berbaring terlentang (supinasi) dengan

kepala sedikit ditinggikan dan lutut dapat sedikit ditebuk guna membantu relaksasi otot abdomen. Kandung kemih sebaiknya dalam keadaan kosong agar tidak menimbulkan ketidaknyamanan serta tidak memengaruhi interpretasi hasil palpasi.

Tahap pertama adalah inspeksi, yaitu pengamatan terhadap bentuk, simetri, dan kontur abdomen. Pemeriksa menilai adanya distensi, pembesaran, massa yang tampak, bekas luka operasi seperti seksio sesarea atau laparotomi, perubahan warna kulit, striae, maupun tanda-tanda inflamasi. Distensi abdomen pada pasien ginekologi dapat disebabkan oleh kehamilan, mioma uteri, tumor ovarium, asites, atau gangguan gastrointestinal. Observasi terhadap gerakan pernapasan dan adanya pulsasi abnormal juga menjadi bagian penting dari tahap ini.

Auskultasi dilakukan sebelum palpasi untuk menilai bising usus, sehingga hasilnya tidak terpengaruh oleh manipulasi abdomen. Pemeriksaan ini membantu membedakan kelainan ginekologi dengan gangguan saluran cerna. Peningkatan bising usus dapat mengindikasikan obstruksi parsial, sedangkan penurunan atau tidak adanya bising usus dapat mengarah pada ileus atau gangguan motilitas usus lainnya.

Palpasi dilakukan secara sistematis, dimulai dari palpasi superfisial untuk menilai adanya nyeri tekan, ketegangan otot, atau massa dangkal. Selanjutnya dilakukan palpasi dalam untuk mengidentifikasi massa intraabdomen, menentukan ukuran, konsistensi, mobilitas, serta batasnya. Pada kasus tertentu, pembesaran uterus dapat teraba sesuai dengan usia kehamilan atau akibat mioma. Massa ovarium atau kista juga dapat terdeteksi melalui palpasi dalam, terutama bila ukurannya cukup besar. Nyeri tekan di regio suprapubik dapat mengarah pada infeksi pelvis atau gangguan kandung kemih, sedangkan nyeri mendadak dengan tanda

iritasi peritoneum dapat menunjukkan kondisi akut seperti ruptur kista atau kehamilan ektopik terganggu.

Perkusi dilakukan untuk membantu menentukan batas organ yang membesar dan mendeteksi adanya cairan bebas dalam rongga abdomen. Bunyi redup dapat menunjukkan massa padat atau cairan, sedangkan bunyi timpani biasanya ditemukan pada area yang berisi gas. Kombinasi hasil inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi memberikan gambaran klinis yang lebih komprehensif.

C. Pemeriksaan Inspeksi Genitalia Eksterna

Pemeriksaan inspeksi genitalia eksterna merupakan bagian penting dalam evaluasi ginekologi karena memberikan informasi awal mengenai kondisi anatomis dan patologis organ reproduksi bagian luar. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai adanya kelainan bentuk, lesi, tanda inflamasi, infeksi, trauma, atau perubahan lain yang dapat berkaitan dengan gangguan ginekologis. Inspeksi dilakukan secara sistematis dan dengan menjaga privasi serta kenyamanan pasien sebagai prioritas utama.

Sebelum pemeriksaan dilakukan, tenaga kesehatan harus menjelaskan prosedur kepada pasien dan memperoleh persetujuan. Pasien diposisikan dalam posisi litotomi atau posisi dorsal recumbent dengan kedua lutut ditekuk dan paha sedikit dibuka agar area genital dapat terlihat dengan jelas. Penerangan yang cukup sangat diperlukan untuk memastikan observasi yang optimal. Selain itu, penggunaan sarung tangan bersih atau steril menjadi bagian dari standar pencegahan infeksi.

Inspeksi dimulai dengan mengamati distribusi rambut pubis, yang dapat memberikan gambaran tentang status hormonal pasien. Selanjutnya diperhatikan kondisi kulit di sekitar mons pubis, labia mayora, dan labia minora untuk menilai adanya kemerahan, edema, lesi, ulkus, vesikel, kondiloma, atau tanda iritasi. Perubahan warna,

jaringan parut, atau tanda trauma juga perlu dicatat karena dapat berkaitan dengan infeksi menular seksual, dermatitis, atau riwayat cedera.

Klitoris diamati untuk menilai ukuran dan adanya pembesaran yang tidak normal. Meatus uretra diperiksa untuk melihat adanya tanda inflamasi, sekret, atau prolaps uretra. Selanjutnya, inspeksi dilakukan terhadap introitus vagina untuk menilai adanya sekret abnormal, perdarahan, bau tidak sedap, atau tanda-tanda infeksi. Karakteristik sekret, seperti warna, konsistensi, dan jumlahnya, dapat membantu dalam mengarahkan diagnosis, misalnya pada kasus kandidiasis, vaginosis bakterialis, atau trikomoniasis.

Pada pasien tertentu, terutama yang mengeluhkan nyeri atau perdarahan, pemeriksaan dilakukan dengan lebih hati-hati untuk menghindari ketidaknyamanan. Adanya massa, benjolan, atau pembengkakan di area vulva juga perlu dievaluasi lebih lanjut karena dapat mengarah pada kista kelenjar Bartholin, abses, atau neoplasma.

D. Pemeriksaan Spekulum

Pemeriksaan spekulum merupakan prosedur penting dalam evaluasi ginekologi yang bertujuan untuk memvisualisasikan dinding vagina dan serviks secara langsung. Pemeriksaan ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk menilai kondisi mukosa vagina, mendeteksi adanya lesi, infeksi, perdarahan, atau kelainan serviks, serta mengambil sampel untuk pemeriksaan sitologi atau mikrobiologi. Pemeriksaan spekulum biasanya dilakukan setelah inspeksi genitalia eksterna dan sebelum pemeriksaan bimanual.

Sebelum prosedur dilakukan, pasien harus diberikan penjelasan yang jelas mengenai tujuan dan tahapan pemeriksaan untuk mengurangi kecemasan. Persetujuan pasien sangat penting, serta privasi dan kenyamanan harus dijaga. Pasien diposisikan dalam

posisi litotomi atau dorsal recumbent, dengan pencahayaan yang memadai untuk memastikan visualisasi optimal. Tenaga kesehatan menggunakan sarung tangan bersih atau steril dan memilih ukuran spekulum yang sesuai dengan kondisi pasien, seperti usia, status paritas, dan kenyamanan.

Sebelum dimasukkan, spekulum dapat diberi pelumas berbahan dasar air secukupnya untuk mengurangi rasa tidak nyaman, tanpa mengganggu hasil pemeriksaan sitologi bila akan dilakukan pengambilan sampel. Spekulum dimasukkan secara perlahan ke dalam vagina dalam posisi tertutup, mengikuti arah posterior untuk menghindari tekanan langsung pada uretra. Setelah berada di dalam, spekulum dibuka secara hati-hati hingga serviks terlihat jelas, kemudian dikunci pada posisi yang stabil.

Selama visualisasi, pemeriksa menilai dinding vagina untuk melihat adanya kemerahan, atrofi, ulkus, massa, atau sekret abnormal. Serviks dievaluasi berdasarkan warna, bentuk, ukuran, posisi, serta adanya erosi, polip, lesi, atau perdarahan kontak. Sekret serviks juga diperhatikan dari segi warna, konsistensi, dan jumlahnya, karena dapat memberikan petunjuk terhadap kemungkinan infeksi atau gangguan hormonal.

Apabila diperlukan, pada tahap ini dapat dilakukan pengambilan sampel untuk pemeriksaan sitologi serviks (misalnya Pap smear), tes IVA, atau swab untuk pemeriksaan infeksi menular seksual. Setelah evaluasi selesai, spekulum ditutup secara perlahan dan dikeluarkan dengan hati-hati untuk meminimalkan ketidaknyamanan pasien.

Pemeriksaan spekulum harus dilakukan dengan teknik yang lembut, komunikatif, dan penuh empati, mengingat prosedur ini dapat menimbulkan rasa tidak nyaman atau kecemasan pada sebagian pasien. Hasil pemeriksaan kemudian diintegrasikan dengan anamnesis, inspeksi, palpasi, dan pemeriksaan penunjang lainnya

guna menegakkan diagnosis serta menentukan rencana penatalaksanaan yang tepat.

E. Pemeriksaan Bimanual

Pemeriksaan bimanual merupakan tahap lanjutan dalam pemeriksaan ginekologi yang bertujuan untuk menilai kondisi organ reproduksi internal, khususnya uterus, serviks, tuba falopi, dan ovarium. Pemeriksaan ini dilakukan setelah inspeksi genitalia eksterna dan pemeriksaan spekulum, serta berfungsi untuk mengevaluasi ukuran, bentuk, posisi, konsistensi, mobilitas, dan adanya nyeri pada organ-organ pelvis. Melalui teknik ini, tenaga kesehatan dapat memperoleh informasi penting yang tidak dapat diperoleh hanya melalui inspeksi visual.

Sebelum melakukan pemeriksaan bimanual, tenaga kesehatan harus menjelaskan prosedur kepada pasien, memastikan persetujuan, serta menjaga privasi dan kenyamanan. Pasien tetap berada dalam posisi litotomi atau dorsal recumbent. Pemeriksa menggunakan sarung tangan bersih atau steril dan, bila diperlukan, pelumas berbahan dasar air untuk meminimalkan ketidaknyamanan. Komunikasi yang baik selama prosedur sangat penting untuk mengurangi kecemasan dan membantu pasien merasa lebih rileks.

Teknik pemeriksaan dilakukan dengan memasukkan satu atau dua jari (biasanya jari telunjuk dan jari tengah) ke dalam vagina, sementara tangan lainnya ditempatkan di atas dinding abdomen bagian bawah. Tangan intra-vaginal berfungsi untuk meraba serviks, menilai konsistensi, panjang, arah, serta adanya nyeri gerak serviks (cervical motion tenderness). Nyeri pada pergerakan serviks dapat mengindikasikan infeksi pelvis atau proses inflamasi lainnya.

Selanjutnya, uterus dievaluasi dengan menekan lembut abdomen ke arah tangan yang berada di dalam vagina, sehingga organ tersebut teraba di antara kedua tangan pemeriksa. Melalui

teknik ini dapat dinilai ukuran uterus, apakah sesuai dengan kondisi fisiologis seperti fase siklus menstruasi atau kehamilan, serta apakah terdapat pembesaran akibat mioma atau kelainan lainnya. Posisi uterus, seperti anteversi atau retroversi, juga dapat ditentukan.

Ovarium diperiksa dengan menggeser jari intra-vaginal ke arah lateral fornix, sementara tangan abdominal memberikan tekanan lembut dari atas. Pada kondisi normal, ovarium mungkin sulit teraba, terutama pada wanita dengan indeks massa tubuh tinggi atau pascamenopause. Namun, bila teraba massa, pembesaran, atau nyeri tekan, hal tersebut perlu dievaluasi lebih lanjut karena dapat berkaitan dengan kista ovarium, tumor, atau infeksi.

BAB 4

PEMERIKSAAN PENUNJANG GINEKOLOGI

Pemeriksaan penunjang ginekologi merupakan bagian integral dalam proses diagnostik untuk menegakkan diagnosis secara akurat setelah dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengonfirmasi temuan klinis, menilai derajat keparahan penyakit, mendeteksi komplikasi, serta membantu dalam perencanaan terapi. Pemilihan jenis pemeriksaan penunjang harus disesuaikan dengan indikasi klinis, kondisi pasien, serta ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan.

Salah satu pemeriksaan penunjang yang paling sering digunakan adalah ultrasonografi (USG). USG pelvis, baik transabdominal maupun transvaginal, berperan penting dalam mengevaluasi uterus, endometrium, ovarium, dan struktur pelvis lainnya. Pemeriksaan ini dapat membantu mendeteksi mioma uteri, kista ovarium, tumor, kehamilan ektopik, serta kelainan endometrium. USG transvaginal umumnya memberikan resolusi gambaran yang lebih baik untuk evaluasi organ pelvis bagian dalam.

Pemeriksaan laboratorium juga memiliki peranan penting dalam praktik ginekologi. Pemeriksaan darah lengkap dapat digunakan untuk menilai adanya anemia akibat perdarahan abnormal atau tanda infeksi. Pemeriksaan kadar hormon, seperti hormon estrogen, progesteron, FSH, LH, dan prolaktin, membantu dalam evaluasi gangguan siklus menstruasi, infertilitas, atau gangguan endokrin lainnya. Selain itu, pemeriksaan penanda tumor seperti CA-125 dapat digunakan sebagai bagian dari evaluasi massa ovarium, meskipun interpretasinya harus dilakukan secara hati-hati.

Pemeriksaan sitologi serviks, seperti Pap smear, merupakan metode skrining penting untuk mendeteksi perubahan sel serviks yang berpotensi menjadi kanker. Pemeriksaan ini memungkinkan

deteksi dini lesi prakanker sehingga dapat dilakukan intervensi lebih awal. Selain itu, tes IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) juga digunakan sebagai metode skrining alternatif, terutama di fasilitas dengan sumber daya terbatas.

Dalam kasus dugaan infeksi, pemeriksaan mikrobiologi seperti swab vagina atau serviks dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab infeksi, termasuk bakteri, jamur, atau parasit. Pemeriksaan ini membantu menentukan terapi antimikroba yang tepat.

Pada kondisi tertentu, prosedur diagnostik lanjutan seperti histeroskopi, kolposkopi, atau laparoskopi dapat dilakukan untuk visualisasi langsung organ reproduksi bagian dalam. Histeroskopi memungkinkan evaluasi rongga uterus, sedangkan kolposkopi digunakan untuk pemeriksaan serviks secara lebih detail setelah hasil skrining abnormal. Laparoskopi dapat berfungsi sebagai prosedur diagnostik sekaligus terapeutik, misalnya pada kasus endometriosis atau kehamilan ektopik.

A. Pemeriksaan Laboratorium Dasar

Pemeriksaan laboratorium dasar dalam praktik ginekologi merupakan bagian penting dari evaluasi diagnostik yang bertujuan untuk mendukung temuan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan ini membantu mengidentifikasi gangguan hematologis, infeksi, ketidakseimbangan hormonal, serta kondisi sistemik lain yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi wanita. Pemilihan jenis pemeriksaan laboratorium harus disesuaikan dengan keluhan klinis, usia pasien, serta faktor risiko yang ada.

Salah satu pemeriksaan yang paling umum dilakukan adalah pemeriksaan darah lengkap. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai kadar hemoglobin, hematokrit, jumlah leukosit, dan trombosit. Pada pasien dengan perdarahan uterus abnormal, pemeriksaan hemoglobin sangat penting untuk mendeteksi anemia.

Peningkatan jumlah leukosit dapat mengindikasikan adanya infeksi atau proses inflamasi, sedangkan kelainan trombosit dapat memengaruhi proses hemostasis dan memperberat perdarahan.

Pemeriksaan urinalisis juga termasuk dalam laboratorium dasar yang sering dilakukan, terutama untuk membedakan keluhan ginekologis dengan gangguan saluran kemih. Adanya leukosit, nitrit, atau bakteri dalam urin dapat menunjukkan infeksi saluran kemih, sedangkan hematuria dapat memerlukan evaluasi lebih lanjut.

Tes kehamilan merupakan pemeriksaan penting pada wanita usia reproduktif yang datang dengan keluhan amenore, perdarahan abnormal, atau nyeri perut bagian bawah. Pemeriksaan ini umumnya dilakukan dengan mendeteksi hormon human chorionic gonadotropin (hCG) dalam urin atau darah. Hasil tes kehamilan membantu menentukan langkah diagnostik selanjutnya, termasuk kemungkinan kehamilan ektopik atau abortus.

Pemeriksaan kadar gula darah dan fungsi ginjal atau hati dapat dilakukan bila terdapat indikasi klinis tertentu, misalnya pada pasien dengan sindrom ovarium polikistik, obesitas, atau penyakit sistemik. Selain itu, pemeriksaan laju endap darah (LED) atau C-reactive protein (CRP) dapat membantu menilai adanya proses inflamasi atau infeksi.

Dalam beberapa kasus, pemeriksaan hormon dasar seperti hormon tiroid juga diperlukan karena gangguan fungsi tiroid dapat memengaruhi siklus menstruasi dan kesuburan. Evaluasi hormonal dilakukan secara selektif berdasarkan gejala dan indikasi klinis.

B. Pap Smear dan IVA Test

Pap smear dan IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) merupakan metode skrining yang digunakan untuk mendeteksi secara dini kelainan pada serviks, termasuk lesi prakanker dan kanker serviks. Kedua pemeriksaan ini memiliki peran penting

dalam upaya pencegahan dan deteksi dini, sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat kanker serviks. Pemilihan metode skrining biasanya disesuaikan dengan usia pasien, faktor risiko, serta ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan.

Pap smear adalah pemeriksaan sitologi yang dilakukan dengan mengambil sampel sel dari permukaan serviks dan kanalis servikalis menggunakan spatula atau sikat khusus. Sampel tersebut kemudian diperiksa di laboratorium untuk menilai adanya perubahan seluler yang bersifat displastik atau ganas. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi lesi intraepitel serviks sebelum berkembang menjadi kanker invasif. Pap smear dianjurkan dilakukan secara berkala pada wanita usia reproduktif yang telah aktif secara seksual, sesuai dengan pedoman skrining yang berlaku.

Prosedur Pap smear biasanya dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan spekulum. Setelah serviks terlihat jelas, sampel diambil secara hati-hati tanpa menimbulkan perdarahan berlebihan. Hasil pemeriksaan dapat berupa temuan normal, inflamasi, atipia sel, lesi intraepitel derajat rendah atau tinggi, hingga kecurigaan keganasan. Interpretasi hasil harus dilakukan oleh tenaga profesional yang kompeten, dan bila ditemukan kelainan, pasien memerlukan pemeriksaan lanjutan seperti kolposkopi atau biopsi.

Sementara itu, IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) merupakan metode skrining yang lebih sederhana dan dapat dilakukan di fasilitas kesehatan dengan sumber daya terbatas. Prosedur IVA dilakukan dengan mengoleskan larutan asam asetat 3–5% pada permukaan serviks, kemudian dilakukan observasi secara langsung. Bila terdapat area yang berubah menjadi putih (acetowhite) dalam waktu singkat, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya lesi prakanker.

Keunggulan IVA adalah hasilnya dapat diketahui secara langsung sehingga memungkinkan pendekatan “see and treat” pada

kondisi tertentu. Namun, metode ini sangat bergantung pada keterampilan dan pengalaman pemeriksa. IVA umumnya digunakan sebagai alternatif skrining di daerah dengan keterbatasan akses terhadap pemeriksaan sitologi laboratorium.

C. Ultrasonografi Ginekologi

Ultrasonografi (USG) ginekologi merupakan salah satu pemeriksaan penunjang yang sangat penting dalam evaluasi organ reproduksi wanita. Pemeriksaan ini menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi untuk menghasilkan gambaran struktur uterus, endometrium, ovarium, tuba falopi (secara tidak langsung), serta organ pelvis lainnya. USG ginekologi bersifat noninvasif, relatif aman, tidak menggunakan radiasi, dan dapat dilakukan berulang sesuai kebutuhan klinis.

Dalam praktik klinis, USG ginekologi dapat dilakukan melalui dua pendekatan utama, yaitu transabdominal dan transvaginal. USG transabdominal dilakukan dengan meletakkan transduser di atas dinding abdomen bagian bawah, biasanya dengan kandung kemih terisi penuh untuk membantu visualisasi organ pelvis. Metode ini cocok untuk evaluasi massa pelvis berukuran besar atau pada pasien yang belum pernah melakukan hubungan seksual. Sementara itu, USG transvaginal dilakukan dengan memasukkan transduser khusus ke dalam vagina sehingga menghasilkan gambaran yang lebih detail dan resolusi yang lebih tinggi terhadap struktur uterus dan ovarium.

USG ginekologi berperan penting dalam mengevaluasi berbagai kondisi klinis, seperti perdarahan uterus abnormal, nyeri panggul, gangguan siklus menstruasi, infertilitas, serta deteksi massa pelvis. Melalui pemeriksaan ini dapat diidentifikasi mioma uteri, polip endometrium, kista ovarium, tumor ovarium, endometriosis, serta ketebalan endometrium. Pada wanita usia reproduktif, USG juga

membantu memantau perkembangan folikel dalam program fertilitas.

Selain itu, teknologi USG telah berkembang dengan adanya Doppler, yang memungkinkan penilaian aliran darah pada organ atau massa tertentu. Pemeriksaan Doppler dapat membantu membedakan massa jinak dan ganas berdasarkan pola vaskularisasi, meskipun interpretasinya tetap harus dikombinasikan dengan temuan klinis dan pemeriksaan penunjang lainnya.

Keakuratan USG sangat bergantung pada keterampilan operator serta kualitas alat yang digunakan. Oleh karena itu, interpretasi hasil harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan berpengalaman. Hasil pemeriksaan USG kemudian diintegrasikan dengan data anamnesis, pemeriksaan fisik, dan hasil laboratorium untuk menegakkan diagnosis secara komprehensif dan menentukan rencana penatalaksanaan yang tepat.

D. Pemeriksaan Hormon Reproduksi

Pemeriksaan hormon reproduksi merupakan bagian penting dalam evaluasi gangguan ginekologi, terutama yang berkaitan dengan siklus menstruasi, infertilitas, gangguan ovulasi, serta kelainan endokrin yang memengaruhi sistem reproduksi wanita. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai keseimbangan hormonal yang mengatur fungsi ovarium, uterus, dan kelenjar endokrin terkait, sehingga dapat membantu menentukan penyebab gangguan serta merencanakan terapi yang tepat.

Hormon utama yang sering diperiksa meliputi Follicle Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing Hormone (LH), yang diproduksi oleh hipofisis anterior dan berperan dalam regulasi siklus menstruasi serta proses ovulasi. Pemeriksaan FSH dan LH biasanya dilakukan pada fase awal siklus menstruasi untuk menilai fungsi ovarium. Kadar FSH yang meningkat dapat mengindikasikan

penurunan cadangan ovarium atau menopause, sedangkan ketidakseimbangan rasio LH dan FSH sering ditemukan pada sindrom ovarium polikistik.

Selain itu, hormon estrogen dan progesteron juga dievaluasi untuk menilai fungsi siklus ovulasi. Estrogen berperan dalam pertumbuhan endometrium, sedangkan progesteron berfungsi mempertahankan fase luteal dan mendukung implantasi. Pemeriksaan progesteron pada fase luteal dapat membantu memastikan apakah ovulasi telah terjadi. Ketidakseimbangan kedua hormon ini dapat menyebabkan gangguan siklus menstruasi atau infertilitas.

Pemeriksaan hormon prolaktin juga penting, terutama pada pasien dengan keluhan amenore atau galaktorea. Kadar prolaktin yang tinggi dapat menghambat ovulasi dan menyebabkan gangguan siklus. Selain itu, evaluasi hormon tiroid, seperti TSH dan hormon tiroid bebas, diperlukan karena gangguan fungsi tiroid dapat memengaruhi keseimbangan hormonal reproduksi dan menyebabkan perubahan pola menstruasi.

Pada kasus tertentu, pemeriksaan hormon androgen seperti testosteron dilakukan untuk menilai adanya hiperandrogenisme, yang sering dikaitkan dengan sindrom ovarium polikistik atau gangguan endokrin lainnya. Evaluasi kadar Anti-Müllerian Hormone (AMH) juga semakin banyak digunakan untuk menilai cadangan ovarium, terutama dalam program fertilitas.

Interpretasi hasil pemeriksaan hormon reproduksi harus mempertimbangkan fase siklus menstruasi, usia pasien, kondisi klinis, serta penggunaan obat-obatan tertentu. Pemeriksaan ini tidak dapat berdiri sendiri, melainkan harus dikombinasikan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang lain seperti ultrasonografi. Pendekatan yang komprehensif akan

meningkatkan ketepatan diagnosis dan efektivitas penatalaksanaan dalam praktik ginekologi.

E. Indikasi dan Interpretasi Hasil

Indikasi pemeriksaan penunjang dalam praktik ginekologi ditentukan berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan sebelumnya. Pemeriksaan tambahan tidak dilakukan secara rutin tanpa alasan klinis yang jelas, melainkan berdasarkan adanya keluhan, faktor risiko, atau temuan abnormal yang memerlukan konfirmasi lebih lanjut. Pendekatan yang rasional dan berbasis indikasi bertujuan untuk meningkatkan akurasi diagnosis, menghindari pemeriksaan yang tidak perlu, serta memastikan efisiensi pelayanan kesehatan.

Beberapa indikasi umum pemeriksaan penunjang meliputi perdarahan uterus abnormal, amenore, dismenore berat, nyeri panggul kronis, infertilitas, massa pelvis yang teraba, serta kecurigaan infeksi atau keganasan. Misalnya, pada pasien dengan perdarahan tidak teratur, pemeriksaan laboratorium dasar dan ultrasonografi dapat diindikasikan untuk menilai kemungkinan gangguan hormonal atau kelainan struktural uterus. Pada pasien dengan keputihan patologis, pemeriksaan swab vagina diperlukan untuk mengidentifikasi agen infeksi penyebabnya.

Interpretasi hasil pemeriksaan harus dilakukan secara komprehensif dan kontekstual. Hasil laboratorium seperti kadar hemoglobin rendah harus dikaitkan dengan riwayat perdarahan, sedangkan peningkatan leukosit perlu dievaluasi bersama tanda klinis infeksi. Dalam pemeriksaan hormon reproduksi, nilai yang diperoleh harus disesuaikan dengan fase siklus menstruasi, usia pasien, serta kondisi fisiologis seperti kehamilan atau menopause.

Pada pemeriksaan sitologi serviks, hasil yang menunjukkan kelainan seluler memerlukan tindak lanjut berupa kolposkopi atau

biopsi untuk memastikan diagnosis. Demikian pula pada ultrasonografi, temuan massa ovarium harus dianalisis berdasarkan ukuran, karakteristik dinding, isi kistik atau solid, serta adanya vaskularisasi. Tidak semua massa bersifat ganas, sehingga interpretasi harus mempertimbangkan keseluruhan gambaran klinis.

Kesalahan dalam interpretasi dapat terjadi apabila hasil pemeriksaan dipandang secara terpisah tanpa integrasi dengan data klinis lainnya. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus memiliki pemahaman yang baik mengenai nilai rujukan normal, variasi fisiologis, serta keterbatasan masing-masing metode pemeriksaan.

BAB 5

GANGGUAN MENSTRUASI

Gangguan menstruasi merupakan salah satu masalah ginekologi yang paling sering dijumpai pada wanita usia reproduktif. Gangguan ini dapat berupa kelainan siklus, durasi, jumlah perdarahan, maupun gejala yang menyertai menstruasi. Menstruasi normal umumnya terjadi setiap 21–35 hari, berlangsung selama 3–7 hari, dengan jumlah perdarahan yang tidak berlebihan dan tidak menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari. Apabila terjadi penyimpangan dari pola tersebut, maka kondisi tersebut dapat dikategorikan sebagai gangguan menstruasi.

Salah satu bentuk gangguan yang sering ditemukan adalah amenore, yaitu tidak terjadinya menstruasi. Amenore dapat bersifat primer, apabila seorang wanita belum mengalami menstruasi hingga usia tertentu, atau sekunder, apabila menstruasi berhenti setelah sebelumnya berlangsung normal. Penyebab amenore dapat bersifat fisiologis, seperti kehamilan dan menopause, maupun patologis, seperti gangguan hormonal, sindrom ovarium polikistik, gangguan tiroid, atau stres berat.

Gangguan lain yang umum adalah oligomenore dan polimenore. Oligomenore ditandai dengan siklus menstruasi yang lebih panjang dari normal, sedangkan polimenore ditandai dengan siklus yang lebih pendek dari 21 hari. Kedua kondisi ini sering berkaitan dengan gangguan ovulasi atau ketidakseimbangan hormonal.

Menoragia atau hipermenore merupakan kondisi perdarahan menstruasi yang berlebihan baik dari segi jumlah maupun durasi. Kondisi ini dapat menyebabkan anemia dan gangguan kualitas hidup. Penyebabnya dapat berupa kelainan struktural seperti mioma uteri atau polip endometrium, gangguan pembekuan darah, maupun ketidakseimbangan hormon. Sebaliknya, hipomenore ditandai

dengan perdarahan yang sangat sedikit dan dapat berkaitan dengan gangguan hormonal atau perubahan endometrium.

Dismenore, yaitu nyeri saat menstruasi, juga termasuk gangguan yang sering dikeluhkan. Dismenore primer biasanya terjadi tanpa kelainan organik yang jelas dan sering berkaitan dengan peningkatan produksi prostaglandin. Sementara itu, dismenore sekunder disebabkan oleh kelainan organik seperti endometriosis atau infeksi pelvis.

Penatalaksanaan gangguan menstruasi bergantung pada penyebab yang mendasarinya. Evaluasi komprehensif melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan ultrasonografi sangat diperlukan untuk menentukan diagnosis yang tepat. Pendekatan terapi dapat berupa terapi hormonal, pengobatan simptomatik, intervensi bedah, atau modifikasi gaya hidup sesuai indikasi klinis.

A. Amenore Primer dan Sekunder

Amenore merupakan kondisi tidak terjadinya menstruasi pada wanita dalam rentang usia reproduktif. Secara klinis, amenore dibedakan menjadi amenore primer dan amenore sekunder berdasarkan waktu terjadinya dan riwayat menstruasi sebelumnya. Klasifikasi ini penting karena membantu dalam menentukan pendekatan diagnostik dan penatalaksanaan yang sesuai.

Amenore primer adalah keadaan ketika seorang remaja belum mengalami menstruasi hingga usia 15–16 tahun dengan perkembangan seksual sekunder yang normal, atau belum mengalami menstruasi dalam waktu tiga tahun setelah munculnya tanda pubertas pertama. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain kelainan kromosom, gangguan perkembangan organ reproduksi, gangguan hormonal, atau kelainan anatomi seperti tidak adanya uterus atau himen imperforata. Selain itu, gangguan

pada aksis hipotalamus–hipofisis–ovarium juga dapat menyebabkan tidak terjadinya menarke. Evaluasi amenore primer meliputi penilaian perkembangan karakteristik seksual sekunder, pemeriksaan fisik menyeluruh, serta pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi pelvis dan pemeriksaan hormon reproduksi.

Amenore sekunder adalah kondisi berhentinya menstruasi selama tiga bulan atau lebih pada wanita yang sebelumnya memiliki siklus menstruasi teratur, atau selama enam bulan pada wanita dengan siklus tidak teratur. Penyebab paling umum dari amenore sekunder adalah kehamilan, sehingga tes kehamilan menjadi langkah awal dalam evaluasi. Selain itu, penyebab lain meliputi gangguan hormonal seperti hiperprolaktinemia, gangguan tiroid, sindrom ovarium polikistik, penurunan berat badan ekstrem, stres berat, aktivitas fisik berlebihan, serta menopause dini. Gangguan struktural seperti sinekia intrauterin juga dapat menjadi faktor penyebab.

Pendekatan diagnostik pada amenore sekunder dilakukan secara sistematis, dimulai dari anamnesis yang mendalam mengenai riwayat siklus menstruasi, pola hidup, perubahan berat badan, penggunaan obat, hingga faktor psikologis. Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium hormon seperti FSH, LH, prolaktin, dan hormon tiroid membantu mengidentifikasi gangguan pada sistem endokrin. Ultrasonografi pelvis juga sering digunakan untuk menilai kondisi uterus dan ovarium.

Penatalaksanaan amenore bergantung pada penyebab yang mendasarinya. Terapi dapat berupa koreksi gangguan hormonal, manajemen stres, perbaikan status gizi, pengobatan penyakit penyerta, atau intervensi bedah bila terdapat kelainan anatomi. Penanganan yang tepat tidak hanya bertujuan untuk mengembalikan siklus menstruasi, tetapi juga untuk menjaga kesehatan reproduksi dan mencegah komplikasi jangka panjang seperti infertilitas atau osteoporosis.

B. Dismenore

Dismenore adalah kondisi nyeri yang terjadi sebelum atau selama menstruasi dan merupakan salah satu keluhan ginekologi yang paling sering dialami oleh wanita usia reproduktif. Nyeri biasanya dirasakan di perut bagian bawah dan dapat menjalar ke punggung bawah atau paha. Intensitas nyeri bervariasi, mulai dari ringan hingga berat yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, termasuk aktivitas sekolah, pekerjaan, dan interaksi sosial.

Secara klinis, dismenore dibedakan menjadi dua jenis, yaitu dismenore primer dan dismenore sekunder. Dismenore primer terjadi tanpa adanya kelainan organik yang mendasari dan umumnya muncul beberapa tahun setelah menarke, ketika siklus ovulasi telah terbentuk. Kondisi ini berkaitan dengan peningkatan produksi prostaglandin di endometrium yang menyebabkan kontraksi uterus berlebihan dan vasokonstriksi pembuluh darah, sehingga menimbulkan nyeri. Dismenore primer biasanya bersifat siklik dan berulang setiap menstruasi.

Sementara itu, dismenore sekunder disebabkan oleh kelainan organik pada organ reproduksi. Nyeri pada dismenore sekunder sering kali muncul lebih lambat dalam kehidupan reproduktif dan dapat disertai gejala lain seperti perdarahan berlebihan, nyeri saat berhubungan seksual, atau gangguan kesuburan. Penyebab yang sering ditemukan antara lain endometriosis, adenomiosis, mioma uteri, serta infeksi pelvis. Berbeda dengan dismenore primer, nyeri pada dismenore sekunder cenderung semakin berat dari waktu ke waktu dan dapat berlangsung lebih lama dari periode menstruasi itu sendiri.

Evaluasi dismenore dimulai dengan anamnesis mendalam mengenai karakteristik nyeri, durasi, intensitas, serta gejala penyerta. Pemeriksaan fisik dan, bila diperlukan, ultrasonografi pelvis dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan kelainan

organik. Identifikasi jenis dismenore sangat penting karena akan menentukan pendekatan terapi yang tepat.

Penatalaksanaan dismenore primer umumnya meliputi pemberian obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) untuk menghambat produksi prostaglandin, serta terapi hormonal seperti kontrasepsi oral kombinasi untuk menekan ovulasi dan menstabilkan endometrium. Modifikasi gaya hidup, seperti olahraga teratur, teknik relaksasi, dan kompres hangat pada perut bagian bawah, juga dapat membantu mengurangi keluhan. Pada dismenore sekunder, terapi difokuskan pada penanganan penyebab yang mendasarinya, yang dapat berupa terapi medis maupun tindakan bedah sesuai indikasi.

C. Menoragia dan Metroragia

Menoragia dan metroragia merupakan bentuk gangguan perdarahan menstruasi yang termasuk dalam kategori perdarahan uterus abnormal. Kedua kondisi ini sering menimbulkan dampak fisik maupun psikologis bagi wanita, terutama apabila berlangsung dalam jangka waktu lama dan tidak ditangani secara tepat. Gangguan ini dapat memengaruhi kualitas hidup, produktivitas, serta berisiko menyebabkan anemia akibat kehilangan darah yang berlebihan.

Menoragia adalah kondisi perdarahan menstruasi yang berlebihan baik dari segi jumlah maupun durasi, tetapi tetap terjadi dalam interval siklus yang teratur. Secara klinis, menoragia ditandai dengan perdarahan yang berlangsung lebih dari tujuh hari atau jumlah darah yang keluar melebihi batas normal, misalnya ditandai dengan seringnya mengganti pembalut dalam waktu singkat atau keluarnya bekuan darah besar. Penyebab menoragia dapat bersifat struktural maupun non-struktural. Kelainan struktural meliputi mioma uteri, polip endometrium, atau adenomiosis, sedangkan

penyebab non-struktural dapat berupa gangguan hormonal, gangguan pembekuan darah, atau efek samping kontrasepsi tertentu.

Sementara itu, metroragia adalah perdarahan uterus yang terjadi di luar jadwal menstruasi atau di antara dua siklus menstruasi. Perdarahan ini biasanya tidak teratur dan dapat muncul dalam bentuk bercak ringan hingga perdarahan yang cukup banyak. Metroragia sering berkaitan dengan ketidakseimbangan hormonal yang menyebabkan gangguan pada peluruhan endometrium. Selain itu, kondisi ini juga dapat disebabkan oleh infeksi, penggunaan kontrasepsi hormonal, kelainan serviks, hingga keganasan pada organ reproduksi.

Evaluasi klinis pada menoragia dan metroragia dimulai dengan anamnesis mendalam mengenai pola siklus, jumlah dan durasi perdarahan, serta gejala penyerta seperti nyeri atau kelelahan. Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan darah lengkap untuk menilai kadar hemoglobin, ultrasonografi pelvis untuk mendeteksi kelainan struktural, serta pemeriksaan hormonal dilakukan sesuai indikasi. Pada kasus tertentu, pemeriksaan sitologi serviks atau biopsi endometrium mungkin diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan keganasan.

Penatalaksanaan menoragia dan metroragia bergantung pada penyebab yang mendasarinya, usia pasien, serta keinginan mempertahankan fertilitas. Terapi dapat berupa pengobatan hormonal untuk menstabilkan endometrium, obat antifibrinolitik untuk mengurangi perdarahan, atau tindakan bedah seperti kuretase dan prosedur lainnya bila terdapat kelainan struktural. Pendekatan yang tepat dan komprehensif sangat penting untuk mencegah komplikasi serta menjaga kesehatan reproduksi wanita secara optimal.

D. Sindrom Premenstruasi

Sindrom pramenstruasi (PMS) adalah kumpulan gejala fisik, emosional, dan perilaku yang muncul secara siklik pada fase luteal siklus menstruasi, biasanya beberapa hari hingga satu minggu sebelum menstruasi, dan membaik setelah menstruasi dimulai. Kondisi ini umum terjadi pada wanita usia reproduktif dengan tingkat keparahan yang bervariasi, mulai dari gejala ringan hingga yang cukup berat sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari dan hubungan sosial.

Secara patofisiologis, sindrom pramenstruasi berkaitan dengan perubahan hormonal siklik, khususnya fluktuasi kadar estrogen dan progesteron yang memengaruhi neurotransmitter di otak seperti serotonin. Perubahan ini dapat memicu gangguan suasana hati, iritabilitas, kecemasan, atau perasaan depresi ringan. Selain faktor hormonal, sensitivitas individu terhadap perubahan hormon, faktor genetik, stres, serta gaya hidup juga berperan dalam munculnya gejala.

Gejala PMS dapat dikelompokkan menjadi gejala fisik dan psikologis. Gejala fisik meliputi nyeri payudara, kembung, sakit kepala, kelelahan, peningkatan nafsu makan, serta nyeri otot atau sendi. Sementara itu, gejala psikologis dan emosional dapat berupa perubahan mood, mudah marah, gangguan konsentrasi, gangguan tidur, serta perasaan sedih atau tegang. Pada sebagian kecil wanita, gejala dapat berkembang menjadi bentuk yang lebih berat yang dikenal sebagai gangguan disforik pramenstruasi, yang memerlukan penanganan lebih intensif.

Diagnosis sindrom pramenstruasi ditegakkan berdasarkan pola gejala yang berulang secara konsisten pada fase pramenstruasi dan menghilang setelah menstruasi. Pencatatan kalender siklus dan gejala selama beberapa bulan dapat membantu memastikan pola

siklik tersebut. Penting untuk membedakan PMS dari gangguan psikologis lain yang tidak berkaitan dengan siklus menstruasi.

Penatalaksanaan sindrom pramenstruasi disesuaikan dengan tingkat keparahan gejala. Pada kasus ringan hingga sedang, modifikasi gaya hidup seperti olahraga teratur, pola makan seimbang, pengurangan konsumsi kafein dan garam, serta manajemen stres sering kali memberikan perbaikan signifikan. Terapi farmakologis seperti obat antiinflamasi nonsteroid untuk keluhan nyeri, kontrasepsi hormonal untuk menstabilkan fluktuasi hormon, atau antidepresan golongan tertentu dapat dipertimbangkan pada kasus yang lebih berat.

E. Pendekatan Diagnosis dan Terapi

Pendekatan diagnosis dan terapi pada gangguan menstruasi harus dilakukan secara sistematis, komprehensif, dan berbasis pada penyebab yang mendasarinya. Gangguan menstruasi dapat bersumber dari faktor hormonal, struktural, sistemik, maupun psikologis, sehingga evaluasi yang menyeluruh sangat diperlukan untuk menghindari kesalahan diagnosis dan terapi yang tidak tepat. Tujuan utama penatalaksanaan adalah mengembalikan pola menstruasi yang normal, mengurangi gejala, mencegah komplikasi, serta mempertahankan fungsi reproduksi.

Proses diagnosis dimulai dengan anamnesis yang mendalam mengenai pola siklus menstruasi, usia menarke, durasi dan jumlah perdarahan, adanya nyeri, gejala pramenstruasi, riwayat kehamilan, penggunaan kontrasepsi, serta riwayat penyakit sistemik. Informasi mengenai perubahan berat badan, stres, aktivitas fisik berlebihan, atau penggunaan obat-obatan tertentu juga perlu digali karena dapat memengaruhi keseimbangan hormonal.

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menilai kondisi umum pasien, status gizi, tanda-tanda anemia, serta karakteristik seksual

sekunder. Pemeriksaan abdomen dan pelvis membantu mendeteksi adanya massa, nyeri tekan, atau kelainan struktural pada organ reproduksi. Pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan darah lengkap, tes kehamilan, pemeriksaan hormon reproduksi, dan ultrasonografi pelvis dilakukan sesuai indikasi klinis. Pada kasus tertentu, pemeriksaan lanjutan seperti biopsi endometrium mungkin diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan keganasan.

Pendekatan terapi bergantung pada diagnosis yang telah ditegakkan. Pada gangguan yang bersifat fungsional atau hormonal, terapi hormonal seperti kontrasepsi oral kombinasi, progestin, atau terapi lain yang sesuai dapat digunakan untuk menstabilkan siklus menstruasi. Obat antiinflamasi nonsteroid sering diberikan untuk mengatasi nyeri menstruasi. Pada kasus perdarahan berlebihan, dapat dipertimbangkan penggunaan obat antifibrinolitik atau terapi hormonal untuk mengurangi jumlah perdarahan.

Apabila ditemukan kelainan struktural seperti mioma uteri atau polip, penatalaksanaan dapat melibatkan tindakan bedah sesuai indikasi dan kondisi pasien. Pada gangguan yang berkaitan dengan gaya hidup, seperti amenore akibat penurunan berat badan ekstrem atau stres berat, modifikasi pola makan, manajemen stres, dan konseling menjadi bagian penting dari terapi.

Pendekatan terapi juga harus mempertimbangkan usia pasien, keinginan untuk mempertahankan fertilitas, serta kondisi kesehatan secara keseluruhan. Edukasi dan komunikasi yang efektif sangat penting agar pasien memahami kondisi yang dialami dan berperan aktif dalam proses pengobatan. Dengan pendekatan diagnosis yang tepat dan terapi yang terarah, gangguan menstruasi dapat ditangani secara optimal sehingga kualitas hidup dan kesehatan reproduksi wanita tetap terjaga.

BAB 6

INFEKSI SALURAN REPRODUKSI

Infeksi saluran reproduksi merupakan kondisi patologis yang terjadi akibat invasi dan pertumbuhan mikroorganisme pada organ reproduksi wanita, baik bagian bawah (vulva, vagina, serviks) maupun bagian atas (uterus, tuba falopi, ovarium). Infeksi ini dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, maupun parasit, dan sering kali berkaitan dengan aktivitas seksual, kebersihan genital, status imun, serta faktor risiko lainnya. Infeksi saluran reproduksi merupakan masalah kesehatan yang penting karena dapat menimbulkan komplikasi serius seperti infertilitas, kehamilan ektopik, nyeri panggul kronis, hingga peningkatan risiko keganasan tertentu.

Secara klinis, infeksi saluran reproduksi dapat dibagi menjadi infeksi saluran reproduksi bawah dan infeksi saluran reproduksi atas. Infeksi bagian bawah meliputi vulvitis, vaginitis, dan servisititis. Gejala yang sering muncul antara lain keputihan abnormal, gatal, rasa terbakar, nyeri saat berkemih, serta bau tidak sedap. Penyebab umum vaginitis antara lain infeksi jamur (kandidiasis), vaginosis bakterialis, dan trikomoniasis. Servisititis sering berkaitan dengan infeksi menular seksual dan dapat ditandai dengan perdarahan kontak atau sekret serviks yang abnormal.

Infeksi saluran reproduksi atas dikenal sebagai penyakit radang panggul (*pelvic inflammatory disease*). Kondisi ini terjadi ketika infeksi menyebar dari serviks ke uterus, tuba falopi, dan ovarium. Gejala yang dapat muncul meliputi nyeri perut bagian bawah, demam, nyeri saat hubungan seksual, serta perdarahan abnormal. Bila tidak ditangani secara tepat, infeksi ini dapat menyebabkan kerusakan permanen pada tuba falopi dan meningkatkan risiko infertilitas.

Diagnosis infeksi saluran reproduksi ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan swab vagina atau serviks, pemeriksaan mikroskopis, kultur, serta tes laboratorium lain sesuai indikasi. Identifikasi agen penyebab sangat penting untuk menentukan terapi yang tepat dan efektif.

Penatalaksanaan infeksi saluran reproduksi umumnya melibatkan pemberian antibiotik, antijamur, atau antiparasit sesuai dengan etiologi. Pada kasus infeksi menular seksual, pasangan juga perlu mendapatkan pengobatan untuk mencegah reinfeksi. Edukasi mengenai perilaku seksual yang aman, kebersihan genital yang baik, serta deteksi dan pengobatan dini menjadi langkah penting dalam pencegahan.

A. Vaginitis dan Servisititis

Vaginitis dan servisititis merupakan dua bentuk infeksi saluran reproduksi bagian bawah yang sering ditemukan dalam praktik ginekologi. Keduanya melibatkan proses inflamasi, masing-masing pada vagina dan serviks, yang dapat disebabkan oleh infeksi mikroorganisme, iritasi kimia, gangguan keseimbangan flora normal, maupun infeksi menular seksual. Kondisi ini tidak hanya menimbulkan ketidaknyamanan, tetapi juga berpotensi menimbulkan komplikasi apabila tidak ditangani secara tepat.

Vaginitis adalah peradangan pada vagina yang umumnya ditandai dengan keputihan abnormal, gatal, rasa terbakar, bau tidak sedap, serta kadang disertai nyeri saat berkemih atau berhubungan seksual. Penyebab paling umum vaginitis meliputi vaginosis bakterialis akibat ketidakseimbangan flora normal vagina, kandidiasis akibat infeksi jamur, dan trikomoniasis yang disebabkan oleh parasit. Karakteristik keputihan dapat membantu mengarahkan diagnosis, misalnya keputihan kental berwarna putih seperti susu

pada kandidiasis atau keputihan berbusa kehijauan pada trikomoniasis. Selain faktor infeksi, penggunaan sabun berpewangi, douching, atau reaksi alergi juga dapat memicu iritasi vagina.

Servisititis adalah peradangan pada serviks yang sering kali berkaitan dengan infeksi menular seksual, meskipun dapat pula terjadi akibat iritasi atau trauma. Gejala servisititis dapat berupa keputihan mukopurulen, perdarahan setelah hubungan seksual (perdarahan kontak), nyeri panggul ringan, atau bahkan tanpa gejala. Pada pemeriksaan spekulum, serviks dapat tampak kemerahan, edema, dan mudah berdarah saat disentuh.

Diagnosis vaginitis dan servisititis ditegakkan melalui anamnesis yang mendalam, pemeriksaan fisik termasuk inspeksi dan pemeriksaan spekulum, serta pemeriksaan penunjang seperti swab vagina atau serviks untuk pemeriksaan mikroskopis, uji pH, atau kultur sesuai indikasi. Identifikasi agen penyebab sangat penting untuk menentukan terapi yang tepat.

Penatalaksanaan vaginitis dan servisititis bergantung pada etiologinya. Infeksi bakteri diobati dengan antibiotik, infeksi jamur dengan antijamur, dan infeksi parasit dengan obat antiparasit. Pada kasus yang berkaitan dengan infeksi menular seksual, pengobatan pasangan seksual juga diperlukan untuk mencegah reinfeksi. Edukasi mengenai kebersihan genital yang tepat, perilaku seksual aman, serta pentingnya menyelesaikan terapi sesuai anjuran menjadi bagian penting dari manajemen.

B. Penyakit Radang Panggul

Penyakit Radang Panggul (PRP) adalah infeksi pada organ reproduksi bagian atas wanita yang meliputi uterus, tuba falopi, ovarium, dan jaringan sekitarnya. Kondisi ini umumnya terjadi akibat penyebaran infeksi dari saluran reproduksi bagian bawah, terutama dari serviks, ke struktur pelvis yang lebih dalam. Penyakit

ini merupakan masalah kesehatan reproduksi yang serius karena dapat menyebabkan komplikasi jangka panjang seperti infertilitas, kehamilan ektopik, dan nyeri panggul kronis apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat.

Sebagian besar kasus penyakit radang panggul berkaitan dengan infeksi menular seksual, khususnya yang disebabkan oleh bakteri seperti *Chlamydia trachomatis* dan *Neisseria gonorrhoeae*. Namun, infeksi juga dapat disebabkan oleh bakteri lain yang merupakan flora normal vagina yang naik ke saluran reproduksi atas. Faktor risiko meliputi aktivitas seksual dengan pasangan berganti-ganti, riwayat infeksi menular seksual sebelumnya, prosedur intrauterin, serta praktik kebersihan yang kurang tepat.

Gejala penyakit radang panggul dapat bervariasi dari ringan hingga berat. Keluhan yang umum meliputi nyeri perut bagian bawah atau panggul, demam, keputihan abnormal, nyeri saat berhubungan seksual (dispareunia), serta perdarahan di luar siklus menstruasi. Pada pemeriksaan fisik, dapat ditemukan nyeri tekan pada abdomen bawah, nyeri gerak serviks, serta nyeri pada palpasi uterus atau adneksa saat pemeriksaan bimanual. Pada kasus berat, dapat terbentuk abses tubo-ovarium yang memerlukan penanganan lebih lanjut.

Diagnosis penyakit radang panggul ditegakkan berdasarkan kombinasi temuan klinis dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan laboratorium dapat menunjukkan peningkatan jumlah leukosit atau penanda inflamasi. Pemeriksaan swab serviks membantu mengidentifikasi agen infeksi, sedangkan ultrasonografi pelvis dapat digunakan untuk mendeteksi adanya komplikasi seperti abses atau cairan bebas di rongga pelvis.

Penatalaksanaan penyakit radang panggul harus segera dimulai dengan pemberian antibiotik spektrum luas yang mencakup kemungkinan penyebab infeksi. Pada kasus ringan hingga sedang,

terapi dapat dilakukan secara rawat jalan, sedangkan kasus berat atau dengan komplikasi memerlukan perawatan di rumah sakit dan terapi intravena. Pengobatan pasangan seksual juga penting untuk mencegah reinfeksi.

C. Infeksi Menular Seksual

Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan kelompok penyakit infeksi yang terutama ditularkan melalui hubungan seksual, baik vaginal, anal, maupun oral. IMS dapat disebabkan oleh bakteri, virus, maupun parasit, dan memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan reproduksi perempuan dan laki-laki. Pada perempuan, IMS sering kali tidak menunjukkan gejala yang jelas sehingga terlambat terdiagnosis dan berisiko menimbulkan komplikasi serius seperti infertilitas, kehamilan ektopik, hingga kanker serviks. Menurut World Health Organization, IMS masih menjadi masalah kesehatan masyarakat global dengan jutaan kasus baru setiap tahunnya, terutama pada kelompok usia reproduktif.

Secara etiologis, IMS dapat dibedakan menjadi beberapa kelompok. Infeksi akibat bakteri meliputi gonore, sifilis, dan klamidia yang umumnya dapat diobati dengan antibiotik bila terdeteksi sejak dini. Infeksi akibat virus antara lain HIV, herpes genital, hepatitis B, dan Human Papillomavirus (HPV). Sementara itu, infeksi akibat parasit yang sering ditemukan adalah trikomoniasis. Setiap jenis IMS memiliki karakteristik klinis yang berbeda, namun secara umum dapat menimbulkan keputihan abnormal, nyeri saat berkemih, nyeri saat berhubungan seksual, luka atau lepuhan pada genital, nyeri perut bagian bawah, serta perdarahan di luar siklus menstruasi. Meskipun demikian, sebagian besar kasus, khususnya klamidia dan gonore pada perempuan, bersifat asimtomatik sehingga skrining rutin menjadi sangat penting.

Pendekatan diagnosis IMS dilakukan melalui anamnesis yang komprehensif, termasuk riwayat hubungan seksual, jumlah pasangan, riwayat IMS sebelumnya, serta penggunaan alat pelindung saat berhubungan. Pemeriksaan fisik dilakukan melalui inspeksi genital, pemeriksaan spekulum, dan palpasi abdomen. Pemeriksaan penunjang dapat berupa swab serviks atau uretra, pemeriksaan laboratorium seperti PCR, serta tes serologi untuk sifilis dan HIV. Di fasilitas pelayanan kesehatan primer dengan keterbatasan laboratorium, pendekatan sindromik sering digunakan berdasarkan kumpulan gejala yang muncul.

Penatalaksanaan IMS bergantung pada penyebabnya. Infeksi bakteri umumnya diobati dengan antibiotik sesuai pedoman klinis, sedangkan infeksi virus seperti herpes memerlukan terapi antivirus, dan HIV memerlukan terapi antiretroviral jangka panjang. Prinsip penting dalam terapi IMS adalah pengobatan yang adekuat dan tuntas, penatalaksanaan pasangan seksual untuk mencegah reinfeksi, serta edukasi mengenai perilaku seksual yang aman. Tanpa penanganan yang tepat, IMS dapat berkembang menjadi penyakit radang panggul, infertilitas, kehamilan ektopik, transmisi infeksi dari ibu ke bayi, serta kanker serviks yang berkaitan dengan infeksi HPV risiko tinggi.

Upaya pencegahan IMS mencakup edukasi kesehatan reproduksi, penggunaan kondom secara konsisten, pembatasan jumlah pasangan seksual, skrining rutin pada kelompok berisiko, serta vaksinasi seperti vaksin HPV dan hepatitis B. Pendekatan yang komprehensif melalui strategi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sangat diperlukan untuk menurunkan angka kejadian dan komplikasi IMS. Peran tenaga kesehatan, khususnya bidan dan dokter, menjadi sangat penting dalam melakukan deteksi dini, memberikan terapi yang tepat, serta melakukan konseling yang holistik dan berkesinambungan kepada pasien.

D. Kandidiasis dan Bakterial Vaginosis

Kandidiasis dan bakterial vaginosis merupakan dua penyebab tersering gangguan infeksi dan ketidakseimbangan flora normal pada vagina. Keduanya termasuk dalam infeksi saluran reproduksi bagian bawah dan sering ditemukan pada perempuan usia reproduktif. Meskipun sama-sama ditandai dengan keluhan keputihan, keduanya memiliki etiologi, mekanisme patogenesis, gambaran klinis, serta penatalaksanaan yang berbeda. Pemahaman yang tepat mengenai perbedaan ini penting untuk menentukan terapi yang sesuai dan mencegah kekambuhan.

Kandidiasis vulvovaginal disebabkan oleh pertumbuhan berlebih jamur *Candida*, terutama *Candida albicans*, yang sebenarnya merupakan flora normal pada vagina. Kondisi tertentu seperti kehamilan, diabetes mellitus, penggunaan antibiotik jangka panjang, penggunaan kontrasepsi hormonal, imunitas menurun, serta kebersihan genital yang kurang tepat dapat memicu pertumbuhan jamur secara berlebihan. Secara klinis, kandidiasis ditandai dengan keputihan berwarna putih kental seperti susu atau keju, tidak berbau menyengat, disertai rasa gatal hebat (pruritus), kemerahan, edema pada vulva, dan rasa terbakar terutama saat berkemih atau berhubungan seksual. Diagnosis umumnya ditegakkan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, serta dapat diperkuat dengan pemeriksaan mikroskopis sediaan basah yang menunjukkan hifa atau spora jamur. Penatalaksanaan dilakukan dengan pemberian antijamur topikal seperti klotrimazol atau mikonazol, maupun terapi oral seperti flukonazol sesuai indikasi.

Berbeda dengan kandidiasis, bakterial vaginosis bukanlah infeksi oleh satu jenis bakteri tertentu, melainkan suatu kondisi disbiosis atau ketidakseimbangan flora normal vagina. Pada kondisi normal, vagina didominasi oleh bakteri *Lactobacillus* yang berfungsi menjaga pH tetap asam. Pada bakterial vaginosis, terjadi penurunan

jumlah *Lactobacillus* dan peningkatan bakteri anaerob seperti *Gardnerella vaginalis*. Kondisi ini menyebabkan perubahan pH vagina menjadi lebih basa. Gejala khas bakterial vaginosis adalah keputihan encer berwarna putih keabu-abuan dengan bau amis yang lebih jelas setelah berhubungan seksual. Rasa gatal biasanya minimal atau tidak seberat pada kandidiasis. Diagnosis ditegakkan berdasarkan kriteria klinis seperti adanya keputihan homogen, pH vagina lebih dari 4,5, bau amis saat ditetesi larutan KOH (whiff test), serta ditemukannya “clue cells” pada pemeriksaan mikroskopis. Terapi yang direkomendasikan adalah metronidazol atau klindamisin, baik secara oral maupun topikal.

Kandidiasis umumnya tidak tergolong infeksi menular seksual, meskipun dapat terjadi penularan pada pasangan. Sebaliknya, bakterial vaginosis berkaitan dengan aktivitas seksual, namun tidak secara langsung dikategorikan sebagai infeksi menular seksual. Keduanya penting untuk ditangani secara tepat karena bila tidak diobati dapat meningkatkan risiko komplikasi, termasuk peningkatan kerentanan terhadap infeksi menular seksual lainnya, serta pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko persalinan prematur.

Upaya pencegahan meliputi menjaga kebersihan genital secara tepat tanpa penggunaan sabun atau cairan pembersih yang berlebihan, menghindari penggunaan antibiotik tanpa indikasi medis, menggunakan pakaian dalam berbahan katun yang menyerap keringat, serta menjaga keseimbangan kadar gula darah pada penderita diabetes. Edukasi kepada perempuan mengenai tanda dan gejala serta pentingnya pemeriksaan dini menjadi bagian penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif.

E. Prinsip Terapi dan Pencegahan

Prinsip terapi dan pencegahan pada infeksi saluran reproduksi bertujuan untuk menghilangkan penyebab infeksi, mencegah

komplikasi jangka panjang, memutus rantai penularan, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Penatalaksanaan yang tepat harus didasarkan pada diagnosis yang akurat melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan bila memungkinkan pemeriksaan penunjang. Pendekatan terapi dapat bersifat kausal (mengatasi penyebab infeksi), simptomatik (mengurangi keluhan), serta suportif untuk mempercepat pemulihan dan meningkatkan daya tahan tubuh.

Dalam terapi infeksi bakteri seperti gonore, klamidia, atau bakterial vaginosis, pemberian antibiotik sesuai pedoman klinis merupakan langkah utama. Pemilihan obat harus mempertimbangkan jenis kuman, tingkat resistensi, kondisi pasien (misalnya kehamilan), serta kemungkinan alergi obat. Pada infeksi jamur seperti kandidiasis, terapi antijamur topikal maupun oral diberikan sesuai tingkat keparahan. Sementara itu, infeksi virus seperti herpes genital dan HIV memerlukan terapi antivirus atau antiretroviral jangka panjang untuk mengendalikan replikasi virus dan mencegah progresivitas penyakit. Prinsip penting dalam terapi adalah kepatuhan pasien dalam menyelesaikan pengobatan, meskipun gejala telah membaik sebelum terapi selesai.

Penatalaksanaan pasangan seksual (partner management) juga menjadi bagian krusial dalam terapi, terutama pada infeksi menular seksual. Pasangan yang tidak diobati berisiko menjadi sumber reinfeksi. Oleh karena itu, edukasi dan konseling mengenai pentingnya pemeriksaan serta pengobatan bersama harus diberikan secara komprehensif dan tanpa stigma. Pendekatan komunikasi yang empatik dan menjaga kerahasiaan pasien sangat penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi.

Selain terapi kuratif, pencegahan merupakan strategi utama dalam menekan angka kejadian infeksi saluran reproduksi. Pencegahan primer dilakukan melalui edukasi kesehatan reproduksi, promosi perilaku seksual aman, penggunaan kondom secara

konsisten dan benar, serta pembatasan jumlah pasangan seksual. Vaksinasi juga menjadi langkah preventif penting, terutama vaksin HPV untuk mencegah kanker serviks dan vaksin hepatitis B untuk mencegah infeksi kronis yang dapat berdampak sistemik. Rekomendasi vaksinasi ini sejalan dengan pedoman dari World Health Organization yang menekankan pentingnya imunisasi sebagai bagian dari strategi global pengendalian penyakit infeksi.

Pencegahan sekunder dilakukan melalui skrining rutin, seperti pemeriksaan Pap smear untuk deteksi dini lesi prakanker serviks dan tes IMS pada kelompok berisiko tinggi. Deteksi dini memungkinkan intervensi lebih cepat sebelum terjadi komplikasi serius seperti penyakit radang panggul, infertilitas, atau transmisi vertikal dari ibu ke bayi. Sementara itu, pencegahan tersier berfokus pada pengelolaan komplikasi dan rehabilitasi untuk mencegah kecacatan atau dampak jangka panjang.

BAB 7

KONTRASEPSI DAN KELUARGA BERENCANA

Kontrasepsi dan keluarga berencana merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi yang bertujuan untuk membantu pasangan usia subur merencanakan jumlah dan jarak kelahiran anak secara bertanggung jawab. Program keluarga berencana tidak hanya berorientasi pada pengendalian angka kelahiran, tetapi juga pada peningkatan kualitas kesehatan ibu dan anak, kesejahteraan keluarga, serta pembangunan sosial ekonomi masyarakat. Secara global, konsep keluarga berencana didukung oleh World Health Organization sebagai bagian dari upaya pemenuhan hak kesehatan reproduksi dan penurunan angka kematian ibu.

Kontrasepsi adalah metode atau alat yang digunakan untuk mencegah terjadinya kehamilan. Secara umum, metode kontrasepsi dapat dibedakan menjadi beberapa kelompok, yaitu metode alami, metode hormonal, metode non-hormonal, metode jangka panjang, serta metode permanen. Metode alami meliputi pantang berkala dan metode amenore laktasi (MAL), yang mengandalkan pemahaman terhadap siklus menstruasi dan kondisi fisiologis ibu menyusui. Keberhasilan metode ini sangat bergantung pada kedisiplinan dan pemahaman pasangan.

Metode hormonal mencakup pil kombinasi, pil progestin, suntik, dan implan. Mekanisme kerjanya umumnya dengan menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks, serta mengubah lapisan endometrium sehingga tidak mendukung implantasi. Metode ini cukup efektif bila digunakan dengan benar, namun dapat menimbulkan efek samping seperti perubahan pola haid, peningkatan berat badan, atau keluhan ringan lainnya. Oleh karena

itu, pemilihan metode harus mempertimbangkan kondisi kesehatan, usia, riwayat penyakit, serta preferensi pengguna.

Metode non-hormonal meliputi penggunaan kondom dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD) berbahan tembaga. Kondom memiliki keunggulan tambahan karena dapat melindungi dari infeksi menular seksual. Sementara itu, IUD tembaga bekerja dengan menciptakan lingkungan yang tidak kondusif bagi sperma dan pembuahan. Metode kontrasepsi jangka panjang yang reversibel (Long Acting Reversible Contraception/LARC) seperti implan dan IUD sangat efektif karena tidak memerlukan kepatuhan harian dan memiliki tingkat kegagalan yang rendah.

Metode permanen meliputi tubektomi pada perempuan dan vasektomi pada laki-laki. Metode ini diperuntukkan bagi pasangan yang telah memutuskan tidak ingin memiliki anak lagi. Tindakan dilakukan melalui prosedur medis dengan tingkat efektivitas yang sangat tinggi, namun bersifat tidak dapat atau sulit untuk dikembalikan seperti semula.

Pelayanan keluarga berencana yang berkualitas harus mengedepankan prinsip informed choice, yaitu memberikan informasi lengkap, akurat, dan tidak bias kepada klien agar dapat memilih metode yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi kesehatannya. Konseling yang komprehensif mencakup cara kerja metode, efektivitas, efek samping, keuntungan, keterbatasan, serta tanda bahaya yang perlu diwaspadai. Selain itu, pendekatan berbasis hak reproduksi menempatkan keputusan akhir sepenuhnya pada individu atau pasangan tanpa paksaan.

Dengan demikian, kontrasepsi dan keluarga berencana merupakan strategi penting dalam menjaga kesehatan reproduksi, menurunkan risiko kehamilan yang tidak direncanakan, serta mendukung terciptanya keluarga yang sehat dan sejahtera. Peran tenaga kesehatan sangat krusial dalam memberikan edukasi,

pelayanan yang aman, serta pendampingan berkelanjutan guna memastikan keberhasilan program keluarga berencana.

A. Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal merupakan salah satu pilihan paling banyak digunakan dalam program keluarga berencana karena tingkat efektivitasnya yang tinggi dan kemudahan penggunaannya. Kontrasepsi hormonal bekerja dengan memanfaatkan hormon sintetis, yaitu estrogen dan/atau progesteron (progestin), untuk mencegah terjadinya kehamilan. Mekanisme utamanya meliputi penghambatan ovulasi, pengentalan lendir serviks sehingga menghambat pergerakan sperma, serta perubahan lapisan endometrium yang membuat implantasi tidak optimal. Metode ini direkomendasikan secara luas dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan penggunaannya mengikuti pedoman kelayakan medis yang ditetapkan oleh World Health Organization.

Secara umum, kontrasepsi hormonal terbagi menjadi beberapa bentuk, yaitu pil, suntik, implan, dan kontrasepsi hormonal kombinasi lainnya. Pil kontrasepsi terdiri atas pil kombinasi (mengandung estrogen dan progestin) serta pil progestin saja (mini pill). Pil kombinasi bekerja dengan menekan ovulasi secara konsisten jika diminum setiap hari sesuai aturan. Keunggulannya antara lain membantu mengatur siklus menstruasi, mengurangi nyeri haid, serta menurunkan risiko kista ovarium dan kanker endometrium. Namun, penggunaannya memerlukan kepatuhan tinggi karena keterlambatan minum pil dapat menurunkan efektivitas.

Kontrasepsi suntik tersedia dalam dua jenis, yaitu suntik kombinasi (setiap satu bulan) dan suntik progestin (setiap tiga bulan). Metode ini banyak diminati karena praktis dan tidak memerlukan konsumsi harian. Efektivitasnya tinggi, tetapi dapat

menimbulkan perubahan pola menstruasi seperti amenore, perdarahan tidak teratur, atau spotting. Pada sebagian pengguna, suntik progestin juga dapat menyebabkan peningkatan berat badan atau keterlambatan kembalinya kesuburan setelah penghentian.

Implan merupakan metode kontrasepsi hormonal jangka panjang yang dipasang di bawah kulit lengan atas dan dapat bekerja selama tiga hingga lima tahun tergantung jenisnya. Implan melepaskan hormon progestin secara perlahan sehingga mencegah ovulasi dan mengentalkan lendir serviks. Keunggulan metode ini adalah tingkat kegagalan yang sangat rendah dan tidak memerlukan kepatuhan harian. Namun, efek samping berupa perubahan pola haid sering menjadi alasan penghentian dini pada sebagian pengguna.

Meskipun efektif, kontrasepsi hormonal tidak dianjurkan pada semua kondisi. Kontraindikasi tertentu seperti riwayat tromboemboli, kanker payudara aktif, penyakit hati berat, atau hipertensi tidak terkontrol perlu dipertimbangkan sebelum pemilihan metode. Oleh karena itu, skrining awal dan konseling yang komprehensif sangat penting untuk memastikan keamanan dan kesesuaian metode bagi setiap individu.

B. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau Intrauterine Device (IUD) merupakan metode kontrasepsi jangka panjang yang sangat efektif dan bersifat reversibel. AKDR dipasang di dalam rongga rahim oleh tenaga kesehatan terlatih dan dapat memberikan perlindungan terhadap kehamilan selama beberapa tahun tergantung jenisnya. Metode ini menjadi salah satu pilihan utama dalam kontrasepsi jangka panjang karena tingkat kegagalannya yang rendah, tidak memerlukan kepatuhan harian, serta kesuburan dapat kembali dengan cepat setelah alat dilepas. Penggunaan AKDR direkomendasikan dalam berbagai pedoman klinis, termasuk yang

dikeluarkan oleh World Health Organization sebagai bagian dari metode kontrasepsi jangka panjang yang aman dan efektif.

Secara umum, AKDR terbagi menjadi dua jenis, yaitu AKDR non-hormonal (tembaga) dan AKDR hormonal. AKDR tembaga bekerja dengan melepaskan ion tembaga yang bersifat spermisidal sehingga menghambat pergerakan dan viabilitas sperma serta mencegah terjadinya pembuahan. Selain itu, alat ini menimbulkan reaksi inflamasi lokal ringan pada endometrium yang membuat lingkungan rahim tidak kondusif untuk implantasi. AKDR tembaga dapat digunakan hingga 10 tahun tergantung tipe yang dipasang.

Sementara itu, AKDR hormonal mengandung hormon progestin yang dilepaskan secara perlahan di dalam rahim. Mekanisme kerjanya meliputi pengentalan lendir serviks, penipisan lapisan endometrium, dan pada sebagian kasus menghambat ovulasi. Keunggulan AKDR hormonal adalah dapat mengurangi volume dan nyeri haid, bahkan pada beberapa pengguna menyebabkan amenore yang bersifat reversibel. Lama pemakaian umumnya berkisar antara 3 hingga 5 tahun.

Prosedur pemasangan AKDR dilakukan setelah memastikan tidak ada kehamilan dan infeksi aktif pada saluran reproduksi. Waktu pemasangan dapat dilakukan kapan saja selama tidak sedang hamil, termasuk segera setelah persalinan atau pasca keguguran sesuai indikasi medis. Sebelum pemasangan, klien harus mendapatkan konseling yang komprehensif mengenai manfaat, efek samping, prosedur, serta tanda bahaya seperti nyeri perut hebat, perdarahan berlebihan, atau tanda infeksi.

Efek samping AKDR tembaga yang paling sering adalah peningkatan jumlah dan lama perdarahan menstruasi serta kram perut pada bulan-bulan awal penggunaan. Sementara itu, AKDR hormonal lebih sering menimbulkan perubahan pola haid berupa spotting atau amenore. Risiko komplikasi serius seperti perforasi

uterus atau infeksi panggul relatif jarang terjadi bila prosedur dilakukan sesuai standar dan dengan teknik aseptik yang baik.

Dengan tingkat efektivitas yang tinggi, keamanan yang baik, serta sifatnya yang reversibel, AKDR menjadi pilihan ideal bagi perempuan yang menginginkan kontrasepsi jangka panjang tanpa perlu intervensi rutin. Peran tenaga kesehatan sangat penting dalam memberikan edukasi, melakukan seleksi kandidat yang tepat, serta melakukan pemantauan berkala guna memastikan penggunaan yang aman dan optimal dalam mendukung program keluarga berencana.

C. Kontrasepsi Barrier

Kontrasepsi barrier merupakan metode pencegahan kehamilan yang bekerja dengan cara menghalangi pertemuan antara sperma dan ovum secara mekanis. Metode ini tidak memengaruhi sistem hormonal tubuh sehingga relatif aman digunakan oleh perempuan yang memiliki kontraindikasi terhadap kontrasepsi hormonal. Selain berfungsi mencegah kehamilan, beberapa jenis kontrasepsi barrier juga memberikan perlindungan terhadap infeksi menular seksual (IMS), sehingga memiliki nilai tambah dalam menjaga kesehatan reproduksi.

Jenis kontrasepsi barrier yang paling umum digunakan adalah kondom pria dan kondom wanita. Kondom pria terbuat dari lateks atau bahan sintesis lain yang dipasang pada penis saat ereksi sebelum melakukan hubungan seksual. Kondom bekerja dengan menampung sperma sehingga tidak masuk ke dalam vagina. Selain efektif mencegah kehamilan jika digunakan dengan benar dan konsisten, kondom juga merupakan satu-satunya metode kontrasepsi yang secara signifikan menurunkan risiko penularan IMS, termasuk HIV. Penggunaannya sangat dianjurkan dalam hubungan seksual berisiko atau pada pasangan dengan status kesehatan yang belum diketahui.

Kondom wanita dipasang di dalam vagina sebelum hubungan seksual dan berfungsi sebagai pelindung internal yang mencegah masuknya sperma ke dalam rahim. Meskipun penggunaannya belum sepopuler kondom pria, metode ini memberikan kontrol lebih besar kepada perempuan dalam upaya perlindungan diri, terutama dalam situasi di mana penggunaan kondom pria tidak memungkinkan.

Selain kondom, terdapat metode barrier lain seperti diafragma dan kap serviks. Diafragma adalah alat berbentuk kubah fleksibel yang dipasang di dalam vagina untuk menutupi serviks, biasanya digunakan bersama spermisida untuk meningkatkan efektivitas. Kap serviks memiliki fungsi serupa namun berukuran lebih kecil dan menempel lebih erat pada serviks. Kedua metode ini memerlukan pemasangan yang tepat serta konsultasi dengan tenaga kesehatan untuk menentukan ukuran yang sesuai.

Efektivitas kontrasepsi barrier sangat bergantung pada konsistensi dan ketepatan penggunaan. Kesalahan dalam pemasangan, penggunaan yang tidak teratur, atau kerusakan alat dapat menurunkan tingkat keberhasilan. Keuntungan utama metode ini adalah tidak menimbulkan efek samping sistemik karena tidak mengandung hormon, mudah diperoleh, serta dapat digunakan sesuai kebutuhan (on demand). Namun, tingkat kegagalan relatif lebih tinggi dibandingkan metode jangka panjang seperti AKDR atau implan jika tidak digunakan secara benar.

D. Kontrasepsi Permanen

Kontrasepsi permanen merupakan metode keluarga berencana yang ditujukan bagi individu atau pasangan yang telah memutuskan untuk tidak memiliki anak lagi. Metode ini memiliki tingkat efektivitas yang sangat tinggi karena bekerja dengan cara menghentikan secara tetap kemampuan reproduksi melalui tindakan medis atau pembedahan. Kontrasepsi permanen dikenal juga sebagai

metode sterilisasi dan menjadi pilihan bagi pasangan yang menginginkan perlindungan jangka panjang tanpa perlu penggunaan alat atau obat secara berulang.

Pada perempuan, kontrasepsi permanen dilakukan melalui prosedur tubektomi, yaitu tindakan menutup atau memotong tuba falopi sehingga sel telur tidak dapat bertemu dengan sperma. Prosedur ini dapat dilakukan dengan teknik laparoskopi atau melalui mini laparotomi, termasuk pada periode segera setelah persalinan (postpartum). Tubektomi tidak memengaruhi produksi hormon, siklus menstruasi, maupun fungsi seksual, karena ovarium tetap berfungsi secara normal. Metode ini sangat efektif dengan tingkat kegagalan yang sangat rendah, namun bersifat sulit untuk dikembalikan seperti semula, sehingga memerlukan pertimbangan matang sebelum tindakan dilakukan.

Pada laki-laki, kontrasepsi permanen dilakukan melalui vasektomi, yaitu prosedur pemotongan atau pengikatan vas deferens sehingga sperma tidak lagi keluar bersama cairan semen saat ejakulasi. Vasektomi merupakan prosedur yang relatif sederhana, aman, dan dapat dilakukan dengan anestesi lokal. Fungsi seksual, produksi hormon testosteron, serta kemampuan ereksi dan ejakulasi tetap normal setelah prosedur, karena yang terhenti hanya jalur transportasi sperma. Meskipun sangat efektif, diperlukan waktu beberapa minggu hingga bulan setelah tindakan sampai benar-benar bebas dari sperma, sehingga metode kontrasepsi tambahan masih diperlukan sementara waktu.

Kontrasepsi permanen memiliki beberapa keunggulan, antara lain efektivitas tinggi, tidak memerlukan kepatuhan jangka panjang, serta tidak menimbulkan efek samping hormonal. Namun, karena sifatnya yang permanen, metode ini memerlukan konseling mendalam untuk memastikan bahwa keputusan diambil secara sadar, sukarela, dan tanpa paksaan. Prinsip informed consent menjadi

sangat penting sebelum tindakan dilakukan, sesuai dengan standar pelayanan kesehatan reproduksi yang dianjurkan oleh World Health Organization.

Dengan pertimbangan yang tepat dan konseling yang komprehensif, kontrasepsi permanen dapat menjadi solusi efektif bagi pasangan yang telah mencapai jumlah anak yang diinginkan. Peran tenaga kesehatan sangat penting dalam memberikan informasi yang jelas mengenai prosedur, manfaat, risiko, serta kemungkinan konsekuensi jangka panjang, sehingga keputusan yang diambil benar-benar sesuai dengan kebutuhan dan kondisi masing-masing individu atau pasangan.

E. Konseling Pemilihan Kontrasepsi

Konseling pemilihan kontrasepsi merupakan proses komunikasi dua arah antara tenaga kesehatan dan klien yang bertujuan membantu individu atau pasangan menentukan metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan kebutuhan, kondisi kesehatan, serta rencana reproduksinya. Konseling bukan sekadar penyampaian informasi, tetapi merupakan proses edukatif yang menempatkan klien sebagai pengambil keputusan utama berdasarkan prinsip informed choice dan hak reproduksi. Pendekatan ini sejalan dengan rekomendasi World Health Organization yang menekankan pelayanan keluarga berencana yang berorientasi pada klien, tanpa paksaan, diskriminasi, maupun stigma.

Dalam proses konseling, tenaga kesehatan perlu melakukan asesmen menyeluruh yang mencakup usia, jumlah anak, riwayat kehamilan, riwayat penyakit, pola menstruasi, kebiasaan merokok, serta riwayat penggunaan kontrasepsi sebelumnya. Kondisi medis tertentu seperti hipertensi, diabetes, riwayat tromboemboli, atau kanker payudara harus dipertimbangkan karena dapat menjadi kontraindikasi pada metode tertentu, khususnya kontrasepsi

hormonal. Selain faktor medis, aspek sosial, budaya, kenyamanan, serta preferensi pribadi juga perlu diperhatikan agar metode yang dipilih benar-benar sesuai dengan kebutuhan klien.

Materi konseling harus mencakup penjelasan mengenai cara kerja masing-masing metode, tingkat efektivitas, kelebihan dan kekurangan, kemungkinan efek samping, cara penggunaan, serta tanda bahaya yang perlu diwaspadai. Klien juga perlu diberikan informasi mengenai perlindungan terhadap infeksi menular seksual, karena tidak semua metode kontrasepsi memberikan proteksi tersebut. Penyampaian informasi hendaknya dilakukan dengan bahasa yang sederhana, jelas, dan mudah dipahami, serta memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya dan menyampaikan kekhawatiran.

Pendekatan konseling yang efektif biasanya mengikuti prinsip komunikasi empatik, menjaga kerahasiaan, serta menghormati nilai dan keputusan klien. Keterlibatan pasangan dalam proses konseling juga dianjurkan, selama tetap menghormati otonomi individu. Selain itu, konseling tidak berhenti pada saat pemilihan metode, tetapi berlanjut pada kunjungan tindak lanjut untuk memantau kepuasan, efek samping, dan kemungkinan kebutuhan perubahan metode.

BAB 8

GANGGUAN JINAK GINEKOLOGI

Gangguan jinak ginekologi merupakan kelainan atau kondisi pada sistem reproduksi perempuan yang tidak bersifat ganas (non-malignan), namun tetap dapat menimbulkan keluhan klinis, gangguan fungsi reproduksi, serta penurunan kualitas hidup. Meskipun tidak mengancam jiwa secara langsung seperti kanker, gangguan jinak sering kali memerlukan penanganan medis karena dapat menyebabkan nyeri kronis, perdarahan abnormal, infertilitas, maupun gangguan aktivitas sehari-hari. Penanganan yang tepat dan deteksi dini sangat penting untuk mencegah komplikasi serta meningkatkan kesejahteraan perempuan.

Beberapa contoh gangguan jinak ginekologi yang sering ditemukan antara lain mioma uteri, kista ovarium, endometriosis, polip endometrium, serta gangguan menstruasi seperti dismenore dan menoragia. Mioma uteri adalah tumor jinak yang berasal dari otot rahim dan sering terjadi pada perempuan usia reproduktif. Kondisi ini dapat menyebabkan perdarahan menstruasi berlebihan, nyeri panggul, serta gangguan kesuburan tergantung pada ukuran dan lokasi mioma. Kista ovarium merupakan kantong berisi cairan yang berkembang di ovarium dan sebagian besar bersifat fungsional serta dapat menghilang secara spontan, meskipun beberapa kasus memerlukan intervensi bila menimbulkan nyeri atau komplikasi seperti ruptur dan torsi.

Endometriosis adalah kondisi ketika jaringan mirip endometrium tumbuh di luar rongga rahim, seperti pada ovarium, tuba falopi, atau organ panggul lainnya. Kondisi ini sering menyebabkan nyeri haid hebat, nyeri saat berhubungan seksual, dan infertilitas. Sementara itu, polip endometrium adalah pertumbuhan jaringan berlebih pada lapisan dalam rahim yang dapat

menyebabkan perdarahan tidak teratur. Gangguan menstruasi seperti dismenore (nyeri haid) dan menoragia (perdarahan berlebihan) juga termasuk dalam kategori gangguan jinak yang sering dikeluhkan oleh perempuan usia reproduktif maupun perimenopause.

Diagnosis gangguan jinak ginekologi dilakukan melalui anamnesis yang cermat, pemeriksaan fisik dan ginekologis, serta pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi (USG), pemeriksaan laboratorium, atau histeroskopi bila diperlukan. Pendekatan terapi bergantung pada jenis kelainan, tingkat keparahan gejala, usia pasien, serta rencana reproduksi. Terapi dapat berupa pengobatan hormonal, analgesik, terapi minimal invasif, hingga tindakan operatif pada kasus tertentu.

Pencegahan dan deteksi dini menjadi aspek penting dalam pengelolaan gangguan jinak ginekologi. Pemeriksaan kesehatan reproduksi secara berkala, pola hidup sehat, serta edukasi mengenai tanda dan gejala yang perlu diwaspadai dapat membantu perempuan memperoleh penanganan lebih cepat. Dengan pendekatan yang komprehensif dan berpusat pada pasien, gangguan jinak ginekologi dapat dikelola secara optimal sehingga tidak mengganggu kualitas hidup maupun fungsi reproduksi perempuan.

A. Mioma Uteri

Mioma uteri, yang dikenal juga sebagai fibroid rahim atau leiomioma, merupakan tumor jinak yang berasal dari jaringan otot polos miometrium (dinding rahim). Mioma uteri merupakan salah satu gangguan jinak ginekologi yang paling sering ditemukan pada perempuan usia reproduktif, terutama pada usia 30–50 tahun. Pertumbuhan mioma sangat dipengaruhi oleh hormon estrogen dan progesteron, sehingga umumnya berkembang pada masa reproduktif dan cenderung mengecil setelah menopause.

Berdasarkan lokasi pertumbuhannya, mioma uteri dibedakan menjadi beberapa jenis, yaitu mioma intramural (terletak di dalam dinding rahim), mioma submukosa (menonjol ke arah rongga rahim), dan mioma subserosa (menonjol ke arah luar rahim). Lokasi mioma sangat menentukan gejala yang muncul. Mioma submukosa misalnya, lebih sering menyebabkan perdarahan menstruasi berlebihan, sedangkan mioma subserosa lebih sering menimbulkan tekanan pada organ di sekitarnya seperti kandung kemih atau rektum.

Secara klinis, mioma uteri dapat bersifat asimtomatik dan ditemukan secara tidak sengaja saat pemeriksaan rutin. Namun, pada banyak kasus, mioma menimbulkan keluhan seperti menoragia (perdarahan menstruasi berlebihan), dismenore (nyeri haid), nyeri panggul, perut terasa penuh atau membesar, sering berkemih, konstipasi, hingga gangguan kesuburan. Pada kasus tertentu, mioma dapat menyebabkan anemia akibat perdarahan kronis yang berkepanjangan.

Diagnosis mioma uteri ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik ginekologis, serta pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi (USG) transabdominal atau transvaginal. Pada kondisi tertentu, pemeriksaan lanjutan seperti MRI dapat dilakukan untuk evaluasi lebih detail, terutama bila direncanakan tindakan operatif.

Penatalaksanaan mioma uteri bergantung pada ukuran, jumlah, lokasi, tingkat keparahan gejala, usia pasien, serta rencana kehamilan di masa depan. Pada kasus tanpa gejala, pendekatan observasi berkala dapat dilakukan. Terapi medis dapat berupa pemberian obat hormonal untuk mengurangi perdarahan dan mengecilkan ukuran mioma sementara. Pada kasus dengan gejala berat atau komplikasi, tindakan operatif seperti miomektomi (pengangkatan mioma dengan mempertahankan rahim) atau

histerektomi (pengangkatan rahim) dapat dipertimbangkan. Selain itu, prosedur minimal invasif seperti embolisasi arteri uterina juga menjadi alternatif terapi pada kasus tertentu.

B. Kista Ovarium

Kista ovarium merupakan kantong berisi cairan atau material semipadat yang berkembang di dalam atau pada permukaan ovarium. Kondisi ini termasuk gangguan jinak ginekologi yang cukup sering ditemukan pada perempuan usia reproduktif. Sebagian besar kista ovarium bersifat fungsional dan berkaitan dengan proses ovulasi normal, sehingga dapat menghilang secara spontan dalam beberapa siklus menstruasi tanpa memerlukan intervensi khusus. Namun, pada beberapa kasus, kista dapat bertambah besar, menimbulkan gejala, atau menyebabkan komplikasi sehingga memerlukan penanganan medis.

Secara umum, kista ovarium dibedakan menjadi kista fungsional dan kista patologis. Kista fungsional meliputi kista folikular dan kista korpus luteum, yang terbentuk akibat gangguan proses pematangan atau pelepasan sel telur. Sementara itu, kista patologis meliputi kista dermoid, kistadenoma, dan endometrioma. Endometrioma, misalnya, berkaitan dengan kondisi endometriosis dan sering disebut sebagai “kista coklat” karena berisi darah tua. Meskipun sebagian besar kista bersifat jinak, evaluasi menyeluruh tetap diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan keganasan, terutama pada perempuan usia perimenopause dan menopause.

Secara klinis, banyak kista ovarium tidak menimbulkan gejala dan ditemukan secara tidak sengaja saat pemeriksaan ultrasonografi (USG). Namun, jika berukuran besar atau mengalami komplikasi, kista dapat menyebabkan nyeri panggul, rasa penuh atau berat di perut bagian bawah, gangguan menstruasi, nyeri saat berhubungan seksual, atau gangguan buang air kecil akibat tekanan pada organ

sekitar. Komplikasi yang perlu diwaspadai meliputi ruptur (pecahnya kista) dan torsi ovarium (terpuntirnya ovarium), yang dapat menimbulkan nyeri hebat mendadak dan memerlukan penanganan segera.

Diagnosis kista ovarium ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang seperti USG transvaginal yang menjadi modalitas utama untuk menilai ukuran, bentuk, dan karakteristik kista. Pada kasus tertentu, pemeriksaan tambahan seperti tes penanda tumor atau MRI dapat dilakukan untuk evaluasi lebih lanjut.

Penatalaksanaan kista ovarium bergantung pada ukuran, jenis, gejala yang ditimbulkan, usia pasien, serta rencana reproduksi. Pada kista fungsional yang kecil dan tanpa gejala, observasi berkala sering menjadi pilihan utama. Terapi hormonal dapat diberikan untuk membantu mengatur siklus menstruasi dan mencegah pembentukan kista baru. Jika kista berukuran besar, persisten, atau menimbulkan komplikasi, tindakan operatif seperti kistektomi (pengangkatan kista) dapat dilakukan, dengan tetap mempertahankan jaringan ovarium sebanyak mungkin, terutama pada perempuan usia reproduktif.

C. Endometriosis

Endometriosis adalah kondisi ginekologis jinak di mana jaringan endometrium, yang normalnya melapisi rongga rahim, tumbuh di lokasi di luar rahim, seperti ovarium, tuba falopi, ligamen uterosakral, atau permukaan peritoneum panggul. Kondisi ini umumnya terjadi pada perempuan usia reproduktif dan dipengaruhi oleh hormon estrogen, sehingga gejala cenderung memburuk selama masa menstruasi dan membaik setelah menopause. Meskipun jinak, endometriosis dapat menimbulkan nyeri kronis, gangguan fungsi

reproduksi, dan berdampak signifikan terhadap kualitas hidup perempuan.

Secara klinis, endometriosis sering menimbulkan dismenore (nyeri haid hebat), nyeri panggul kronis, nyeri saat berhubungan seksual (dyspareunia), gangguan buang air besar atau kecil saat menstruasi, dan infertilitas. Gejala dapat bervariasi antara individu; beberapa perempuan bahkan bersifat asimtomatik sehingga kondisi ini baru terdeteksi saat evaluasi infertilitas atau prosedur bedah lain. Faktor risiko meliputi riwayat keluarga dengan endometriosis, menstruasi pertama yang dini, durasi menstruasi panjang, serta menstruasi retrograd.

Diagnosis endometriosis memerlukan pendekatan menyeluruh, meliputi anamnesis yang rinci, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan fisik dapat menunjukkan adanya nodul atau nyeri tekan pada ligamen uterosakral, pembesaran ovarium, atau tanda peritoneal inflamasi. Ultrasonografi transvaginal dapat membantu mendeteksi endometrioma pada ovarium, tetapi diagnosis definitif biasanya ditegakkan melalui laparoskopi, yang memungkinkan visualisasi langsung lesi endometriotik dan, bila perlu, pengambilan sampel jaringan untuk pemeriksaan histopatologi.

Penatalaksanaan endometriosis tergantung pada gejala, lokasi dan luasnya lesi, usia pasien, serta rencana reproduksi. Terapi dapat bersifat konservatif, farmakologis, atau bedah. Terapi farmakologis meliputi analgesik untuk nyeri, terapi hormonal seperti pil kombinasi, progestin, atau agonis/antagonis GnRH untuk menekan pertumbuhan jaringan endometrium ectopik. Tindakan bedah minimal invasif, seperti laparoskopi dengan pengangkatan endometrioma atau ablasi lesi endometriotik, dapat dilakukan untuk mengurangi gejala dan meningkatkan peluang kehamilan pada

pasien infertil. Pilihan terapi harus disesuaikan dengan kondisi individual dan melibatkan konseling yang komprehensif.

Pencegahan endometriosis belum ada secara definitif, tetapi deteksi dini, edukasi mengenai gejala yang mencurigakan, dan manajemen nyeri yang tepat dapat membantu mengurangi dampak kronisnya. Dengan pendekatan multidisiplin dan berbasis bukti, endometriosis dapat dikelola secara efektif sehingga meminimalkan gangguan fungsi reproduksi dan meningkatkan kualitas hidup perempuan.

D. Polip Endometrium

Polip endometrium adalah pertumbuhan jaringan jinak yang muncul pada lapisan endometrium, yaitu lapisan dalam rahim yang biasanya meluruh saat menstruasi. Polip ini terdiri dari kelenjar endometrium, stroma, dan pembuluh darah, dan dapat muncul tunggal atau multiple (lebih dari satu). Polip endometrium umumnya bersifat jinak, namun pada sebagian kecil kasus, terutama pada perempuan usia perimenopause atau menopause, terdapat risiko transformasi menjadi ganas, sehingga evaluasi menyeluruh sangat penting.

Secara klinis, polip endometrium dapat bersifat asimtomatik dan sering ditemukan secara tidak sengaja saat pemeriksaan ultrasonografi atau histeroskopi. Pada pasien yang bergejala, manifestasinya umumnya berupa perdarahan uterus abnormal, seperti perdarahan antara siklus menstruasi (metrorrhagia), perdarahan menstruasi yang lebih lama atau lebih banyak dari normal (menoragia), atau perdarahan pascamenopause. Selain itu, polip endometrium juga dapat menjadi faktor penyebab infertilitas pada beberapa pasien karena mengganggu implantasi embrio.

Diagnosis polip endometrium dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Ultrasonografi transvaginal adalah pemeriksaan awal yang umum digunakan untuk mendeteksi polip, sementara histeroskopi merupakan standar emas untuk diagnosis karena memungkinkan visualisasi langsung polip dan pengambilan sampel jaringan untuk pemeriksaan histopatologi. Pemeriksaan histologi penting untuk menyingkirkan adanya transformasi ganas.

Penatalaksanaan polip endometrium bergantung pada gejala, ukuran, jumlah polip, usia pasien, dan status reproduksi. Pada polip kecil dan tidak menimbulkan gejala, pendekatan observasi dapat dilakukan dengan pemantauan berkala. Polip yang menimbulkan perdarahan abnormal, nyeri, atau gangguan fertilitas biasanya memerlukan tindakan operatif berupa polipektomi histeroskopik, yaitu pengangkatan polip melalui histeroskopi minimal invasif. Metode ini efektif, aman, dan memungkinkan pemeliharaan lapisan endometrium yang sehat.

Pencegahan polip endometrium bersifat umum, termasuk menjaga keseimbangan hormonal, memantau siklus menstruasi, serta melakukan pemeriksaan rutin pada perempuan dengan faktor risiko tinggi, seperti usia perimenopause atau pasien dengan keluhan perdarahan abnormal. Edukasi mengenai gejala yang harus diwaspadai, seperti perdarahan menstruasi berlebihan atau perdarahan di luar siklus, penting untuk memastikan deteksi dini dan penanganan yang tepat. Dengan penatalaksanaan yang sesuai, polip endometrium dapat dikontrol secara efektif sehingga gangguan reproduksi dan risiko komplikasi dapat diminimalkan.

E. Pendekatan Klinis dan Tindakan Dasar

Pendekatan klinis pada gangguan jinak ginekologi bertujuan untuk menilai kondisi pasien secara komprehensif, menentukan diagnosis yang tepat, serta merencanakan tindakan medis yang sesuai dengan kebutuhan dan rencana reproduksi pasien. Pendekatan ini dimulai dengan anamnesis yang mendetail, mencakup keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat obstetri, gejala nyeri, perdarahan abnormal, riwayat penggunaan kontrasepsi, serta faktor risiko seperti riwayat keluarga, kondisi hormonal, dan gaya hidup. Anamnesis yang teliti menjadi dasar untuk menentukan arah pemeriksaan fisik dan penunjang lebih lanjut.

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, dimulai dengan pemeriksaan umum dan tanda vital, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan genitalia eksternal, serta pemeriksaan ginekologis seperti spekulum dan bimanual. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai adanya massa, nyeri tekan, perdarahan, atau tanda kelainan lainnya yang dapat mengindikasikan gangguan jinak seperti mioma, kista ovarium, polip endometrium, atau endometriosis. Pemeriksaan tambahan seperti ultrasonografi transvaginal, laboratorium hormon, atau histeroskopi dapat dilakukan untuk memperkuat diagnosis dan menentukan langkah penatalaksanaan yang paling tepat.

Tindakan dasar dalam pendekatan klinis mencakup manajemen konservatif, farmakologis, serta intervensi minimal invasif bila diperlukan. Manajemen konservatif meliputi observasi berkala dan edukasi pasien mengenai tanda bahaya serta perubahan pola gejala yang perlu diwaspadai. Terapi farmakologis dapat berupa analgesik untuk nyeri, terapi hormonal untuk mengatur siklus menstruasi atau mengecilkan lesi, serta antibiotik jika terdapat infeksi sekunder. Intervensi minimal invasif, seperti polipektomi histeroskopik, miomektomi laparoskopik, atau aspirasi kista, dilakukan pada kasus yang menimbulkan gejala signifikan atau berisiko komplikasi.

Pendekatan klinis yang berbasis bukti (evidence-based) menekankan pemilihan tindakan yang sesuai dengan kondisi individual pasien, mempertimbangkan keamanan, efektivitas, serta dampak terhadap fertilitas dan kualitas hidup. Konseling pasien menjadi bagian integral dari pendekatan ini, termasuk pembahasan mengenai opsi terapi, kemungkinan efek samping, dan langkah tindak lanjut. Pemantauan berkala pasca tindakan juga penting untuk mengevaluasi respons terapi, mencegah kekambuhan, serta memastikan pemulihan optimal.

BAB 9

PERDARAHAN UTERUS ABNORMAL

Perdarahan uterus abnormal (PUA) merupakan kondisi medis yang ditandai oleh perdarahan dari uterus yang menyimpang dari pola menstruasi normal, baik dari segi volume, durasi, maupun frekuensi. PUA dapat terjadi pada perempuan usia reproduktif maupun perimenopause dan merupakan salah satu keluhan ginekologis yang paling sering ditemui dalam praktik klinis. Kondisi ini tidak hanya menimbulkan ketidaknyamanan fisik, tetapi juga dapat menyebabkan anemia, gangguan aktivitas sehari-hari, serta berdampak psikologis pada pasien.

Etiologi PUA bersifat multifaktorial dan dapat dibagi menjadi kelainan struktural dan non-struktural. Kelainan struktural meliputi mioma uteri, polip endometrium, adenomyosis, dan kanker endometrium. Sementara itu, kelainan non-struktural meliputi gangguan hormonal, gangguan koagulasi, gangguan ovulasi, penggunaan obat-obatan tertentu, atau kondisi sistemik seperti penyakit hati atau tiroid. PUA juga dapat dikaitkan dengan kehamilan abnormal, seperti keguguran atau kehamilan ektopik, sehingga anamnesis yang cermat sangat penting untuk menentukan penyebab.

Secara klinis, PUA dapat berupa perdarahan menstruasi yang berlebihan (menoragia), perdarahan di antara siklus menstruasi (metrorrhagia), atau perdarahan pascamenopause. Pasien dapat mengeluhkan siklus yang tidak teratur, perdarahan lama, jumlah darah banyak, atau nyeri panggul yang menyertai. Pemeriksaan fisik dan ginekologis, termasuk inspeksi genitalia eksternal, spekulum, serta pemeriksaan bimanual, dapat membantu mendeteksi adanya massa, kelainan serviks, atau kelainan uterus yang mendasari perdarahan.

Pemeriksaan penunjang menjadi kunci dalam menegakkan diagnosis, antara lain ultrasonografi transvaginal untuk menilai ukuran dan struktur uterus, histeroskopi untuk evaluasi rongga uterus, serta pemeriksaan laboratorium seperti hitung darah lengkap, profil hormon, atau tes koagulasi bila dicurigai gangguan sistemik. Evaluasi menyeluruh memungkinkan identifikasi penyebab dan penentuan strategi terapi yang tepat.

Penatalaksanaan PUA tergantung pada penyebab, tingkat keparahan perdarahan, kondisi kesehatan pasien, dan rencana reproduksi. Pada kasus ringan dan non-struktural, terapi dapat bersifat konservatif, meliputi penggunaan obat-obatan hormonal (pil kombinasi, progestin, atau agonis GnRH) dan antiinflamasi non-steroid (NSAID) untuk mengurangi perdarahan dan nyeri. Pada kasus dengan kelainan struktural atau perdarahan berat yang tidak terkontrol, tindakan operatif seperti polipektomi, miomektomi, ablasi endometrium, atau histerektomi dapat dipertimbangkan. Konseling mengenai risiko, manfaat, dan kemungkinan efek samping dari setiap opsi terapi menjadi bagian integral dari manajemen pasien.

Selain penatalaksanaan langsung, pencegahan komplikasi seperti anemia melalui suplementasi zat besi, edukasi pasien mengenai tanda bahaya perdarahan, serta tindak lanjut berkala sangat penting untuk memastikan keberhasilan terapi. Dengan pendekatan klinis yang komprehensif dan berbasis bukti, PUA dapat dikelola secara efektif, meminimalkan komplikasi, serta meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan reproduksi perempuan.

A. Klasifikasi PALM-COEIN

Klasifikasi PALM-COEIN merupakan sistem standar yang dikembangkan oleh International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) untuk menilai dan menegakkan diagnosis

perdarahan uterus abnormal (PUA) pada perempuan usia reproduktif. Sistem ini membagi penyebab PUA menjadi dua kelompok utama: kelainan struktural dan kelainan non-struktural, sehingga mempermudah pendekatan diagnostik dan penatalaksanaan yang berbasis bukti. PALM-COEIN adalah akronim yang mencerminkan kategori penyebab PUA, yaitu Polip, Adenomiosis, Leiomyoma, Malignansi/hyperplasia, dan Coagulopathy (gangguan koagulasi), Ovulatory dysfunction (gangguan ovulasi), Endometrial (disfungsi endometrium), Iatrogenic (obat/medikasi), serta Not yet classified (belum diklasifikasikan).

Kelompok struktural (PALM) mencakup penyebab yang dapat dideteksi melalui pemeriksaan pencitraan atau histeroskopi. Polip endometrium merupakan pertumbuhan jinak pada lapisan endometrium yang dapat menyebabkan perdarahan intermenstrual atau menoragia. Adenomiosis terjadi ketika jaringan endometrium tumbuh ke dalam miometrium, menyebabkan perdarahan berat dan nyeri haid. Leiomyoma (mioma uteri) adalah tumor jinak otot polos rahim yang dapat menimbulkan perdarahan berlebih tergantung ukuran dan lokasi. Malignansi/hyperplasia mencakup hiperplasia endometrium atau kanker endometrium, yang perlu dievaluasi terutama pada pasien dengan risiko tinggi atau perdarahan pascamenopause.

Kelompok non-struktural (COEIN) mencakup penyebab yang biasanya tidak dapat dilihat pada pencitraan rutin. Coagulopathy merupakan gangguan pembekuan darah yang dapat menyebabkan perdarahan berat sejak menarche, seperti hemofilia tipe ringan atau penyakit von Willebrand. Ovulatory dysfunction adalah gangguan ovulasi yang menyebabkan siklus menstruasi tidak teratur dan perdarahan abnormal, misalnya pada sindrom ovarium polikistik (PCOS) atau kondisi hormonal lainnya. Endometrial mencakup disfungsi endometrium yang menyebabkan perdarahan abnormal

meskipun ovulasi dan struktur uterus normal. Iatrogenic adalah perdarahan akibat obat atau intervensi medis, seperti penggunaan kontrasepsi hormonal atau antikoagulan. Not yet classified (N) digunakan untuk kasus PUA yang belum dapat diklasifikasikan setelah evaluasi lengkap.

Penggunaan klasifikasi PALM-COEIN memungkinkan tenaga kesehatan melakukan pendekatan sistematis dan terstandarisasi dalam menilai PUA, menentukan pemeriksaan penunjang yang tepat, serta merencanakan terapi yang sesuai. Dengan identifikasi penyebab secara akurat, manajemen perdarahan dapat lebih efektif, risiko komplikasi dapat diminimalkan, dan keputusan klinis dapat lebih terarah, sesuai prinsip praktik berbasis bukti (evidence-based practice).

B. Evaluasi Klinis

Evaluasi klinis pada perdarahan uterus abnormal (PUA) merupakan tahap awal yang krusial untuk menegakkan diagnosis, menentukan penyebab, dan merencanakan penatalaksanaan yang tepat. Evaluasi dimulai dengan anamnesis yang komprehensif, di mana tenaga kesehatan menanyakan pola perdarahan, durasi, jumlah darah, frekuensi, serta adanya gejala penyerta seperti nyeri panggul, dismenore, atau gejala sistemik seperti pucat akibat anemia. Riwayat medis meliputi usia menarche, siklus menstruasi sebelumnya, riwayat obstetri dan ginekologi, penggunaan kontrasepsi, obat-obatan, serta riwayat penyakit sistemik atau kelainan koagulasi. Anamnesis yang cermat membantu membedakan PUA yang bersifat struktural maupun non-struktural sesuai klasifikasi PALM-COEIN.

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, dimulai dengan pemeriksaan tanda vital, tanda anemia, serta pemeriksaan abdomen untuk menilai adanya massa, nyeri tekan, atau pembesaran organ panggul. Pemeriksaan ginekologis meliputi inspeksi genitalia

eksternal untuk menilai kelainan anatomis, pemeriksaan spekulum untuk menilai serviks dan perdarahan dari kanal serviks, serta pemeriksaan bimanual untuk mengevaluasi ukuran, posisi, dan konsistensi uterus serta ovarium. Pemeriksaan ini membantu mendeteksi adanya mioma, polip, atau tanda-tanda adenomiosis, serta menyingkirkan kemungkinan patologi lain yang memerlukan tindakan segera.

Selain anamnesis dan pemeriksaan fisik, evaluasi klinis mencakup pemeriksaan laboratorium dan penunjang sesuai indikasi. Pemeriksaan laboratorium dapat meliputi hitung darah lengkap untuk menilai anemia, profil hormon untuk mengevaluasi gangguan ovulasi, serta tes koagulasi bila dicurigai gangguan pembekuan darah. Ultrasonografi transvaginal menjadi pemeriksaan utama untuk menilai struktur uterus dan ovarium, termasuk keberadaan mioma, polip, atau kista ovarium. Pada kasus tertentu, histeroskopi atau MRI dapat dilakukan untuk evaluasi lebih lanjut, terutama jika hasil USG tidak konklusif atau pasien berisiko tinggi.

Evaluasi klinis yang sistematis memungkinkan tenaga kesehatan menentukan penyebab PUA secara tepat, membedakan antara gangguan struktural dan non-struktural, serta merencanakan strategi penatalaksanaan yang sesuai. Pendekatan ini juga menjadi dasar untuk konseling pasien mengenai opsi terapi, risiko komplikasi, dan tindak lanjut yang diperlukan. Dengan evaluasi klinis yang komprehensif, manajemen PUA dapat dilakukan secara efektif, aman, dan berfokus pada peningkatan kualitas hidup pasien serta kesehatan reproduksi jangka panjang.

C. Terapi Medik

Terapi medik pada perdarahan uterus abnormal (PUA) merupakan pendekatan non-bedah yang bertujuan mengendalikan perdarahan, mengurangi gejala, dan memperbaiki kualitas hidup

pasien. Pilihan terapi medik bergantung pada penyebab perdarahan, usia pasien, rencana reproduksi, serta kondisi kesehatan secara keseluruhan. Pendekatan ini sangat bermanfaat terutama pada kasus PUA non-struktural atau pada pasien yang ingin menunda atau menghindari tindakan operatif. Terapi medik juga dapat digunakan sebagai terapi sementara sebelum dilakukan intervensi invasif pada pasien dengan perdarahan berat.

Obat hormonal merupakan lini pertama dalam terapi medik PUA. Pilihan ini meliputi pil kombinasi estrogen-progestin yang membantu menstabilkan endometrium dan mengatur siklus menstruasi, progestin oral atau injeksi untuk mengurangi hiperplasia endometrium, serta agonis GnRH yang menekan produksi hormon gonadotropin sehingga menurunkan pertumbuhan jaringan endometrium atau mioma. Terapi hormonal juga dapat digunakan untuk mengurangi perdarahan akibat disfungsi ovulasi atau gangguan endometrial. Pilihan regimen dan durasi terapi disesuaikan dengan kondisi pasien, efek samping yang ditoleransi, dan kebutuhan reproduksi.

Selain terapi hormonal, obat non-hormonal juga sering digunakan. Obat antiinflamasi non-steroid (NSAID) dapat mengurangi perdarahan ringan hingga sedang dengan cara menurunkan produksi prostaglandin yang meningkatkan aliran darah menstruasi. Pada pasien dengan gangguan koagulasi ringan, traneksamat acid atau agen antifibrinolitik dapat diberikan untuk menurunkan perdarahan menstruasi yang berlebihan. Analgesik juga diberikan untuk mengatasi nyeri menstruasi atau nyeri panggul yang menyertai PUA.

Terapi medik bersifat reversibel dan memungkinkan pasien menghindari risiko bedah, namun efektivitasnya bergantung pada kepatuhan, jenis obat, dan penyebab perdarahan. Pada kasus yang melibatkan kelainan struktural seperti mioma besar, polip

endometrium, atau adenomiosis, terapi medik biasanya bersifat simptomatik dan dapat menjadi langkah awal sebelum tindakan intervensi definitif. Evaluasi berkala terhadap respons terapi dan pemantauan efek samping penting dilakukan untuk menyesuaikan regimen atau mempertimbangkan opsi lain jika terapi tidak efektif.

Dengan strategi terapi medik yang tepat dan berbasis bukti, perdarahan uterus abnormal dapat dikendalikan secara aman, gejala pasien berkurang, serta kebutuhan tindakan invasif dapat ditunda atau diminimalkan. Konseling pasien mengenai manfaat, risiko, dan alternatif terapi menjadi bagian integral dari penatalaksanaan untuk memastikan keputusan yang diambil sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pasien.

D. Tindakan Kuretase

Tindakan kuretase, atau dilatasi dan kuretase (D&C), adalah prosedur medis yang dilakukan untuk mengikis atau membersihkan lapisan endometrium uterus dengan tujuan diagnostik maupun terapeutik. Prosedur ini termasuk salah satu metode invasif minimal yang digunakan dalam manajemen perdarahan uterus abnormal (PUA), terutama pada kasus perdarahan berat, perdarahan pascamenopause, atau ketika pemeriksaan histopatologi diperlukan untuk menyingkirkan kelainan neoplastik seperti hiperplasia atau kanker endometrium. Kuretase dapat dilakukan secara steril di ruang operasi dengan anestesi lokal, regional, atau umum tergantung kondisi pasien.

Secara terapeutik, kuretase digunakan untuk menghentikan perdarahan akut yang tidak terkontrol dengan terapi medik. Prosedur ini memungkinkan pengangkatan lapisan endometrium yang menebal, polip endometrium, atau sisa jaringan pascakeguguran. Selain itu, tindakan ini dapat digunakan untuk memperoleh sampel jaringan endometrium yang kemudian dikirim untuk pemeriksaan

histopatologi, sehingga membantu menegakkan diagnosis penyebab PUA, termasuk menyingkirkan kemungkinan transformasi ganas.

Tindakan kuretase dilakukan dengan membuka serviks menggunakan dilator, kemudian menggunakan kuret (alat berbentuk lingkaran atau spoon) untuk mengikis lapisan endometrium secara hati-hati. Proses ini harus dilakukan dengan teknik aseptik untuk mencegah infeksi. Komplikasi yang mungkin timbul antara lain perforasi uterus, perdarahan berlebihan, infeksi, atau terbentuknya adhesi intrauterin (sindrom Asherman). Risiko ini dapat diminimalkan dengan prosedur yang dilakukan oleh tenaga medis berpengalaman serta pemantauan pasca tindakan.

Kuretase merupakan bagian dari manajemen PUA yang bersifat diagnostik dan terapeutik, terutama pada pasien dengan perdarahan tidak terkontrol atau ketika perlu evaluasi histopatologi. Setelah tindakan, pasien biasanya dianjurkan untuk melakukan tindak lanjut secara rutin, termasuk pemantauan perdarahan, pemeriksaan tanda vital, dan evaluasi respons terapi. Tindakan ini juga dapat menjadi langkah awal sebelum terapi definitif lainnya, seperti ablasi endometrium atau histerektomi, bila perdarahan berulang atau penyebab struktural ditemukan.

Dengan pendekatan yang tepat, kuretase dapat memberikan manfaat signifikan dalam mengendalikan perdarahan, menegakkan diagnosis, serta mempersiapkan pasien untuk penatalaksanaan lanjutan, sambil meminimalkan risiko komplikasi. Pendekatan berbasis bukti dan konsultasi pasien mengenai prosedur, manfaat, risiko, dan alternatif terapi menjadi bagian integral dari praktik klinis yang aman dan efektif.

E. Indikasi Rujukan

Indikasi rujukan pada perdarahan uterus abnormal (PUA) penting untuk memastikan pasien mendapatkan penanganan yang tepat apabila kondisi tidak dapat ditangani secara optimal di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Rujukan dilakukan berdasarkan kompleksitas kasus, risiko komplikasi, keterbatasan fasilitas, atau kebutuhan evaluasi lanjutan yang memerlukan tenaga atau peralatan spesialis ginekologi. Tujuannya adalah menjamin keamanan pasien, meningkatkan akurasi diagnosis, dan memastikan pemilihan terapi yang efektif.

Rujukan sebaiknya dipertimbangkan pada pasien dengan perdarahan berat yang tidak responsif terhadap terapi medik, seperti penggunaan obat hormonal, antiinflamasi, atau traneksamat acid. Selain itu, pasien dengan gejala perdarahan pascamenopause atau riwayat perdarahan abnormal yang menetap juga perlu dievaluasi lebih lanjut karena berisiko tinggi terkait patologi neoplastik endometrium. Indikasi rujukan lain meliputi kecurigaan adanya kelainan struktural kompleks, seperti mioma besar, polip multiple, adenomiosis luas, atau kista ovarium besar yang membutuhkan tindakan bedah minimal invasif atau terapi definitif.

Pasien dengan kelainan hormonal yang sulit dikendalikan, gangguan koagulasi yang kompleks, atau kondisi sistemik penyerta seperti penyakit jantung, diabetes, atau hipertensi juga sebaiknya dirujuk agar evaluasi multidisiplin dapat dilakukan. Selain itu, indikasi rujukan meliputi perlunya prosedur diagnostik khusus seperti histeroskopi diagnostik/terapeutik, MRI pelvis, atau evaluasi histopatologi yang tidak tersedia di fasilitas primer.

Rujukan juga penting untuk pasien dengan kehamilan abnormal, keguguran berulang, atau perdarahan akibat komplikasi obstetri yang memerlukan penanganan emergensi. Dalam kasus ini, rujukan cepat dapat menyelamatkan nyawa pasien dan mencegah komplikasi

jangka panjang. Selama proses rujukan, penting bagi tenaga kesehatan untuk memberikan informasi lengkap mengenai kondisi pasien, hasil pemeriksaan sebelumnya, serta terapi yang telah diberikan, sehingga kontinuitas perawatan tetap terjaga.

Dengan memahami indikasi rujukan secara tepat, tenaga kesehatan dapat memastikan pasien PUA mendapatkan penanganan yang aman, akurat, dan efektif. Strategi rujukan yang jelas juga mendukung pengambilan keputusan klinis berbasis bukti, meningkatkan outcome pasien, dan meminimalkan risiko komplikasi serius.

BAB 10

NYERI PANGGUL DAN KEPUTIHAN

Nyeri panggul dan keputihan merupakan keluhan ginekologis yang umum dijumpai pada perempuan usia reproduktif dan sering menjadi alasan utama kunjungan ke fasilitas kesehatan. Kedua gejala ini dapat muncul secara bersamaan atau terpisah, dan penyebabnya bisa bervariasi mulai dari kondisi fisiologis hingga gangguan patologis, baik yang bersifat infeksius maupun non-infeksius. Penilaian yang sistematis sangat penting untuk menentukan diagnosis, menetapkan penatalaksanaan, dan mencegah komplikasi.

Nyeri panggul dapat bersifat akut atau kronis, ringan hingga berat, dan dapat terkait dengan siklus menstruasi, ovulasi, atau aktivitas seksual. Penyebab nyeri panggul termasuk dismenore primer, endometriosis, penyakit radang panggul (pelvic inflammatory disease/PID), kista ovarium, mioma uteri, atau gangguan gastrointestinal dan urologis yang menimbulkan nyeri rujukan. Karakteristik nyeri, lokasi, durasi, dan faktor yang memperburuk atau meredakan nyeri perlu dicatat secara detail dalam anamnesis untuk membedakan penyebabnya.

Keputihan atau leukorea adalah keluarnya cairan dari vagina yang dapat bervariasi dalam warna, konsistensi, bau, dan jumlah. Keputihan fisiologis biasanya bening atau putih, tidak berbau, dan tidak disertai gejala lain. Sebaliknya, keputihan patologis disertai gejala seperti bau tidak sedap, gatal, nyeri saat berkemih, perdarahan, atau nyeri panggul. Penyebab keputihan patologis meliputi infeksi saluran reproduksi seperti vaginitis (bakterial vaginosis, kandidiasis), servisititis, infeksi menular seksual (gonore, klamidia, trikomoniasis), atau komplikasi dari gangguan hormon.

Evaluasi klinis dilakukan melalui anamnesis rinci mengenai karakter nyeri dan keputihan, riwayat menstruasi, riwayat obstetri, serta faktor risiko infeksi. Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan umum, abdomen, inspeksi genitalia eksternal, pemeriksaan spekulum untuk menilai serviks dan vagina, serta pemeriksaan bimanual untuk mendeteksi massa atau nyeri tekan. Pemeriksaan penunjang dapat meliputi pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan mikrobiologi, kultur, tes sensitivitas), ultrasonografi transvaginal, dan tes hormon bila diperlukan.

Penatalaksanaan nyeri panggul dan keputihan tergantung pada penyebab yang mendasarinya. Infeksi diberikan terapi antibiotik, antijamur, atau antiparasit sesuai etiologi. Gangguan hormonal atau endometriosis memerlukan terapi hormonal atau analgesik, sedangkan kelainan struktural seperti mioma atau kista ovarium dapat memerlukan tindakan bedah minimal invasif. Edukasi pasien mengenai kebersihan, pengelolaan nyeri, dan tanda bahaya yang harus diwaspadai menjadi bagian integral dari penatalaksanaan.

Dengan pendekatan yang sistematis, kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang memungkinkan identifikasi penyebab nyeri panggul dan keputihan secara tepat, sehingga terapi dapat diberikan secara efektif, aman, dan berpusat pada pasien. Penatalaksanaan yang tepat tidak hanya mengurangi gejala, tetapi juga mencegah komplikasi jangka panjang dan meningkatkan kualitas hidup perempuan.

A. Nyeri Panggul Akut

Nyeri panggul akut adalah keluhan nyeri pada daerah panggul yang muncul secara tiba-tiba, bersifat intens, dan biasanya memerlukan evaluasi medis segera. Kondisi ini dapat menandakan adanya gangguan ginekologis maupun non-ginekologis yang membutuhkan penanganan cepat untuk mencegah komplikasi serius.

Nyeri panggul akut termasuk indikasi emergensi, karena beberapa penyebabnya dapat mengancam nyawa atau fungsi reproduksi jika terlambat ditangani.

Penyebab nyeri panggul akut cukup beragam. Dari sisi ginekologi, penyebab umum meliputi ruptur atau torsi kista ovarium, aborsi atau kehamilan ektopik, penyakit radang panggul (PID) dengan komplikasi abses, serta perdarahan akibat mioma atau polip. Nyeri biasanya berlokasi di satu sisi panggul atau bersifat diffuse, dapat disertai mual, muntah, perdarahan vagina, demam, atau tanda-tanda syok pada kasus perdarahan hebat. Penyebab non-ginekologis yang dapat menimbulkan nyeri panggul akut termasuk gangguan gastrointestinal seperti appendisitis, divertikulitis, atau batu saluran kemih, serta gangguan urologis seperti infeksi saluran kemih akut atau batu ginjal.

Evaluasi klinis nyeri panggul akut dimulai dengan anamnesis yang cepat namun menyeluruh, mencakup onset, durasi, karakter nyeri, faktor yang memperburuk atau meringankan nyeri, serta gejala penyerta seperti perdarahan, demam, mual, dan riwayat medis atau obstetri sebelumnya. Pemeriksaan fisik mencakup tanda vital, palpasi abdomen dan panggul untuk menilai adanya nyeri tekan, massa, atau kekakuan, serta pemeriksaan ginekologis jika memungkinkan, termasuk spekulum dan bimanual.

Pemeriksaan penunjang dilakukan segera untuk mengidentifikasi penyebab nyeri, antara lain ultrasonografi transvaginal, tes kehamilan serum atau urine, laboratorium lengkap (hitung darah, CRP), serta pemeriksaan pencitraan tambahan seperti CT-scan bila dicurigai etiologi non-ginekologis.

Penatalaksanaan nyeri panggul akut tergantung pada penyebabnya. Kasus ruptur kista ovarium atau kehamilan ektopik biasanya memerlukan tindakan bedah segera, sementara PID berat membutuhkan terapi antibiotik intravena dan monitoring ketat.

Terapi suportif termasuk analgesik, hidrasi, dan stabilisasi hemodinamik. Pendekatan berbasis bukti dan tindakan cepat sangat penting untuk mencegah komplikasi seperti syok, infertilitas, atau risiko kematian.

B. Nyeri Panggul Kronis

Nyeri panggul kronis adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari enam bulan dan sering bersifat persisten atau kambuh, menimbulkan gangguan signifikan pada aktivitas sehari-hari, kualitas hidup, dan kesehatan mental pasien. Nyeri ini bisa bersumber dari organ ginekologis, urologis, gastrointestinal, muskuloskeletal, atau faktor psikologis, sehingga penilaian komprehensif sangat penting untuk menentukan penyebab yang mendasari dan merencanakan strategi penatalaksanaan yang efektif.

Penyebab ginekologis nyeri panggul kronis meliputi endometriosis, adenomiosis, kista ovarium persisten, mioma uteri, serta PID kronis yang menimbulkan jaringan parut atau adhesi intraabdominal. Endometriosis, misalnya, dapat menimbulkan nyeri saat menstruasi (dismenore), nyeri saat berhubungan seksual (dyspareunia), dan nyeri panggul terus-menerus akibat infiltrasi lesi ke peritoneum atau organ panggul lain. Selain itu, faktor hormonal, gangguan ovulasi, dan disfungsi endometrium juga dapat berkontribusi pada nyeri kronis.

Evaluasi klinis nyeri panggul kronis dilakukan melalui anamnesis mendetail, termasuk karakter nyeri (lokasi, durasi, intensitas, faktor yang memperburuk atau meringankan), hubungan dengan siklus menstruasi, riwayat obstetri, riwayat operasi panggul, serta gejala penyerta seperti keputihan, perdarahan abnormal, gangguan urinasi, atau gangguan gastrointestinal. Pemeriksaan fisik meliputi palpasi abdomen, pemeriksaan genitalia eksternal,

spekulum, serta pemeriksaan bimanual untuk menilai adanya nyeri tekan, massa, atau kelainan anatomi.

Pemeriksaan penunjang yang sering digunakan mencakup ultrasonografi transvaginal untuk evaluasi ovarium dan uterus, histeroskopi jika dicurigai adanya polip atau adhesi intrauterin, pemeriksaan laboratorium untuk menilai infeksi atau gangguan hormonal, serta MRI pelvis pada kasus yang kompleks atau mencurigakan endometriosis. Evaluasi multidisiplin terkadang diperlukan untuk menyingkirkan penyebab non-ginekologis seperti gangguan gastrointestinal, muskuloskeletal, atau faktor psikologis.

Penatalaksanaan nyeri panggul kronis disesuaikan dengan etiologi. Terapi farmakologis meliputi analgesik, antiinflamasi nonsteroid (NSAID), dan terapi hormonal untuk kondisi seperti endometriosis atau gangguan ovulasi. Pendekatan non-farmakologis seperti fisioterapi panggul, manajemen stres, dan konseling psikologis juga dapat membantu mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup. Pada kasus tertentu, tindakan bedah minimal invasif seperti laparoskopi untuk pengangkatan endometriosis, adhesiolisis, atau miomektomi dapat dilakukan untuk mengatasi penyebab struktural nyeri kronis.

C. Keputihan Fisiologis dan Patologis

Keputihan atau leukorea adalah keluarnya cairan dari vagina yang dapat bersifat fisiologis maupun patologis, dan merupakan salah satu keluhan ginekologis yang paling sering ditemui pada perempuan usia reproduktif. Memahami perbedaan antara keputihan fisiologis dan patologis sangat penting untuk menentukan apakah perlu intervensi medis atau hanya pemantauan.

Keputihan fisiologis merupakan proses normal yang terjadi sebagai bagian dari siklus reproduksi perempuan. Cairan ini biasanya bening atau putih, tidak berbau, dan jumlahnya bervariasi

sesuai fase siklus menstruasi. Fungsi keputihan fisiologis termasuk menjaga kelembapan dan kebersihan vagina, melindungi dari infeksi, serta memfasilitasi pergerakan sperma selama ovulasi. Faktor hormonal, terutama estrogen, berperan dalam produksi keputihan fisiologis, sehingga pola dan konsistensi cairan dapat berubah selama siklus menstruasi, kehamilan, atau menopause.

Keputihan patologis, di sisi lain, menunjukkan adanya gangguan kesehatan yang mendasari, biasanya bersifat infeksius atau inflamasi. Keputihan patologis ditandai oleh perubahan warna (kuning, hijau, coklat), bau tidak sedap, konsistensi abnormal (kental, berbusa, seperti keju), serta sering disertai gejala lain seperti gatal, iritasi, nyeri panggul, nyeri saat berkemih, atau perdarahan intermenstrual. Penyebab utama keputihan patologis meliputi vaginitis (bakterial vaginosis, kandidiasis), servicitis, infeksi menular seksual (gonore, klamidia, trikomoniasis), serta kondisi hormonal yang mempengaruhi keseimbangan mikrobiota vagina.

Evaluasi klinis dimulai dengan anamnesis rinci mengenai karakter keputihan, durasi, jumlah, bau, warna, serta gejala penyerta. Riwayat menstruasi, obstetri, penggunaan kontrasepsi, obat-obatan, dan faktor risiko infeksi seksual juga dikaji. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi genitalia eksternal, pemeriksaan spekulum untuk menilai serviks dan vagina, serta pemeriksaan bimanual untuk mengevaluasi nyeri panggul atau massa. Pemeriksaan penunjang dapat mencakup pemeriksaan mikroskopik cairan vagina, kultur mikrobiologi, dan tes sensitivitas antibiotik atau antijamur.

Penatalaksanaan keputihan tergantung pada penyebabnya. Keputihan fisiologis biasanya tidak memerlukan terapi, hanya edukasi mengenai kebersihan dan perubahan normal selama siklus menstruasi. Keputihan patologis memerlukan terapi sesuai etiologi, seperti antibiotik untuk infeksi bakteri, antijamur untuk kandidiasis, atau terapi kombinasi untuk infeksi menular seksual. Konseling

pasien mengenai kebersihan, perilaku seksual aman, dan pentingnya pemeriksaan lanjutan menjadi bagian integral dari manajemen.

D. Diagnosis Banding

Diagnosis banding pada keluhan nyeri panggul dan keputihan merupakan langkah penting dalam evaluasi ginekologis karena gejala tersebut dapat disebabkan oleh berbagai kondisi, baik yang bersifat ginekologis maupun non-ginekologis. Tujuan diagnosis banding adalah untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab yang berbeda sehingga penatalaksanaan dapat ditargetkan secara tepat dan komplikasi serius dapat dicegah. Pendekatan sistematis melibatkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang untuk membedakan antara kondisi yang serupa secara klinis.

Pada nyeri panggul, diagnosis banding meliputi gangguan ginekologis seperti endometriosis, adenomiosis, mioma uteri, kista ovarium, ruptur atau torsi ovarium, kehamilan ektopik, dan penyakit radang panggul (PID). Gejala non-ginekologis juga perlu dipertimbangkan, termasuk appendisitis, divertikulitis, batu saluran kemih, infeksi saluran kemih, gangguan muskuloskeletal, serta gangguan neurologis atau vaskular yang dapat menimbulkan nyeri rujukan ke panggul.

Pada keputihan, diagnosis banding membedakan antara keputihan fisiologis dan patologis. Keputihan patologis dapat disebabkan oleh vaginitis (bakterial vaginosis, kandidiasis), servisititis, infeksi menular seksual seperti gonore, klamidia, atau trikomoniasis, serta kondisi hormonal atau reaksi terhadap obat tertentu. Penting juga untuk menyingkirkan keputihan akibat kelainan struktural uterus atau serviks, misalnya polip atau tumor endometrium, yang dapat menimbulkan perdarahan dan perubahan sekresi.

Evaluasi diagnosis banding dilakukan melalui kombinasi anamnesis rinci, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Faktor yang diperhatikan termasuk karakter nyeri (lokasi, intensitas, durasi, hubungan dengan siklus menstruasi atau aktivitas), sifat keputihan (warna, konsistensi, bau), riwayat obstetri dan ginekologi, serta faktor risiko infeksi atau komplikasi reproduksi. Pemeriksaan tambahan seperti ultrasonografi transvaginal, pemeriksaan mikroskopik dan kultur keputihan, tes hormon, atau histeroskopi sering diperlukan untuk memperkuat diagnosis.

Dengan pendekatan diagnosis banding yang sistematis dan berbasis bukti, tenaga kesehatan dapat membedakan antara penyebab fisiologis, infeksius, inflamasi, maupun patologis serius. Hal ini memungkinkan pemilihan terapi yang tepat, pengelolaan nyeri dan infeksi secara efektif, serta pencegahan komplikasi jangka panjang, termasuk gangguan kesuburan atau risiko neoplasia. Diagnosis banding yang akurat menjadi fondasi utama dalam manajemen nyeri panggul dan keputihan pada perempuan.

E. Penatalaksanaan Awal

Penatalaksanaan awal pada pasien dengan nyeri panggul dan keputihan bertujuan untuk menstabilkan kondisi pasien, mengurangi gejala, serta mencegah komplikasi sambil menunggu evaluasi lengkap dan diagnosis definitif. Pendekatan ini bersifat segera, terstruktur, dan disesuaikan dengan tingkat keparahan gejala, status hemodinamik pasien, serta kemungkinan penyebab yang mendasari.

Langkah pertama adalah stabilisasi kondisi pasien. Pada nyeri panggul akut dengan tanda perdarahan berat, tanda syok, atau gejala sistemik, pasien perlu dievaluasi tanda vital, diberikan cairan intravena, transfusi darah bila diperlukan, dan dipantau secara ketat. Analgesik diberikan untuk mengurangi nyeri sementara, namun

pemilihan obat disesuaikan dengan tingkat keparahan dan kondisi pasien.

Penatalaksanaan awal juga meliputi pemberian terapi empiris jika dicurigai infeksi. Misalnya, pada keputihan dengan gejala khas infeksi seperti bau tidak sedap, gatal, atau nyeri saat berkemih, dapat diberikan antibiotik atau antijamur empiris sambil menunggu hasil pemeriksaan laboratorium atau kultur mikrobiologi. Edukasi pasien mengenai kebersihan genital, menghindari iritasi, dan meminimalkan faktor risiko infeksi menjadi bagian integral dari perawatan awal.

Selanjutnya, dilakukan penilaian penyebab potensial melalui pemeriksaan fisik awal, termasuk inspeksi genitalia eksternal, pemeriksaan spekulum, dan palpasi bimanual. Pemeriksaan laboratorium sederhana seperti hitung darah lengkap, pemeriksaan urin, dan tes kehamilan dapat membantu menyingkirkan kondisi ginekologis atau obstetri emergensi. Ultrasonografi transvaginal atau pencitraan tambahan dapat dipertimbangkan jika ada kecurigaan massa, kehamilan ektopik, atau komplikasi struktural lain.

Pasien yang menunjukkan tanda-tanda alarm atau komplikasi, seperti perdarahan hebat, demam tinggi, nyeri yang tidak tertahankan, atau tanda syok, harus segera dirujuk ke fasilitas ginekologi atau unit emergensi untuk evaluasi lebih lanjut dan intervensi definitif. Sementara itu, pasien dengan gejala ringan atau keputihan fisiologis dapat diberikan pendekatan konservatif, termasuk pemantauan gejala, edukasi, dan tindak lanjut berkala.

BAB 11

GANGGUAN DASAR UROGINEKOLOGI

Gangguan dasar uroginekologi adalah kondisi medis yang melibatkan sistem reproduksi dan saluran kemih bagian bawah pada perempuan, yang biasanya terkait dengan kelemahan atau disfungsi otot dasar panggul, jaringan penopang pelvis, atau kontrol neuromuskular kandung kemih dan uretra. Kondisi ini sering menimbulkan gejala seperti inkontinensia urin, prolaps organ panggul, nyeri panggul kronis, atau gangguan fungsi seksual, dan dapat berdampak signifikan pada kualitas hidup pasien. Uroginekologi memadukan ilmu ginekologi, urologi, dan fisioterapi panggul untuk mendiagnosis dan menangani gangguan ini secara komprehensif.

Gangguan uroginekologi yang paling umum meliputi inkontinensia urin stres (perdarahan atau kebocoran urin saat batuk, bersin, atau aktivitas fisik), inkontinensia urin urgensi (desakan buang air kecil yang tiba-tiba dan tidak tertahankan), serta prolaps organ panggul, termasuk prolaps uterus, cystocele (kantung kemih turun), dan rectocele (dinding rektum menonjol ke vagina). Penyebab gangguan ini umumnya terkait dengan kehamilan, persalinan, penuaan, menopause, cedera neurologis, obesitas, atau trauma pelvis, yang mengakibatkan kelemahan otot dasar panggul dan ligamen penopang.

Evaluasi gangguan uroginekologi dimulai dengan anamnesis lengkap mengenai keluhan pasien, termasuk frekuensi buang air kecil, adanya kebocoran urin, nyeri panggul, gangguan defekasi, dan gejala seksual. Riwayat obstetri dan ginekologi, operasi panggul sebelumnya, serta faktor risiko seperti obesitas atau riwayat trauma juga sangat penting. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi genitalia, evaluasi tonus dan kontraksi otot dasar panggul, serta pemeriksaan

prolaps dengan metode POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) untuk menilai derajat prolaps.

Pemeriksaan penunjang dapat mencakup urodinamika untuk menilai fungsi kandung kemih dan uretra, ultrasonografi pelvis, cystoscopy, serta tes laboratorium bila dicurigai infeksi saluran kemih. Evaluasi ini membantu membedakan antara gangguan struktural, fungsional, atau campuran, sehingga penatalaksanaan dapat lebih tepat sasaran.

Penatalaksanaan gangguan dasar uroginekologi meliputi pendekatan konservatif, medik, dan bedah. Pendekatan konservatif mencakup latihan otot dasar panggul (Kegel), perubahan gaya hidup, pengelolaan berat badan, dan edukasi perilaku kandung kemih. Terapi medik dapat berupa obat antikolinergik atau agonis beta-3 untuk inkontinensia urgensi. Pada kasus prolaps atau inkontinensia yang berat dan tidak responsif terhadap terapi konservatif, tindakan bedah minimal invasif atau rekonstruksi organ panggul dapat dilakukan untuk memulihkan fungsi anatomi dan kualitas hidup pasien.

Dengan pemahaman komprehensif mengenai gangguan dasar uroginekologi, tenaga kesehatan dapat melakukan diagnosis yang tepat, penatalaksanaan individual, dan pencegahan komplikasi jangka panjang. Edukasi pasien dan pemantauan berkala menjadi bagian integral dari strategi manajemen, sehingga pasien dapat mempertahankan fungsi kandung kemih dan panggul yang optimal serta kualitas hidup yang lebih baik.

A. Inkontinensia Urin

Inkontinensia urin adalah kelainan urologis yang ditandai dengan hilangnya kontrol buang air kecil secara tidak sengaja, yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, kualitas hidup, dan kesehatan psikososial pasien. Kondisi ini lebih sering terjadi pada

perempuan, terutama akibat faktor anatomi, hormonal, obstetri, dan penuaan, yang menyebabkan kelemahan otot dasar panggul, ligamen penopang uretra, atau gangguan fungsi saraf kandung kemih. Inkontinensia urin dikategorikan berdasarkan mekanisme terjadinya, sehingga penatalaksanaan dapat disesuaikan dengan tipe yang mendasari.

Terdapat beberapa tipe inkontinensia urin utama. Inkontinensia urin stres ditandai oleh kebocoran urin saat terjadi peningkatan tekanan intraabdominal, misalnya saat batuk, bersin, tertawa, atau aktivitas fisik, dan biasanya disebabkan oleh kelemahan otot dasar panggul atau disfungsi sfingter uretra. Inkontinensia urin urgensi muncul sebagai desakan buang air kecil yang tiba-tiba dan tidak tertahankan, sering disertai kebocoran, dan biasanya terkait dengan hiperaktivitas detrusor atau gangguan neurologis. Inkontinensia campuran merupakan kombinasi stres dan urgensi, sedangkan overflow terjadi akibat retensi urin kronis yang menyebabkan kandung kemih meluap.

Evaluasi klinis inkontinensia urin dimulai dengan anamnesis rinci mengenai pola kebocoran urin, frekuensi, kondisi pemicu, serta dampak terhadap kehidupan sehari-hari. Riwayat obstetri, riwayat operasi panggul, riwayat infeksi saluran kemih, dan penggunaan obat-obatan juga dikaji. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi genitalia, pemeriksaan tonus dan kontraksi otot dasar panggul, serta tes stres sederhana seperti “cough stress test” untuk menilai kebocoran urin saat batuk.

Pemeriksaan penunjang dapat mencakup urodinamika untuk menilai fungsi kandung kemih dan uretra, ultrasonografi kandung kemih untuk mengevaluasi residu urin, serta pemeriksaan laboratorium bila dicurigai infeksi. Pada pasien tertentu, cystoscopy dapat dilakukan untuk menyingkirkan kelainan anatomi atau tumor kandung kemih.

Penatalaksanaan inkontinensia urin dilakukan secara bertahap. Pendekatan konservatif meliputi latihan otot dasar panggul (Kegel), modifikasi perilaku kandung kemih, manajemen berat badan, dan edukasi pasien. Terapi medik dapat diberikan sesuai tipe inkontinensia, misalnya obat antikolinergik atau agonis beta-3 untuk inkontinensia urgensi. Pada kasus yang tidak responsif terhadap terapi konservatif atau medik, intervensi bedah seperti sling uretra, suspensi uretra, atau prosedur rekonstruktif lainnya dapat dilakukan untuk memperbaiki anatomi dan fungsi.

B. Prolaps Organ Panggul

Prolaps organ panggul adalah kondisi medis di mana satu atau lebih organ panggul, seperti uterus, kandung kemih, rektum, atau vagina, turun dari posisi normalnya ke dalam atau keluar dari vagina akibat melemahnya otot dasar panggul, ligamen penopang, atau jaringan fascia. Gangguan ini lebih sering terjadi pada perempuan usia lanjut, terutama setelah kehamilan, persalinan, menopause, obesitas, atau trauma pelvis. Prolaps organ panggul dapat menimbulkan gejala yang mengganggu kualitas hidup, termasuk rasa berat atau tekanan di panggul, nyeri punggung bawah, kesulitan buang air kecil atau besar, serta gangguan fungsi seksual.

Jenis prolaps organ panggul diklasifikasikan berdasarkan organ yang turun. Uterine prolapse terjadi ketika uterus turun ke dalam vagina, sedangkan cystocele adalah penurunan dinding anterior vagina yang menyebabkan kantung kemih menonjol, dan rectocele adalah penurunan dinding posterior vagina dengan penonjolan rektum. Prolaps bisa ringan hingga berat, dan derajatnya sering dinilai menggunakan skala POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), yang membantu dalam perencanaan terapi.

Evaluasi klinis prolaps organ panggul dimulai dengan anamnesis rinci, termasuk keluhan utama pasien seperti sensasi ada

benda yang turun, nyeri panggul, gangguan buang air kecil atau besar, inkontinensia, atau dispareunia. Riwayat obstetri, persalinan, operasi panggul, dan faktor risiko lainnya juga dicatat. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi genitalia eksternal, evaluasi tonus dan kontraksi otot dasar panggul, serta pemeriksaan bimanual untuk menilai posisi dan derajat prolaps organ panggul.

Pemeriksaan penunjang biasanya minimal, tetapi pada kasus kompleks dapat dilakukan ultrasonografi pelvis, MRI, atau urodinamika bila terdapat gangguan fungsi kandung kemih. Evaluasi ini membantu membedakan prolaps organ panggul murni dari kondisi yang disertai kelainan fungsional atau struktural lainnya.

Penatalaksanaan prolaps organ panggul dapat bersifat konservatif atau operatif. Pendekatan konservatif meliputi latihan otot dasar panggul (Kegel), penggunaan pesarium untuk menopang organ panggul, modifikasi gaya hidup seperti manajemen berat badan, dan edukasi pasien. Intervensi bedah dilakukan pada prolaps berat atau jika konservatif tidak efektif, dengan prosedur seperti histeropeksi, kolporafi anterior/posterior, atau rekonstruksi pelvis melalui laparoskopi untuk memulihkan anatomi dan fungsi organ panggul.

C. Fistula Urogenital

Fistula urogenital adalah kondisi patologis yang ditandai dengan terbentuknya saluran abnormal antara saluran kemih dan traktus genitalia wanita, yang menyebabkan urin bocor terus-menerus atau berulang melalui vagina. Kondisi ini dapat menimbulkan masalah fisik dan psikososial yang signifikan, termasuk iritasi kulit, infeksi, bau tidak sedap, dan gangguan kepercayaan diri. Fistula urogenital paling sering dikaitkan dengan trauma persalinan, operasi panggul, atau cedera akibat radiasi atau infeksi kronis.

Penyebab fistula urogenital bervariasi. Fistula obstetrik sering terjadi akibat trauma persalinan lama atau obstructed labor, terutama di daerah dengan akses layanan obstetri terbatas. Fistula iatrogenik dapat muncul sebagai komplikasi operasi ginekologi, seperti histerektomi, reseksi tumor, atau prosedur bedah pelvis lainnya. Selain itu, fistula juga dapat timbul akibat infeksi kronis, radiasi, atau penyakit inflamasi panggul, yang merusak integritas jaringan antara kandung kemih, uretra, dan vagina.

Gejala klinis utama fistula urogenital adalah kebocoran urin melalui vagina yang menetap, tanpa kontrol, dan biasanya disertai iritasi vulva atau infeksi saluran kemih berulang. Pasien sering mengeluhkan bau urin yang menetap, perubahan warna cairan vagina, serta gangguan psikososial seperti malu, stres, atau isolasi sosial. Pada anamnesis, penting untuk menanyakan riwayat persalinan, operasi pelvis, infeksi sebelumnya, serta gejala tambahan seperti nyeri panggul atau gangguan defekasi.

Evaluasi diagnostik dimulai dengan pemeriksaan fisik vulva dan vagina, termasuk inspeksi dan palpasi untuk menentukan lokasi fistula. Pemeriksaan penunjang dapat meliputi urografi intravena, cystoscopy, ultrasonografi, atau MRI pelvis untuk menilai lokasi, ukuran, dan kompleksitas fistula, serta mengevaluasi jaringan sekitarnya. Tes pewarna (dye test) juga digunakan untuk memastikan komunikasi antara kandung kemih dan vagina.

Penatalaksanaan fistula urogenital tergantung pada lokasi, ukuran, penyebab, dan kondisi jaringan. Terapi definitif umumnya adalah tindakan bedah rekonstruksi untuk menutup fistula, yang dapat dilakukan melalui pendekatan vagina atau abdomen, terkadang dengan bantuan teknik minimal invasif. Persiapan sebelum operasi termasuk pengendalian infeksi, optimisasi status nutrisi, dan manajemen kondisi penyerta. Pada kasus kecil atau pascaoperasi

tertentu, beberapa fistula mungkin sembuh dengan terapi konservatif dan kateterisasi jangka pendek.

D. Pemeriksaan Penunjang Uroginekologi

Pemeriksaan penunjang uroginekologi merupakan bagian integral dari evaluasi gangguan dasar panggul, inkontinensia urin, prolaps organ panggul, dan fistula urogenital. Tujuan pemeriksaan ini adalah untuk menegakkan diagnosis, menilai derajat keparahan, mengevaluasi fungsi anatomi dan fisiologi, serta merencanakan penatalaksanaan yang tepat. Pendekatan ini bersifat komprehensif dan melibatkan berbagai metode pencitraan, uji fungsional, serta pemeriksaan laboratorium.

Salah satu pemeriksaan penunjang utama adalah urodinamika, yang digunakan untuk mengevaluasi fungsi kandung kemih dan uretra. Urodinamika memberikan informasi tentang kapasitas kandung kemih, tekanan intravesika, aktivitas detrusor, serta kooperasi sfingter uretra, sehingga membantu membedakan tipe inkontinensia urin, seperti stres, urgensi, atau campuran. Pemeriksaan ini juga berguna untuk pasien dengan gejala kompleks atau gagal terapi konservatif.

Pencitraan pelvis seperti ultrasonografi transvaginal atau transabdominal digunakan untuk menilai anatomi organ panggul, termasuk posisi uterus, ovarium, kandung kemih, dan jaringan penopang. Pada kasus prolaps atau fistula, MRI pelvis dapat memberikan gambaran tiga dimensi yang lebih rinci mengenai jaringan lunak, ukuran prolaps, lokasi fistula, dan keterlibatan organ sekitarnya. CT-scan kadang diperlukan untuk evaluasi fistula kompleks atau komplikasi infeksi.

Cystoscopy adalah pemeriksaan endoskopik kandung kemih dan uretra yang penting pada kasus fistula urogenital atau inkontinensia yang tidak jelas etiologinya. Pemeriksaan ini memungkinkan

identifikasi langsung adanya fistula, tumor, batu, atau kelainan struktural lainnya. Pada beberapa kasus, tes pewarna (dye test) juga digunakan untuk memastikan komunikasi abnormal antara kandung kemih dan vagina.

Pemeriksaan laboratorium meliputi analisis urin, kultur urin, dan pemeriksaan mikrobiologi untuk mendeteksi infeksi saluran kemih atau infeksi yang terkait dengan fistula. Tes hormon atau laboratorium tambahan dapat dilakukan bila dicurigai adanya gangguan hormonal atau kondisi sistemik yang mempengaruhi fungsi panggul.

Dengan kombinasi pemeriksaan urodinamik, pencitraan, endoskopi, dan laboratorium, dokter dapat memperoleh gambaran lengkap tentang anatomi, fisiologi, dan patologi yang mendasari gangguan uroginekologi. Hal ini memungkinkan penentuan diagnosis yang akurat, stratifikasi risiko, perencanaan terapi konservatif maupun bedah, serta pemantauan hasil terapi secara efektif, sehingga kualitas hidup pasien dapat ditingkatkan secara optimal.

E. Tatalaksana Konservatif Awal

Tatalaksana konservatif awal pada gangguan uroginekologi merupakan pendekatan non-bedah yang bertujuan untuk mengurangi gejala, memperbaiki fungsi organ panggul, dan mencegah progresi kondisi, terutama pada pasien dengan inkontinensia urin ringan, prolaps organ panggul derajat awal, atau gangguan dasar panggul lainnya. Pendekatan ini bersifat aman, dapat dilakukan secara jangka panjang, dan sering menjadi langkah pertama sebelum mempertimbangkan intervensi medik atau bedah.

Salah satu metode utama adalah latihan otot dasar panggul (pelvic floor exercises/Kegel), yang bertujuan memperkuat otot levator ani dan sfingter uretra. Latihan ini terbukti efektif dalam

mengurangi kebocoran urin pada inkontinensia stres, memperbaiki penopang organ panggul, dan meningkatkan kontrol kandung kemih serta fungsi seksual. Latihan dilakukan secara rutin, dengan teknik yang benar dan pengawasan profesional jika diperlukan.

Pendekatan lain termasuk modifikasi perilaku kandung kemih (bladder training), yang bertujuan meningkatkan kapasitas kandung kemih, menunda keinginan buang air kecil, dan mengurangi episode urgensi atau kebocoran. Edukasi pasien mengenai pola minum, pengaturan frekuensi buang air kecil, serta menghindari faktor pemicu seperti kafein atau alkohol menjadi bagian integral dari strategi konservatif.

Pada kasus prolaps organ panggul ringan, penggunaan pesarium dapat menjadi solusi sementara untuk menopang organ panggul yang turun, mengurangi gejala tekanan atau sensasi benda turun, serta meningkatkan kenyamanan pasien. Edukasi mengenai perawatan pesarium dan tindak lanjut rutin sangat penting untuk mencegah infeksi atau iritasi jaringan.

Tatalaksana konservatif awal juga melibatkan manajemen faktor risiko, seperti penurunan berat badan pada pasien obesitas, pengelolaan sembelit kronis, dan pengendalian batuk kronis, yang dapat memperburuk tekanan intraabdominal dan gangguan panggul. Konseling psikologis atau terapi perilaku juga dianjurkan pada pasien yang mengalami stres, kecemasan, atau gangguan kualitas hidup akibat gejala uroginekologi.

Dengan tatalaksana konservatif awal yang sistematis, pasien dapat mengalami penurunan gejala, peningkatan fungsi panggul, dan pencegahan progresi gangguan, sambil mempersiapkan evaluasi lanjutan untuk terapi medik atau bedah bila diperlukan. Pendekatan ini menekankan prinsip non-invasif, berbasis bukti, dan berfokus pada kualitas hidup pasien, sehingga menjadi fondasi penting dalam manajemen gangguan dasar uroginekologi.

BAB 12

KEGANASAN GINEKOLOGI DASAR

Keganasan ginekologi dasar adalah kondisi medis yang mencakup tumor ganas pada organ reproduksi wanita, termasuk ovarium, uterus, serviks, vagina, dan vulva. Kelainan ini merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi yang serius karena dapat mengancam jiwa, memengaruhi kesuburan, dan menimbulkan dampak psikososial yang signifikan. Deteksi dini, diagnosis tepat, dan penatalaksanaan berbasis bukti merupakan kunci untuk meningkatkan peluang kesembuhan dan kualitas hidup pasien.

Keganasan ginekologi dapat muncul dengan gejala yang bervariasi tergantung organ yang terkena. Pada kanker serviks, gejala awal sering minimal, tetapi dapat berkembang menjadi perdarahan abnormal, keputihan berbau tidak sedap, atau nyeri panggul. Kanker ovarium sering disebut sebagai “silent killer” karena gejalanya muncul lambat, seperti perut kembung, nyeri panggul ringan, perubahan pola buang air kecil, atau rasa cepat kenyang. Kanker endometrium biasanya menimbulkan perdarahan intermenstrual atau pascamenopause, sedangkan kanker vulva atau vagina sering menimbulkan lesi ulseratif, gatal, atau perdarahan lokal.

Evaluasi klinis keganasan ginekologi dimulai dengan anamnesis rinci mengenai keluhan, riwayat menstruasi, riwayat obstetri, riwayat keluarga kanker, faktor risiko (seperti infeksi HPV, obesitas, atau penggunaan hormonal jangka panjang), serta gejala penyerta. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi genitalia eksternal, pemeriksaan spekulum, palpasi bimanual, serta pemeriksaan regional seperti kelenjar getah bening inguinal atau supraklavikula.

Pemeriksaan penunjang sangat penting untuk menegakkan diagnosis dan menentukan stadium. Ini meliputi pemeriksaan

sitologi serviks (Pap smear), biopsi jaringan, ultrasonografi pelvis, CT-scan atau MRI pelvis, serta tes laboratorium tumor marker seperti CA-125 untuk kanker ovarium. Pemeriksaan ini membantu menentukan lokasi tumor, ukuran, keterlibatan organ lain, serta rencana terapi yang optimal.

Penatalaksanaan keganasan ginekologi didasarkan pada jenis tumor, stadium penyakit, kondisi klinis pasien, dan rencana reproduksi di masa depan. Pendekatan utama mencakup pembedahan onkologi untuk reseksi tumor, kemoterapi, radioterapi, atau kombinasi multimodal sesuai protokol berbasis bukti. Pada kanker serviks, pencegahan melalui vaksinasi HPV dan skrining rutin terbukti mengurangi insiden dan mortalitas. Selain itu, dukungan psikososial, konseling keluarga, dan rehabilitasi pasca terapi menjadi bagian integral dari manajemen keganasan ginekologi.

A. Kanker Serviks

Kanker serviks adalah tumor ganas yang berkembang di serviks atau leher rahim, biasanya berasal dari epitel skuamosa atau sel glandular endoserviks. Penyakit ini termasuk salah satu kanker ginekologi yang paling umum dan memiliki beban kesehatan signifikan, terutama di negara berkembang, karena sering terdiagnosis pada stadium lanjut akibat gejala awal yang minimal atau tidak spesifik. Faktor risiko utama kanker serviks adalah infeksi human papillomavirus (HPV) tipe 16 dan 18, merokok, sistem imun yang lemah, multiparitas, dan riwayat paparan kontrasepsi hormonal jangka panjang.

Gejala kanker serviks pada tahap awal sering tidak tampak, sehingga deteksi dini bergantung pada skrining rutin. Gejala yang muncul biasanya berupa perdarahan vagina abnormal, seperti perdarahan pascamenopause, perdarahan intermenstrual, atau

perdarahan setelah hubungan seksual. Keputihan berbau tidak sedap, nyeri panggul, dan nyeri saat berhubungan seksual (dyspareunia) dapat muncul pada stadium lanjut, disertai gejala akibat invasi organ panggul atau metastasis, seperti kesulitan buang air kecil, hematuria, dan pembengkakan ekstremitas akibat kompresi kelenjar getah bening.

Evaluasi klinis dimulai dengan anamnesis lengkap mencakup riwayat menstruasi, riwayat obstetri, faktor risiko kanker serviks, dan gejala yang muncul. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi vulva, vagina, dan serviks menggunakan spekulum untuk menilai adanya ulserasi, massa, atau lesi abnormal. Palpasi bimanual digunakan untuk menilai ukuran rahim, mobilitas serviks, dan keterlibatan jaringan sekitarnya. Pemeriksaan kelenjar getah bening regional juga penting untuk menilai penyebaran penyakit.

Pemeriksaan penunjang meliputi Pap smear atau tes sitologi serviks untuk mendeteksi lesi prekanker, serta HPV-DNA test untuk identifikasi infeksi HPV berisiko tinggi. Biopsi serviks dilakukan untuk konfirmasi histopatologi. Imaging seperti ultrasonografi, CT-scan, atau MRI pelvis membantu menentukan stadium penyakit, invasi jaringan, dan rencana bedah. Pemeriksaan laboratorium tambahan, termasuk hitung darah lengkap dan penanda tumor, dapat dilakukan sebagai bagian dari evaluasi praoperatif.

Penatalaksanaan kanker serviks disesuaikan dengan stadium, kondisi pasien, dan rencana fertilitas. Pada lesi pra-kanker atau stadium awal, tindakan seperti konisasi atau histerektomi dapat dilakukan. Pada stadium lanjut, kombinasi radioterapi, kemoterapi, dan operasi radikal menjadi pilihan. Pencegahan primer melalui vaksinasi HPV dan skrining rutin melalui Pap smear atau HPV test merupakan strategi paling efektif untuk menurunkan insiden dan mortalitas.

B. Kanker Endometrium

Kanker endometrium adalah tumor ganas yang berasal dari lapisan endometrium atau dinding rahim bagian dalam, dan merupakan kanker ginekologi paling umum pada perempuan usia menopause. Faktor risiko utama meliputi menopause terlambat, obesitas, hiperestrogenisme tanpa penyeimbang progesteron, diabetes mellitus, hipertensi, dan sindrom genetik tertentu seperti Lynch syndrome. Paparan estrogen berlebih secara kronis dapat merangsang proliferasi endometrium dan memicu transformasi malignan.

Gejala kanker endometrium biasanya muncul lebih awal dibanding kanker ovarium atau serviks, sehingga deteksi dini lebih mungkin. Perdarahan vagina abnormal adalah gejala yang paling sering, terutama perdarahan pascamenopause, perdarahan intermenstrual, atau perdarahan ringan yang tidak biasa pada wanita usia lanjut. Gejala lain termasuk keputihan abnormal, nyeri panggul, atau rasa penuh di pelvis, meskipun pada tahap awal gejala ini sering minimal atau tidak spesifik.

Evaluasi klinis dimulai dengan anamnesis lengkap, menilai karakter perdarahan, siklus menstruasi sebelumnya, faktor risiko hormonal, riwayat obesitas, hipertensi, diabetes, dan riwayat keluarga kanker. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi vulva, palpasi abdomen untuk menilai adanya massa atau pembesaran rahim, serta pemeriksaan bimanual dan spekulum untuk menilai serviks dan kondisi vagina. Kelenjar getah bening regional juga dievaluasi untuk menyingkirkan kemungkinan metastasis.

Pemeriksaan penunjang penting untuk konfirmasi diagnosis dan staging. Transvaginal ultrasonografi digunakan untuk menilai ketebalan endometrium dan adanya massa intrauterin. Histeroskopi dengan biopsi endometrium adalah metode diagnostik utama untuk memastikan histopatologi kanker endometrium. Imaging tambahan,

seperti CT-scan, MRI, atau PET-CT, dapat membantu menilai invasi miometrium, penyebaran ke kelenjar getah bening, atau metastasis jauh. Pemeriksaan laboratorium termasuk hitung darah lengkap dan fungsi organ untuk persiapan terapi.

Penatalaksanaan kanker endometrium tergantung pada stadium dan kondisi pasien. Pada stadium awal, histerektomi total dengan salpingo-ooforektomi bilateral merupakan terapi utama, kadang disertai pembekuan atau eksisi kelenjar getah bening pelvis. Stadium lanjut memerlukan kombinasi kemoterapi, radioterapi, dan terapi hormonal. Pemantauan jangka panjang meliputi evaluasi berkala melalui pemeriksaan fisik, imaging, dan tes laboratorium untuk mendeteksi kekambuhan.

C. Kanker Ovarium

Kanker ovarium adalah tumor ganas yang berkembang pada ovarium, dan dikenal sebagai “silent killer” karena gejalanya sering muncul terlambat dan tidak spesifik. Kanker ini termasuk penyebab utama mortalitas pada kanker ginekologi karena sering terdiagnosis pada stadium lanjut. Faktor risiko utama meliputi usia lanjut, riwayat keluarga kanker ovarium atau payudara, mutasi gen BRCA1/BRCA2, infertilitas, endometriosis, obesitas, dan paparan hormon estrogen jangka panjang. Sebaliknya, kehamilan, menyusui, penggunaan kontrasepsi oral, dan multiparitas dapat menurunkan risiko.

Gejala kanker ovarium awal sering ringan dan tidak khas, seperti perut kembung, cepat kenyang, perubahan pola buang air kecil, nyeri panggul atau perut bagian bawah, dan kelelahan. Pada stadium lanjut, pasien dapat mengalami peningkatan ukuran perut akibat cairan asites, penurunan berat badan, mual, muntah, dan gejala akibat metastasis seperti sesak napas. Karena gejala awal

tidak spesifik, kanker ovarium sering baru terdeteksi saat sudah menyebar ke organ panggul atau abdomen.

Evaluasi klinis dimulai dengan anamnesis rinci mengenai keluhan abdominal atau panggul, riwayat obstetri, ginekologi, riwayat keluarga kanker, serta faktor risiko genetik atau hormonal. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi abdomen, palpasi untuk mendeteksi massa ovarium atau asites, serta pemeriksaan bimanual dan spekulum untuk menilai serviks dan vagina. Pemeriksaan kelenjar getah bening regional juga dilakukan jika dicurigai adanya penyebaran.

Pemeriksaan penunjang untuk kanker ovarium mencakup ultrasonografi transvaginal untuk menilai karakter massa ovarium (solid, kistik, atau kompleks), dan CT-scan atau MRI pelvis dan abdomen untuk staging dan evaluasi metastasis. Pemeriksaan laboratorium termasuk CA-125, yang merupakan penanda tumor paling sering digunakan, meskipun tidak spesifik, dan dapat dikombinasikan dengan pemeriksaan tambahan seperti HE4 atau algoritma ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm). Biopsi atau eksplorasi bedah sering diperlukan untuk diagnosis definitif dan penentuan histopatologi.

Penatalaksanaan kanker ovarium tergantung pada stadium penyakit dan kondisi pasien. Pada sebagian besar kasus, terapi utama adalah pembedahan onkologi debulking maksimal, diikuti oleh kemoterapi berbasis platinum dan paklitaksel. Pada kasus tertentu, terapi target atau imunoterapi dapat dipertimbangkan. Pencegahan dan deteksi dini termasuk skrining pada populasi berisiko tinggi, konsultasi genetik, dan pemantauan CA-125 berkala.

D. Deteksi Dini dan Skrining

Deteksi dini dan skrining dalam keganasan ginekologi merupakan strategi penting untuk menurunkan mortalitas, meningkatkan prognosis, dan memungkinkan penatalaksanaan yang lebih efektif. Banyak kanker ginekologi, seperti kanker serviks dan kanker endometrium, memiliki fase pra-klinis yang dapat diidentifikasi melalui skrining rutin, sehingga intervensi dapat dilakukan sebelum penyakit mencapai stadium lanjut. Pendekatan deteksi dini disesuaikan dengan jenis kanker, faktor risiko pasien, dan ketersediaan fasilitas kesehatan.

Kanker serviks adalah salah satu kanker yang paling efektif dicegah melalui skrining. Metode skrining standar meliputi Pap smear untuk mendeteksi lesi prekanker dan tes HPV-DNA untuk mengidentifikasi infeksi HPV berisiko tinggi. Skrining rutin memungkinkan deteksi dini displasia serviks sebelum berkembang menjadi kanker invasif. Selain itu, vaksinasi HPV juga termasuk strategi pencegahan primer yang dapat menurunkan insiden kanker serviks secara signifikan.

Untuk kanker endometrium, skrining populasi umum belum direkomendasikan secara luas karena insidens relatif rendah dan gejala muncul dini (perdarahan abnormal). Namun, pada wanita berisiko tinggi, termasuk pasien dengan obesitas, diabetes, hipertensi, atau sindrom Lynch, evaluasi rutin berupa anamnesis perdarahan abnormal dan ultrasonografi transvaginal untuk menilai ketebalan endometrium dapat membantu deteksi dini. Biopsi endometrium dapat dilakukan bila ditemukan kelainan.

Skrining untuk kanker ovarium masih menjadi tantangan karena gejala awal yang tidak spesifik dan keterbatasan metode skrining sensitif. Pada populasi risiko tinggi, seperti pasien dengan mutasi BRCA1/BRCA2 atau riwayat keluarga kanker ovarium atau payudara, skrining dapat dilakukan menggunakan ultrasonografi

transvaginal dan penanda tumor CA-125 secara berkala. Namun, pada populasi umum, metode ini belum terbukti menurunkan mortalitas secara signifikan, sehingga fokus utama tetap pada edukasi gejala awal dan konsultasi genetik.

Prinsip utama deteksi dini dan skrining meliputi identifikasi kelompok berisiko tinggi, pemilihan metode skrining yang tepat, interval skrining sesuai pedoman, serta tindak lanjut segera bila ditemukan kelainan. Edukasi pasien tentang pentingnya pemeriksaan rutin, vaksinasi HPV, dan kesadaran terhadap gejala awal merupakan bagian integral dari strategi deteksi dini. Dengan pendekatan ini, peluang untuk menangkap kanker pada stadium awal meningkat, intervensi medis menjadi lebih efektif, dan prognosis jangka panjang pasien dapat diperbaiki.

E. Prinsip Rujukan dan Edukasi Pasien

Prinsip rujukan dan edukasi pasien dalam keganasan ginekologi merupakan komponen penting dari manajemen menyeluruh yang menjamin keselamatan pasien, efektivitas terapi, dan peningkatan kualitas hidup. Rujukan dilakukan ketika pasien memerlukan evaluasi lebih lanjut, intervensi spesialis, atau fasilitas yang lebih lengkap untuk diagnosis, terapi, atau penatalaksanaan komplikasi. Edukasi pasien memastikan pemahaman yang baik tentang penyakit, pilihan terapi, serta pencegahan atau deteksi dini kekambuhan.

Rujukan biasanya dilakukan bila kondisi pasien berada di luar kapasitas fasilitas kesehatan primer, misalnya bila dibutuhkan bedah onkologi, radioterapi, kemoterapi, atau skrining genetik untuk kanker ginekologi berisiko tinggi. Indikasi rujukan meliputi kanker ginekologi stadium lanjut, keganasan yang tidak dapat dikonfirmasi di fasilitas awal, komplikasi intraoperatif atau pascaoperasi, atau ketidakpastian diagnosis yang memerlukan pemeriksaan penunjang khusus. Rujukan juga dianjurkan untuk pasien dengan faktor risiko

genetik, seperti mutasi BRCA atau sindrom Lynch, untuk konseling genetik dan strategi pencegahan.

Edukasi pasien merupakan bagian integral dari manajemen kanker ginekologi. Pasien perlu memahami jenis kanker, stadium penyakit, opsi terapi, efek samping terapi, serta pentingnya tindak lanjut jangka panjang. Edukasi juga mencakup peningkatan kesadaran terhadap gejala dini, manfaat skrining rutin, pencegahan primer seperti vaksinasi HPV, dan modifikasi faktor risiko (misalnya pengendalian berat badan, berhenti merokok, atau manajemen penyakit metabolik). Edukasi psikososial juga penting untuk membantu pasien menghadapi stres, kecemasan, dan perubahan kualitas hidup akibat penyakit atau terapi.

Pendekatan rujukan dan edukasi pasien menekankan prinsip keselamatan, keterjangkauan layanan, dan partisipasi aktif pasien dalam keputusan klinis. Dengan rujukan yang tepat, pasien mendapatkan akses ke fasilitas dan tenaga spesialis yang memadai, sedangkan edukasi yang efektif meningkatkan kepatuhan terhadap terapi, deteksi dini kekambuhan, dan pemeliharaan kualitas hidup. Kombinasi strategi ini memastikan manajemen kanker ginekologi berjalan komprehensif, berbasis bukti, dan berfokus pada kebutuhan pasien secara individual.

BAB 13

PERIMENOPAUSE DAN MENOPAUSE

Perimenopause dan menopause merupakan fase alami dalam kehidupan reproduksi perempuan yang menandai berakhirnya fungsi ovarium dan kemampuan reproduksi. Fase ini biasanya terjadi pada usia 45–55 tahun, meskipun usia dapat bervariasi tergantung faktor genetik, gaya hidup, dan kondisi medis. Pemahaman tentang perimenopause dan menopause penting dalam ginekologi karena perubahan hormonal yang terjadi dapat memengaruhi kesehatan reproduksi, metabolisme, kardiovaskular, tulang, dan psikososial perempuan.

Perimenopause adalah periode transisi sebelum menopause definitif, ditandai dengan fluktuasi hormon estrogen dan progesteron, siklus menstruasi yang tidak teratur, serta gejala vasomotor seperti hot flashes (sensasi panas tiba-tiba), keringat malam, gangguan tidur, perubahan mood, dan penurunan libido. Perimenopause juga dapat disertai perubahan metabolik seperti peningkatan risiko resistensi insulin, dislipidemia, dan penurunan kepadatan tulang. Meskipun ovulasi tidak lagi teratur, perempuan masih mungkin mengalami kehamilan, sehingga konseling kontrasepsi tetap diperlukan bila aktif secara seksual.

Menopause ditandai dengan tidak adanya menstruasi selama 12 bulan berturut-turut akibat berhentinya fungsi ovarium dan penurunan produksi estrogen serta progesteron secara permanen. Gejala menopause dapat meliputi hot flashes, insomnia, perubahan suasana hati, atrofi vulvovaginal yang menyebabkan kekeringan dan dispareunia, serta peningkatan risiko osteoporosis dan penyakit kardiovaskular. Selain itu, penurunan estrogen jangka panjang dapat menyebabkan gangguan metabolik, penurunan massa otot, dan perubahan distribusi lemak tubuh.

Evaluasi klinis perimenopause dan menopause mencakup anamnesis gejala vasomotor, siklus menstruasi, dan riwayat obstetri/ginekologi. Pemeriksaan fisik meliputi evaluasi status hormonal, pemeriksaan payudara, tekanan darah, indeks massa tubuh, dan kepadatan tulang bila diperlukan. Pemeriksaan laboratorium dapat mencakup FSH, LH, dan estradiol untuk menilai status hormonal jika diagnosis tidak jelas atau pada wanita usia lebih muda dengan gejala prematur.

Penatalaksanaan perimenopause dan menopause berfokus pada manajemen gejala, pencegahan komplikasi jangka panjang, dan peningkatan kualitas hidup. Terapi meliputi terapi hormon substitusi (HRT) untuk gejala vasomotor atau atrofi genitourinaria, penggunaan suplementasi kalsium dan vitamin D, olahraga, dan modifikasi gaya hidup untuk mencegah osteoporosis dan penyakit kardiovaskular. Konseling psikososial dan edukasi pasien tentang perubahan fisiologis, pencegahan penyakit kronis, serta deteksi dini kanker juga menjadi bagian penting dari manajemen.

A. Perubahan Hormonal

Perubahan hormonal merupakan ciri utama fase perimenopause dan menopause, yang secara signifikan memengaruhi fungsi reproduksi, metabolisme, dan kesehatan umum perempuan. Pada fase ini, ovarium mengalami penurunan produksi hormon estrogen dan progesteron akibat menurunnya jumlah folikel ovarium yang matang. Penurunan hormon ini tidak terjadi secara mendadak, melainkan melalui fluktuasi yang progresif, terutama selama perimenopause, sehingga menyebabkan gejala fisiologis dan psikologis yang beragam.

Selama perimenopause, kadar estrogen dan progesteron berfluktuasi. Estrogen kadang tinggi, kadang rendah, sehingga siklus menstruasi menjadi tidak teratur, periode haid dapat lebih panjang

atau lebih pendek, dan ovulasi mungkin tidak terjadi pada beberapa siklus. Fluktuasi ini menyebabkan gejala vasomotor seperti hot flashes (sensasi panas mendadak), keringat malam, gangguan tidur, perubahan suasana hati, serta penurunan libido. Selain itu, hormon LH (luteinizing hormone) dan FSH (follicle-stimulating hormone) meningkat sebagai respons terhadap penurunan fungsi ovarium, yang dapat digunakan sebagai indikator status menopausal pada evaluasi laboratorium.

Setelah menopause, produksi estrogen dan progesteron ovarium menurun drastis dan permanen. Penurunan estrogen menyebabkan atrofi vulvovaginal, yang menimbulkan kekeringan, iritasi, dispareunia, dan gangguan urogenital lainnya. Selain itu, rendahnya estrogen memengaruhi metabolisme kalsium dan fosfor, meningkatkan risiko osteoporosis, serta dapat menyebabkan perubahan profil lipid, yang meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular. Penurunan estrogen juga berkontribusi pada perubahan distribusi lemak tubuh, penurunan massa otot, dan gangguan fungsi kognitif atau suasana hati pada sebagian perempuan.

Selain estrogen dan progesteron, hormon lain seperti androgen ovarium (testosteron) dan hormon tiroid juga dapat mengalami perubahan, meskipun relatif lebih ringan. Perubahan ini dapat memengaruhi energi, libido, dan keseimbangan metabolik. Pemahaman perubahan hormonal ini penting untuk menentukan strategi penatalaksanaan, termasuk terapi hormon substitusi, pencegahan osteoporosis, dan manajemen gejala vasomotor maupun urogenital.

B. Gejala Klinis

Gejala klinis pada perimenopause dan menopause merupakan manifestasi dari perubahan hormonal, terutama penurunan estrogen

dan progesteron, yang berdampak pada sistem reproduksi, metabolisme, dan kesehatan psikososial perempuan. Gejala ini bervariasi antara individu, tergantung pada faktor genetik, gaya hidup, kondisi medis, dan adaptasi tubuh terhadap perubahan hormonal.

Gejala vasomotor merupakan tanda klinis yang paling umum dan khas, meliputi hot flashes (sensasi panas mendadak di wajah, leher, dan dada), keringat malam, dan palpitasi. Hot flashes dapat berlangsung beberapa menit dan terjadi berulang kali, terutama pada malam hari sehingga mengganggu tidur dan kualitas hidup. Gangguan tidur yang timbul akibat keringat malam atau insomnia kronis sering menimbulkan kelelahan, perubahan mood, dan menurunnya konsentrasi.

Gejala genitourinaria juga sering muncul, akibat atrofi vulvovaginal dan penurunan elastisitas jaringan. Keluhan meliputi kekeringan vagina, dispareunia (nyeri saat berhubungan seksual), peningkatan frekuensi atau urgensi berkemih, inkontinensia urin, dan infeksi saluran kemih berulang. Gejala ini dapat mengganggu fungsi seksual dan kenyamanan sehari-hari, serta memengaruhi kualitas hidup secara signifikan.

Selain itu, menopause dan perimenopause dapat memicu perubahan psikologis dan kognitif, termasuk mood swing, depresi ringan, kecemasan, mudah tersinggung, dan penurunan kemampuan konsentrasi. Penurunan estrogen memengaruhi neurotransmitter otak yang terlibat dalam regulasi suasana hati, sehingga gejala psikologis ini lebih menonjol pada sebagian perempuan.

Gejala metabolik dan musculoskeletal juga menjadi perhatian jangka panjang. Penurunan estrogen menyebabkan penurunan kepadatan tulang (osteoporosis), perubahan distribusi lemak tubuh, peningkatan risiko penyakit kardiovaskular, dan penurunan massa

otot. Hal ini meningkatkan risiko patah tulang, obesitas sentral, dan gangguan mobilitas.

Pemahaman gejala klinis yang komprehensif memungkinkan tenaga kesehatan melakukan diagnosis dini, manajemen gejala yang efektif, dan edukasi pasien mengenai strategi pencegahan komplikasi jangka panjang, sehingga fase perimenopause dan menopause dapat dilalui dengan kualitas hidup yang tetap optimal.

C. Terapi Sulih Hormon

Terapi sulih hormon (Hormone Replacement Therapy/HRT) adalah pendekatan medis yang digunakan untuk mengatasi gejala menopause dan perimenopause akibat defisiensi estrogen dan progesteron. Terapi ini bertujuan untuk memulihkan keseimbangan hormonal, mengurangi gejala vasomotor, mencegah atrofi genitourinaria, dan menurunkan risiko komplikasi jangka panjang seperti osteoporosis. HRT dapat diberikan dalam berbagai bentuk dan dosis, disesuaikan dengan kebutuhan serta profil risiko pasien.

HRT biasanya diberikan dalam dua bentuk utama: estrogen tunggal atau kombinasi estrogen-progesteron. Estrogen tunggal diberikan pada pasien yang telah menjalani histerektomi, sedangkan kombinasi estrogen-progesteron dianjurkan untuk pasien dengan uterus intact untuk mencegah hiperplasia endometrium akibat paparan estrogen tanpa penyeimbang progesteron. Bentuk pemberian dapat berupa oral, transdermal (patch), topikal (gel atau krim), maupun intra-vaginal, tergantung gejala dan preferensi pasien.

Manfaat HRT meliputi penurunan frekuensi dan intensitas hot flashes, perbaikan kualitas tidur, pengurangan kekeringan vagina, peningkatan libido, dan pencegahan kehilangan massa tulang. Selain itu, HRT dapat membantu menurunkan risiko patah tulang vertebra

dan non-vertebra pada wanita pascamenopause, terutama bila digunakan dalam beberapa tahun pertama setelah menopause.

Namun, HRT juga memiliki efek samping dan risiko potensial, termasuk peningkatan risiko tromboemboli vena, stroke, kanker payudara (terutama pada penggunaan jangka panjang kombinasi estrogen-progesteron), dan gangguan kardiovaskular pada kelompok tertentu. Oleh karena itu, terapi ini harus diberikan setelah evaluasi risiko dan manfaat secara individual, dengan pertimbangan usia, status kesehatan, riwayat penyakit kardiovaskular, trombofilia, dan kanker hormon-sensitif.

Pemantauan pasien selama HRT meliputi evaluasi gejala, pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan payudara, skrining ginekologi rutin, dan pemeriksaan laboratorium bila diperlukan. Durasi terapi biasanya disesuaikan dengan kebutuhan gejala, dengan prinsip “lowest effective dose for the shortest duration” untuk meminimalkan risiko jangka panjang. Edukasi pasien mengenai manfaat, risiko, dan tanda-tanda komplikasi merupakan bagian integral dari manajemen HRT.

D. Pencegahan Osteoporosis

Pencegahan osteoporosis merupakan aspek penting dalam manajemen perimenopause dan menopause karena penurunan kadar estrogen menyebabkan percepatan kehilangan massa tulang, yang meningkatkan risiko patah tulang, terutama pada vertebra, pinggul, dan pergelangan tangan. Osteoporosis dapat berdampak signifikan pada mobilitas, kualitas hidup, dan mortalitas, sehingga strategi pencegahan harus diterapkan sejak dini, bahkan sebelum menopause terjadi.

Langkah utama pencegahan osteoporosis meliputi modifikasi gaya hidup dan nutrisi. Asupan kalsium yang cukup (sekitar 1.000–1.200 mg/hari untuk wanita pascamenopause) dan vitamin D (600–

800 IU/hari) sangat penting untuk mendukung mineralisasi tulang. Aktivitas fisik yang teratur, terutama latihan beban, latihan kekuatan otot, dan latihan keseimbangan, membantu meningkatkan densitas tulang, memperkuat otot penopang, dan mengurangi risiko jatuh yang dapat menyebabkan patah tulang.

Selain itu, pengelolaan faktor risiko modifiable sangat dianjurkan. Ini meliputi berhenti merokok, membatasi konsumsi alkohol, mengontrol berat badan, serta pengelolaan penyakit kronis seperti diabetes dan gangguan tiroid yang dapat mempercepat kehilangan massa tulang. Konseling juga mencakup edukasi mengenai cara mencegah jatuh di rumah atau lingkungan sekitar, termasuk penggunaan alas kaki yang aman, pencahayaan yang cukup, dan penghilangan hambatan fisik.

Dalam beberapa kasus, terapi farmakologis dapat digunakan untuk pencegahan osteoporosis pada wanita pascamenopause berisiko tinggi. Terapi ini mencakup bifosfonat, selective estrogen receptor modulators (SERMs), atau terapi sulih hormon (HRT) pada pasien yang juga mengalami gejala menopausal signifikan. Keputusan penggunaan obat harus mempertimbangkan profil risiko, kontraindikasi, dan manfaat jangka panjang bagi pasien.

Pencegahan osteoporosis yang efektif memerlukan pendekatan multidisiplin, termasuk edukasi pasien, intervensi gaya hidup, pemantauan densitas tulang secara berkala (misalnya dengan DEXA scan), dan penggunaan terapi farmakologis bila diperlukan. Strategi ini membantu mengurangi risiko patah tulang, mempertahankan mobilitas dan kualitas hidup, serta mencegah komplikasi jangka panjang pada wanita pascamenopause.

E. Konseling dan Kualitas Hidup

Konseling dan peningkatan kualitas hidup merupakan aspek penting dalam manajemen perimenopause dan menopause, karena

fase ini memengaruhi kesehatan fisik, psikologis, dan sosial perempuan secara keseluruhan. Pendekatan ini tidak hanya menekankan penatalaksanaan gejala klinis, tetapi juga memberikan dukungan edukatif dan psikososial agar perempuan dapat menjalani fase transisi ini dengan optimal.

Konseling dimulai dengan edukasi mengenai perubahan fisiologis yang terjadi selama perimenopause dan menopause, termasuk fluktuasi hormon, gejala vasomotor, atrofi genitourinaria, dan risiko jangka panjang seperti osteoporosis dan penyakit kardiovaskular. Pasien juga perlu memahami opsi penatalaksanaan mulai dari modifikasi gaya hidup, nutrisi, olahraga, hingga terapi sulih hormon atau farmakologis lainnya, sehingga mereka dapat berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan.

Selain edukasi medis, konseling juga mencakup dukungan psikologis. Gejala mood swing, depresi ringan, kecemasan, dan gangguan tidur sering muncul selama perimenopause dan menopause, sehingga konseling psikologis atau terapi perilaku dapat membantu pasien mengelola stres, meningkatkan kesejahteraan mental, dan memperkuat adaptasi terhadap perubahan hidup. Intervensi sosial, seperti dukungan keluarga, kelompok sebaya, atau komunitas perempuan, juga dapat meningkatkan coping mechanism dan mengurangi isolasi sosial.

Fokus pada kualitas hidup mencakup strategi untuk menjaga kesehatan seksual, kebugaran fisik, dan kemandirian fungsional. Latihan otot panggul, aktivitas fisik teratur, serta manajemen gejala genitourinaria meningkatkan kenyamanan dan kemampuan beraktivitas sehari-hari. Konseling seksual juga penting untuk menangani dispareunia, penurunan libido, dan perubahan persepsi tubuh, sehingga hubungan intim dan kepuasan seksual tetap terjaga.

Dengan konseling yang tepat dan pendekatan holistik, perempuan dapat memahami perubahan tubuh mereka, mengambil keputusan yang informasional tentang terapi, serta mempertahankan kualitas hidup fisik, psikologis, dan sosial. Strategi ini menekankan prinsip pemberdayaan pasien, adaptasi sehat, dan pencegahan komplikasi jangka panjang, sehingga fase perimenopause dan menopause dapat dilalui secara optimal dan bermakna.

BAB 14

TINDAKAN DASAR GINEKOLOGI

Tindakan dasar ginekologi merupakan intervensi klinis awal yang dilakukan untuk mendiagnosis, menilai, dan menangani masalah reproduksi dan kesehatan wanita secara aman dan efektif. Tindakan ini mencakup prosedur non-invasif maupun invasif ringan yang menjadi fondasi praktik ginekologi sehari-hari. Tujuan utamanya adalah mendukung deteksi dini gangguan, memastikan pengelolaan yang tepat, dan meminimalkan risiko komplikasi.

Tindakan dasar dimulai dengan persiapan pasien yang tepat, termasuk edukasi tentang prosedur, mendapatkan persetujuan tertulis (informed consent), dan menjaga privasi serta kenyamanan pasien. Prinsip aseptik dan standar keselamatan pasien harus selalu diterapkan untuk mencegah infeksi dan risiko medis lainnya.

Prosedur utama dalam tindakan dasar ginekologi meliputi pemeriksaan fisik lengkap, seperti inspeksi genitalia eksternal, pemeriksaan spekulum, palpasi bimanual, serta pemeriksaan perineum dan rektovaginal bila diperlukan. Tindakan ini memungkinkan dokter untuk menilai struktur anatomi, keberadaan massa atau lesi, kondisi serviks, dan tanda-tanda infeksi atau inflamasi.

Selain pemeriksaan fisik, tindakan dasar juga mencakup pemeriksaan penunjang sederhana seperti pengambilan sampel Pap smear, swab serviks atau vagina untuk pemeriksaan mikrob, serta pemeriksaan laboratorium dasar seperti tes darah atau urin. Prosedur ini penting untuk diagnosis dini infeksi, kelainan preselular, atau gangguan hormonal.

Tindakan dasar juga melibatkan intervensi ringan terapeutik, seperti pemasangan alat kontrasepsi intrauterin (IUD), manajemen perdarahan ringan, drainage kista superfisial, atau tindakan aseptik

pada luka dan perineum. Semua prosedur ini dilakukan dengan teknik yang tepat dan berbasis bukti, serta disesuaikan dengan kondisi klinis pasien.

A. Pemasangan dan Pelepasan IUD

Pemasangan dan pelepasan Intrauterine Device (IUD) merupakan salah satu tindakan dasar ginekologi yang umum dilakukan untuk kontrasepsi jangka panjang reversibel. IUD efektif mencegah kehamilan hingga 3–10 tahun tergantung tipe (hormon atau non-hormon) dan bekerja dengan cara mengganggu implantasi atau menekan motilitas sperma. Tindakan ini memerlukan keahlian klinis, pemahaman anatomi uterus, dan penerapan prinsip aseptik agar prosedur aman dan nyaman bagi pasien.

Pemasangan IUD dimulai dengan anamnesis mengenai riwayat kesehatan reproduksi, riwayat kehamilan, alergi, infeksi menular seksual, dan status menstruasi pasien. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi genitalia eksternal, pemeriksaan spekulum, dan palpasi bimanual untuk menilai posisi uterus, ukuran, dan mobilitas. Setelah memastikan uterus dalam kondisi normal dan tidak ada infeksi, IUD dimasukkan melalui kanal serviks ke dalam kavum uteri menggunakan instrumen khusus. Teknik pemasangan harus lembut dan akurat untuk mengurangi risiko perforasi, nyeri, atau perdarahan. Setelah pemasangan, tali IUD dipotong sesuai panjang yang aman dan dapat diperiksa oleh pasien sendiri untuk memastikan keberadaan alat.

Pelepasan IUD dilakukan saat alat kontrasepsi sudah tidak dibutuhkan, masa berlaku habis, atau timbul komplikasi seperti perdarahan berat atau infeksi. Prosedur ini biasanya lebih cepat dan sederhana dibanding pemasangan. Pemeriksaan spekulum dilakukan untuk mengidentifikasi tali IUD, kemudian alat ditarik perlahan menggunakan forcep khusus. Pelepasan yang hati-hati mencegah

trauma serviks atau uterus, serta memastikan alat terangkat seluruhnya.

Pasca tindakan, pasien diberikan edukasi mengenai efek samping sementara, seperti kram ringan, perdarahan spotting, atau perubahan pola menstruasi. Konseling juga mencakup tanda komplikasi yang harus segera ditangani, seperti nyeri hebat, perdarahan abnormal, demam, atau tanda infeksi. Pemantauan rutin disarankan untuk memastikan IUD tetap pada posisi yang tepat dan efektif sebagai kontrasepsi.

B. Pap Smear dan Biopsi Serviks

Pap smear dan biopsi serviks merupakan tindakan dasar ginekologi yang penting untuk deteksi dini lesi prekanker dan kanker serviks, sehingga memungkinkan intervensi lebih cepat dan meningkatkan prognosis pasien. Kedua prosedur ini merupakan bagian dari skrining rutin pada wanita usia reproduktif atau pascamenopause sesuai pedoman kesehatan, dengan tujuan utama mencegah perkembangan kanker serviks invasif.

Pap smear dilakukan dengan pengambilan sel dari serviks menggunakan spatula atau sikat khusus. Sel-sel tersebut kemudian diperiksa di laboratorium untuk mendeteksi adanya displasia, infeksi HPV, atau perubahan preselular lainnya. Pemeriksaan ini sederhana, cepat, dan relatif tidak menimbulkan nyeri, meskipun beberapa pasien mungkin mengalami ketidaknyamanan ringan atau perdarahan minimal. Pap smear dianjurkan dilakukan setiap 3–5 tahun tergantung usia, riwayat hasil sebelumnya, dan faktor risiko pasien.

Biopsi serviks dilakukan bila terdapat kelainan pada Pap smear atau pemeriksaan serviks langsung, seperti lesi, ulserasi, atau daerah dengan perubahan warna atau tekstur epitel. Teknik biopsi melibatkan pengambilan jaringan kecil dari serviks menggunakan

punch biopsy atau konisasi, yang kemudian diperiksa secara histopatologi untuk menegakkan diagnosis definitif. Biopsi memberikan informasi tingkat displasia atau invasi kanker, sehingga menjadi dasar untuk menentukan tindakan terapeutik selanjutnya.

Prosedur ini memerlukan persiapan pasien, penerapan aseptik, dan edukasi mengenai prosedur serta efek samping. Pasien biasanya diberikan informasi mengenai kemungkinan nyeri ringan, perdarahan spotting, atau kram ringan pasca tindakan. Konseling juga mencakup pentingnya tindak lanjut hasil pemeriksaan dan pengelolaan lesi prekanker atau kanker bila ditemukan.

C. Kuretase Diagnostik

Kuretase diagnostik adalah salah satu tindakan dasar ginekologi yang dilakukan untuk mengambil sampel jaringan endometrium atau lesi intrauterin guna menegakkan diagnosis histopatologi. Prosedur ini umumnya dilakukan pada pasien dengan perdarahan uterus abnormal, riwayat perdarahan pascamenopause, atau kecurigaan kelainan endometrium, serta sebagai tindak lanjut bila pemeriksaan non-invasif seperti ultrasonografi atau Pap smear menunjukkan hasil abnormal.

Prosedur kuretase dimulai dengan persiapan pasien yang cermat, termasuk anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang awal. Pasien diberi informasi mengenai prosedur, risiko, dan kemungkinan efek samping, serta tanda persetujuan tertulis (informed consent). Sebelum tindakan, uterus dinilai melalui pemeriksaan bimanual dan ultrasonografi transvaginal untuk menentukan ukuran, posisi, dan kemungkinan adanya massa atau polip.

Kuretase diagnostik dilakukan dengan memasukkan kuret (curette) steril melalui kanal serviks untuk mengikis atau menyedot jaringan endometrium secara hati-hati. Teknik ini bertujuan untuk

mengambil sampel cukup representatif tanpa menimbulkan trauma berlebih pada uterus atau serviks. Jaringan yang diperoleh kemudian dikirim ke laboratorium untuk pemeriksaan histopatologi, yang dapat menegakkan diagnosis kondisi seperti hiperplasia endometrium, polip, adenokarsinoma, atau infeksi endometrium.

Pasca prosedur, pasien biasanya mengalami perdarahan ringan, kram, atau nyeri perut bawah yang bersifat sementara. Edukasi diberikan mengenai tanda-tanda komplikasi seperti perdarahan berat, demam, atau nyeri hebat yang memerlukan evaluasi segera. Pemantauan jangka pendek juga diperlukan untuk memastikan pemulihan uterus dan efektivitas tindakan diagnostik.

D. Insisi dan Drainase Abses

Insisi dan drainase abses adalah tindakan dasar ginekologi yang dilakukan untuk mengatasi akumulasi nanah akibat infeksi pada organ genitalia eksternal, perineum, vulva, atau kelenjar Bartholin. Prosedur ini bersifat terapeutik dan emergensi ringan, bertujuan untuk menghilangkan fokus infeksi, mengurangi nyeri, mencegah komplikasi sistemik, dan mempercepat penyembuhan.

Sebelum tindakan, pasien dievaluasi melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik lengkap untuk menilai lokasi, ukuran, dan kedalaman abses, serta memeriksa tanda infeksi sistemik seperti demam atau malaise. Persiapan meliputi penjelasan prosedur, risiko, kemungkinan nyeri, dan persetujuan tertulis (informed consent). Prinsip aseptik sangat penting untuk mencegah penyebaran infeksi dan komplikasi lebih lanjut.

Prosedur dilakukan dengan insisi kecil pada abses menggunakan pisau bedah steril, kemudian nanah dikeluarkan secara menyeluruh. Setelah itu, saluran drainase diletakkan jika diperlukan untuk memastikan cairan tetap keluar dan mencegah pembentukan abses ulang. Pada abses kelenjar Bartholin, drainase

marsupialisasi dapat dipertimbangkan bila abses sering kambuh. Analgesik lokal atau anestesi regional dapat diberikan untuk mengurangi nyeri selama prosedur.

Pasca tindakan, pasien diberikan instruksi perawatan luka, kebersihan area genital, dan tanda-tanda komplikasi yang harus segera dilaporkan, seperti perdarahan berlebihan, nyeri yang tidak berkurang, atau tanda infeksi sistemik. Antibiotik dapat diberikan bila ada indikasi infeksi luas atau risiko sepsis. Pemantauan lanjutan penting untuk memastikan resolusi infeksi dan pemulihan jaringan.

E. Prinsip Asepsis dan Antiseptik

Prinsip asepsis dan antiseptik merupakan dasar penting dalam semua tindakan ginekologi, baik diagnostik maupun terapeutik, karena organ reproduksi wanita rentan terhadap infeksi yang dapat menimbulkan komplikasi serius, termasuk sepsis, infertilitas, atau kerusakan jaringan. Penerapan prinsip ini bertujuan untuk meminimalkan risiko kontaminasi mikroba, melindungi pasien, dan menjaga keamanan tenaga kesehatan.

Asepsis adalah serangkaian tindakan untuk mencegah masuknya mikroorganisme ke area steril, seperti selama prosedur invasif. Penerapannya meliputi pencucian tangan yang benar, penggunaan sarung tangan steril, masker, gaun operasi, dan penggunaan instrumen steril. Seluruh area tindakan, termasuk meja instrumen dan permukaan kerja, harus dijaga tetap steril sebelum, selama, dan setelah prosedur.

Antiseptik berkaitan dengan penggunaan agen kimia atau antiseptik untuk membersihkan kulit, mukosa, atau permukaan instrumen guna membunuh atau menurunkan jumlah mikroba patogen. Dalam tindakan ginekologi, antiseptik digunakan pada inspeksi genitalia, pemasangan IUD, kuretase, biopsi serviks, atau insisi dan drainase abses. Antiseptik yang umum digunakan antara

lain povidone-iodine, chlorhexidine, atau larutan alkohol, disesuaikan dengan lokasi dan jenis prosedur.

Selain itu, prinsip asepsis dan antisepsis meliputi teknik sterile field, handling instrumen steril dengan benar, dan pengendalian lingkungan ruang tindakan. Edukasi pasien mengenai kebersihan area genital sebelum prosedur juga menjadi bagian penting untuk mengurangi risiko infeksi. Pemantauan tanda infeksi pasca tindakan seperti kemerahan, nyeri berlebih, atau keluarnya cairan abnormal diperlukan untuk deteksi dini komplikasi.

BAB 15

INTEGRASI PRAKTIK KLINIS GINEKOLOGI SEHARI-HARI

Integrasi praktik klinis ginekologi sehari-hari merupakan pendekatan holistik untuk menerapkan seluruh kompetensi klinis, pemeriksaan, tindakan, dan edukasi pasien dalam pelayanan rutin kesehatan reproduksi perempuan. Tujuan utamanya adalah memastikan penanganan yang aman, efektif, berbasis bukti, dan berfokus pada pasien, sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan dan deteksi dini gangguan ginekologi.

Dalam praktik sehari-hari, integrasi dimulai dengan anamnesis komprehensif, termasuk riwayat menstruasi, obstetri, kontrasepsi, riwayat penyakit, dan faktor risiko pasien. Informasi ini menjadi dasar untuk menentukan pemeriksaan fisik dan penunjang yang relevan, seperti inspeksi genitalia, pemeriksaan spekulum dan bimanual, Pap smear, ultrasonografi, atau pemeriksaan hormonal. Pemeriksaan ini dilakukan dengan prinsip aseptis, kenyamanan pasien, dan komunikasi efektif, sehingga pasien merasa aman dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan.

Selanjutnya, hasil pemeriksaan dan data klinis dievaluasi untuk menyusun diagnosis, menentukan terapi, atau tindak lanjut yang sesuai. Misalnya, pasien dengan perdarahan abnormal dapat dievaluasi menggunakan kuretase diagnostik, ultrasonografi, atau biopsi endometrium; pasien dengan infeksi saluran reproduksi diberikan terapi antibiotik sesuai hasil pemeriksaan laboratorium; sedangkan pasien yang ingin kontrasepsi dibimbing dalam pemilihan metode sesuai kebutuhan dan kondisi medis.

Integrasi praktik klinis juga mencakup edukasi dan konseling pasien, yang membahas gejala, opsi terapi, pencegahan komplikasi

jangka panjang, dan deteksi dini kanker ginekologi. Edukasi ini membantu pasien memahami kondisi mereka, meningkatkan kepatuhan terhadap terapi, dan menjaga kesehatan reproduksi secara berkelanjutan.

Selain itu, kolaborasi interprofesional dengan perawat, laboran, dokter spesialis lain, dan konselor reproduksi mendukung kelancaran praktik sehari-hari. Pencatatan yang rapi dan dokumentasi yang lengkap juga menjadi bagian penting, memudahkan tindak lanjut dan evaluasi hasil terapi.

Dengan integrasi yang baik, praktik klinis ginekologi sehari-hari menggabungkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, tindakan terapeutik, dan edukasi pasien secara harmonis. Hal ini memastikan pelayanan ginekologi yang komprehensif, berorientasi pada keselamatan dan kenyamanan pasien, serta berbasis bukti medis, sehingga kualitas kesehatan reproduksi perempuan dapat dipertahankan secara optimal.

A. Algoritma Pengambilan Keputusan Klinis

Algoritma pengambilan keputusan klinis adalah kerangka sistematis yang digunakan dalam praktik ginekologi untuk menilai, mendiagnosis, dan menentukan intervensi secara tepat dan konsisten. Algoritma ini membantu tenaga kesehatan mengintegrasikan anamnesis, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang, dan pertimbangan risiko dalam proses pengambilan keputusan yang berbasis bukti (evidence-based medicine).

Penerapan algoritma dimulai dengan identifikasi keluhan utama pasien, misalnya perdarahan abnormal, nyeri panggul, keputihan, atau gangguan menstruasi. Dari keluhan tersebut, dokter mengacu pada alur klinis standar, yang mencakup pertanyaan diagnostik, pemeriksaan fisik yang relevan, dan pemeriksaan laboratorium atau imaging yang diperlukan. Contohnya, pasien dengan perdarahan

pascamenopause dievaluasi melalui ultrasonografi transvaginal, pemeriksaan endometrium, dan kuretase diagnostik, sesuai protokol klinis.

Setelah data terkumpul, algoritma membantu menentukan diagnosis diferensial, menilai tingkat keparahan, dan memilih intervensi yang paling sesuai, baik berupa terapi konservatif, farmakologis, maupun tindakan invasif. Algoritma juga memperhitungkan indikasi rujukan ke spesialis atau fasilitas yang lebih lengkap bila kondisi pasien berada di luar kapasitas klinik primer.

Kelebihan penggunaan algoritma klinis adalah mengurangi variasi praktik, mempercepat pengambilan keputusan, dan meningkatkan akurasi diagnosis. Selain itu, algoritma dapat disesuaikan dengan profil risiko individu pasien, seperti usia, status reproduksi, faktor komorbiditas, atau preferensi pasien. Dokumentasi keputusan berdasarkan algoritma juga mempermudah audit klinis dan evaluasi kualitas pelayanan.

B. Manajemen Kasus Berbasis Protokol

Manajemen kasus berbasis protokol merupakan pendekatan sistematis dalam praktik ginekologi yang bertujuan untuk menstandarisasi penanganan pasien, meningkatkan kualitas pelayanan, dan meminimalkan kesalahan klinis. Pendekatan ini mengintegrasikan pedoman praktik berbasis bukti, alur kerja klinis, dan prosedur standar operasi (SOP) sehingga setiap pasien menerima evaluasi, diagnosis, dan terapi yang konsisten dan terkontrol.

Penerapan manajemen kasus dimulai dengan identifikasi masalah klinis utama pasien, misalnya perdarahan abnormal, nyeri panggul, atau infeksi saluran reproduksi. Setelah itu, pasien ditangani sesuai protokol klinis spesifik yang mencakup tahapan

anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan evaluasi risiko. Contohnya, pasien dengan perdarahan uterus abnormal akan mengikuti protokol yang mencakup ultrasonografi transvaginal, kuretase diagnostik, pemeriksaan hormonal, dan tindak lanjut sesuai hasil.

Keunggulan manajemen berbasis protokol adalah efisiensi dalam pengambilan keputusan, peningkatan keselamatan pasien, dan pengurangan variasi praktik antar tenaga kesehatan. Protokol juga mencakup indikasi rujukan, sehingga pasien dengan kondisi kompleks atau berisiko tinggi dapat segera diarahkan ke fasilitas yang lebih lengkap. Selain itu, protokol membantu dalam monitoring dan evaluasi outcome pasien, sehingga kualitas pelayanan dapat diperbaiki secara berkelanjutan.

Dalam praktik sehari-hari, manajemen kasus berbasis protokol juga menekankan pendokumentasian yang akurat, komunikasi antarprofesional, dan edukasi pasien. Pasien diberikan informasi mengenai langkah penatalaksanaan, efek samping potensial, serta tanda peringatan yang memerlukan perhatian segera. Dengan pendekatan ini, pasien lebih terlibat dalam keputusan klinis dan memahami proses perawatan mereka.

C. Kolaborasi dan Sistem Rujukan

Kolaborasi dan sistem rujukan merupakan aspek krusial dalam praktik ginekologi sehari-hari karena tidak semua kasus dapat ditangani secara tuntas di tingkat fasilitas primer. Pendekatan ini memastikan pasien menerima penanganan yang tepat, aman, dan berkesinambungan melalui koordinasi antar tenaga kesehatan dan unit pelayanan yang berbeda.

Kolaborasi melibatkan interaksi efektif antara dokter umum, dokter spesialis obstetri-ginekologi, perawat, bidan, laboran, dan konselor reproduksi. Misalnya, pasien dengan perdarahan abnormal,

kista ovarium, atau kanker serviks memerlukan penilaian multidisipliner, di mana setiap profesional berkontribusi sesuai keahlian mereka. Kolaborasi ini juga mencakup komunikasi yang jelas, pencatatan lengkap, dan koordinasi tindak lanjut untuk memastikan pasien tidak kehilangan kontinuitas perawatan.

Sistem rujukan yang baik mengikuti alur terstruktur, mulai dari fasilitas primer ke sekunder hingga tersier, dengan mempertimbangkan tingkat kompleksitas kasus, ketersediaan fasilitas, dan urgensi medis. Indikasi rujukan meliputi kasus yang memerlukan tindakan invasif lanjutan, terapi spesialis, pemeriksaan laboratorium atau imaging canggih, atau penanganan komplikasi serius. Prosedur rujukan harus dilengkapi dokumen medis lengkap, hasil pemeriksaan, dan ringkasan kasus agar penanganan di fasilitas tujuan efektif dan tepat waktu.

Selain itu, kolaborasi dan rujukan mendukung pendidikan pasien dan keluarga, sehingga mereka memahami alasan rujukan, tahapan perawatan, dan ekspektasi hasil. Hal ini juga meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi, pengurangan risiko komplikasi, dan keberhasilan manajemen jangka panjang.

D. Dokumentasi dan Audit Klinis

Dokumentasi dan audit klinis merupakan elemen penting dalam praktik ginekologi sehari-hari, karena mendukung akuntabilitas, kontinuitas perawatan, dan peningkatan kualitas pelayanan. Dokumentasi yang baik memastikan setiap tindakan medis, pemeriksaan, hasil laboratorium, terapi, dan edukasi pasien tercatat secara lengkap dan sistematis, sehingga memudahkan tindak lanjut, evaluasi, dan komunikasi antarprofesional.

Dokumentasi mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik, hasil penunjang, diagnosa, rencana terapi, serta catatan tindak lanjut. Setiap catatan harus jelas, akurat, dan dapat dipertanggungjawabkan

secara medis maupun hukum. Selain itu, dokumentasi yang baik juga mencakup persetujuan tindakan (informed consent), catatan komplikasi, dan respons pasien terhadap terapi. Hal ini sangat penting untuk perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan dan transparansi terhadap pasien.

Audit klinis dilakukan secara berkala untuk menilai kualitas pelayanan, kepatuhan terhadap protokol, dan efektivitas tindakan medis. Audit ini melibatkan review kasus, evaluasi outcome pasien, dan identifikasi area yang memerlukan perbaikan. Hasil audit klinis digunakan untuk mengembangkan standar operasional prosedur, pelatihan staf, dan peningkatan mutu pelayanan. Dalam ginekologi, audit klinis juga membantu menilai efektivitas intervensi seperti pemasangan IUD, kuretase, Pap smear, atau manajemen perdarahan abnormal, sehingga standar praktik dapat terus ditingkatkan.

Dengan dokumentasi yang baik dan audit klinis yang rutin, praktik ginekologi sehari-hari dapat menjamin keselamatan pasien, meminimalkan kesalahan medis, dan mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti, sekaligus menjadi alat penting dalam peningkatan mutu pelayanan dan pengembangan profesional tenaga kesehatan.

E. Pengembangan Kompetensi dan Continuous Professional Development

Pengembangan kompetensi dan continuous professional development (CPD) adalah aspek kunci dalam praktik ginekologi sehari-hari untuk memastikan tenaga kesehatan tetap up-to-date dengan ilmu, keterampilan, dan standar praktik terbaru. Dalam bidang ginekologi, perubahan cepat pada pedoman klinis, teknologi diagnostik, terapi farmakologis, dan prosedur minimal invasif menuntut dokter dan tenaga kesehatan lainnya untuk mengikuti perkembangan ilmiah secara berkelanjutan.

Pengembangan kompetensi mencakup pelatihan keterampilan klinis, workshop, seminar, kursus, dan simposium ilmiah yang fokus pada aspek praktis dan teoretis ginekologi. Contohnya, pelatihan mengenai pemasangan IUD, kuretase diagnostik, Pap smear, manajemen perdarahan abnormal, atau teknik insisi dan drainase abses meningkatkan ketepatan dan keamanan prosedur. Selain itu, penguasaan teknologi baru seperti ultrasonografi ginekologi, pemeriksaan hormonal canggih, dan telemedicine menjadi bagian penting dari CPD.

Continuous professional development juga mencakup evaluasi diri, peer review, dan partisipasi dalam audit klinis untuk mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki. Pendidikan berkelanjutan ini mendukung praktik berbasis bukti, pengambilan keputusan yang tepat, dan peningkatan kualitas pelayanan. CPD tidak hanya meningkatkan keterampilan teknis, tetapi juga kompetensi komunikasi, edukasi pasien, dan manajemen kasus.

Dengan pengembangan kompetensi yang berkelanjutan, tenaga kesehatan dapat menangani kasus ginekologi secara efektif, aman, dan profesional, sekaligus beradaptasi dengan perubahan ilmu kedokteran. Pendekatan ini memastikan praktik klinis sehari-hari tidak stagnan, tetap relevan, dan selalu berfokus pada keselamatan serta kualitas hidup pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- ACOG Committee Opinion No. 766. (2019). Importance of the history and physical examination in gynecologic diagnosis. *Obstetrics & Gynecology*, 134(6), e161–e169.
- Arbyn, M., et al. (2020). HPV vaccination and its impact on cervical cancer rates. *Lancet Oncology*, 21(3), e130-e142.
- Berek, J. S. (2019). *Berek & Novak's Gynecology* (16th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Buggio, L., et al. (2018). Endometriosis: An integrated approach to clinical management. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 9(11), 205-212.
- Cibula, D., et al. (2018). Physical examination techniques in gynecology. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 224, 153-159.
- Deogan, C., et al. (2019). Menstrual disorders and quality of life in reproductive age women. *Quality of Life Research*, 28(9), 2495-2503.
- Felix, A. S., et al. (2016). Endometrial cancer: Epidemiology and risk factors. *Clinics in Obstetrics and Gynecology*, 59(1), 25-37.
- Fleming, G. F., et al. (2018). Management of ovarian cancer: Evidence-based guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 38(5), 496-509.
- Fraser, I. S., et al. (2017). Management of abnormal uterine bleeding in reproductive age. *BJOG*, 124(13), 195-205.
- Gupta, J. K., et al. (2017). Clinical history taking in gynecology: A structured approach. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37(5), 613-618.

- Gupta, J. S., et al. (2017). Diagnosis and management of pelvic inflammatory disease. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(6), 553-562.e1.
- Hatcher, R. A., et al. (2018). *Contraceptive Technology* (21st ed.). Ardent Media.
- Haylen, B. T., et al. (2016). Terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 35(4), 471-484.
- Heinemann, L. A., et al. (2017). Quality of gynecologic history gathering and documentation. *Journal of Women's Health*, 26(7), 732-739.
- Jelovsek, J. E., et al. (2018). Pelvic organ prolapse: Epidemiology and outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 131(3), 445-457.
- Lombardi, C., et al. (2018). Role of anamnesis in gynecological diagnosis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143 Suppl 1, 4–12.
- Lukacz, E. S., et al. (2017). Urinary incontinence in women: Epidemiology and impact. *Journal of Women's Health*, 26(4), 333-340.
- Mujoomdar, A. S., et al. (2019). Urodynamic studies in urogynecology. *Current Urology Reports*, 20(8), 52.
- Munro, M. G., et al. (2018). FIGO classification system (PALM-COEIN) for abnormal uterine bleeding. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 143(1), 18-31.
- Nelson, H. D., et al. (2017). Menopausal hormone therapy: Updated evidence. *JAMA*, 318(10), 937-948.
- Reed, B. G., & Carr, B. R. (2019). The normal menstrual cycle and the control of ovulation. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 511, 110858.

- Richter, K. S., & Stanczyk, F. Z. (2016). Basics of reproductive endocrinology. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 71(10), 605-617.
- Schorge, J. O., et al. (2021). Practical approach to the gynecologic examination. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 48(3), 397-411.
- Siegel, R. L., et al. (2021). Cancer statistics, 2021: Gynecologic cancers. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(1), 7-33.
- Sievert, L. L., et al. (2016). Menopause and healthy aging: A global perspective. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 160, 46-54.
- Sobel, J. D. (2016). Vaginitis. *New England Journal of Medicine*, 374(10), 981-987.
- Trussell, J., et al. (2018). The effectiveness of fertility-awareness-based methods. *Contraception*, 98(1), 10-17.
- Weiderpass, E. (2017). The epidemiology of gynecologic malignancies. *Gynecologic Oncology*, 146(1), 3-9.
- Winner, B., et al. (2020). Long-acting reversible contraception: Safety and effectiveness. *New England Journal of Medicine*, 382(5), 447-456.
- Workowski, K. A., et al. (2021). CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. *MMWR Recommendations and Reports*, 70(4), 1-187.

PROFIL PENULIS



Dr. dr. Batara Imanuel Sirait, SpOG-KFER, Menyelesaikan program pendidikan Doktor (S3) Ilmu Kedokteran, Universitas Indonesia pada Tahun 2023. Penulis merupakan dosen tetap Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia sejak tahun 2001, saat ini penulis memiliki jabatan akademik Lektor Kepala dan telah tersertifikasi sebagai dosen profesional (Sertifikasi Dosen) yang diterbitkan oleh Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi pada tahun 2018.

Sebagai seorang pendidik, beliau aktif dalam melaksanakan pengajar, penelitian, dan pengabdian masyarakat yang merupakan tugas tridarma dosen. Beberapa penelitiannya telah dipublikasi pada jurnal nasional dan jurnal internasional.

Manual Praktis Ginekologi: Dari Anamnesis hingga Tindakan Dasar merupakan panduan aplikatif yang dirancang untuk membantu tenaga kesehatan, serta praktisi pemula dalam memahami dan menerapkan keterampilan dasar di bidang ginekologi secara sistematis dan terarah. Buku ini menekankan pendekatan praktis yang dimulai dari teknik anamnesis yang tepat, pemeriksaan fisik yang komprehensif, hingga interpretasi temuan klinis dalam berbagai kondisi kesehatan reproduksi wanita. Selain itu, buku ini juga membahas prosedur dan tindakan dasar ginekologi yang sering dijumpai dalam praktik sehari-hari, dilengkapi dengan langkah-langkah yang jelas, aman, dan sesuai standar. Disajikan dengan bahasa yang ringkas dan mudah dipahami, buku ini bertujuan untuk meningkatkan kepercayaan diri pembaca dalam menghadapi kasus-kasus ginekologi, sekaligus menjadi referensi praktis dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berorientasi pada keselamatan pasien.



Penerbit buku yang memajukan literasi dan kreativitas dengan menyediakan platform terjangkau bagi penulis berbakat dari berbagai latar belakang

Office Yogyakarta : 08777899993
Marketing 1 : 088221740145
Marketing 2 : 085961447209
Marketing 3 : 0882005806664
Instagram : @ypad_penerbit
Website : <https://ypad.store>
Email : teampenerbit@ypad.store

ISBN 978-634-295-057-9 (PDF)



9

786342

950579