



# BUKU REFERENSI GINEKOLOGI

UNTUK KOAS  
DAN DOKTER MUDA



**dr. Abitmer Gultom, Sp.OG**

**BUKU REFERENSI GINEKOLOGI UNTUK  
KOAS DAN DOKTER MUDA**

**dr. Abitmer Gultom, Sp.OG**

## **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).

# **BUKU REFERENSI GINEKOLOGI UNTUK KOAS DAN DOKTER MUDA**

**dr. Abitmer Gultom, Sp.OG**



**YAYASAN PUTRA ADI DHARMA**

# **BUKU REFERENSI GINEKOLOGI UNTUK KOAS DAN DOKTER MUDA**

**Penulis :**

dr. Abitmer Gultom, Sp.OG

**ISBN :** 978-634-295-113-2

**IKAPI :** No.498/JBA/2024

**Editor :**

Dr. dr. Batara Imanuel Sirait, SpOG-KFER

**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 s

Website : <https://ypad.store>

Email : [teampenerbit@ypad.store](mailto:teampenerbit@ypad.store)

**Cetakan Pertama** April 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 dengan baik. Buku ini disusun sebagai panduan komprehensif bagi mahasiswa kedokteran, dokter residen, dan tenaga kesehatan yang ingin memahami prinsip-prinsip dasar ginekologi, mulai dari anatomi dan fisiologi reproduksi wanita, anamnesis, pemeriksaan klinis, hingga penatalaksanaan gangguan ginekologi yang umum dijumpai di praktik klinis.

Dalam penyusunan buku ini, penulis menekankan pendekatan berbasis kasus, integrasi teori dan praktik, serta keselamatan dan etika klinis sebagai fondasi utama pembelajaran ginekologi. Materi disajikan secara sistematis, mulai dari konsep dasar, pemeriksaan penunjang, gangguan siklus menstruasi, infeksi, gangguan endokrin, infertilitas, kontrasepsi, tumor dan kanker ginekologi, hingga uroginekologi dan keterampilan klinis. Setiap bab dilengkapi dengan ilustrasi, tabel, dan referensi terbaru dari jurnal internasional yang relevan, agar pembaca mendapatkan pemahaman yang mendalam dan aplikatif.

Buku ini diharapkan dapat menjadi sumber rujukan yang praktis dan ilmiah, mempermudah mahasiswa dan tenaga kesehatan dalam memahami kompleksitas masalah ginekologi, meningkatkan kemampuan clinical reasoning, serta membangun kompetensi profesional yang aman, etis, dan efektif. Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik, saran, dan masukan dari para pembaca sangat diharapkan demi penyempurnaan edisi berikutnya.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan, masukan, dan motivasi selama proses penyusunan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu kedokteran, praktik klinik, dan kesehatan reproduksi wanita secara luas.

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>BAB 1 KONSEP DASAR GINEKOLOGI KLINIS .....</b>	<b>1</b>
A. Ruang Lingkup Ginekologi .....	1
B. Peran dan Kompetensi Klinisi .....	2
C. Pendekatan Klinis Berbasis Masalah.....	3
D. Etika dan Aspek Profesional.....	5
E. Keselamatan Pasien dalam Ginekologi .....	6
<b>BAB 2 ANATOMI KLINIS SISTEM REPRODUKSI WANITA .</b>	<b>8</b>
.....	
A. Anatomi Internal Reproduksi .....	9
B. Anatomi Eksternal Reproduksi.....	10
C. Vaskularisasi dan Inervasi.....	11
D. Hubungan Anatomi Klinis .....	12
E. Variasi Anatomi dan Implikasi Klinis.....	14
<b>BAB 3 ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN GINEKOLOGI....</b>	<b>16</b>
.....	
A. Anamnesis Ginekologi yang Komprehensif.....	17
B. Riwayat Menstruasi dan Obstetri.....	19
C. Pemeriksaan Fisik Umum.....	20
D. Pemeriksaan Ginekologi (Inspeksi, Spekulum, Bimanual) ...	21
.....	
E. Dokumentasi dan Rekam Medis .....	23

<b>BAB 4 PEMERIKSAAN PENUNJANG DALAM GINEKOLOGI.....</b>	<b>25</b>
A. Pemeriksaan Laboratorium .....	26
B. Ultrasonografi (USG) Ginekologi .....	28
C. Pap Smear dan IVA.....	29
D. Pemeriksaan Hormon Reproduksi .....	31
E. Interpretasi Hasil Pemeriksaan .....	32
<b>BAB 5 GANGGUAN SIKLUS MENSTRUASI .....</b>	<b>35</b>
A. Amenore .....	36
B. Oligomenore dan Polimenore .....	38
C. Menoragia dan Metroragia .....	40
D. Dismenore.....	42
E. Pendekatan Diagnosis dan Tatalaksana .....	43
<b>BAB 6 INFEKSI SALURAN REPRODUKSI WANITA.....</b>	<b>46</b>
A. Vaginitis (Bakterial, Jamur, Trikomoniasis) .....	47
B. Servisitits .....	49
C. Penyakit Radang Panggul (PID).....	51
D. Infeksi Menular Seksual (IMS) .....	53
E. Penatalaksanaan dan Pencegahan .....	54
<b>BAB 7 GANGGUAN ENDOKRIN REPRODUKSI.....</b>	<b>57</b>
A. Sindrom Ovarium Polikistik (PCOS) .....	59
B. Hiperprolaktinemia .....	60
C. Gangguan Tiroid pada Wanita .....	62
D. Menopause dan Perimenopause.....	64

E. Terapi Hormonal.....	66
<b>BAB 8 INFERTILITAS .....</b>	<b>68</b>
A. Definisi dan Epidemiologi Infertilitas .....	70
B. Faktor Penyebab pada Wanita.....	71
C. Evaluasi dan Diagnosis Infertilitas .....	73
D. Penatalaksanaan Infertilitas .....	75
E. Teknologi Reproduksi Berbantu .....	77
<b>BAB 9 KONTRASEPSI DAN KELUARGA BERENCANA....</b>	<b>80</b>
A. Metode Kontrasepsi Hormonal.....	82
B. Metode Kontrasepsi Non-Hormonal.....	83
C. Kontrasepsi Jangka Panjang (IUD, Implan) .....	85
D. Konseling Pemilihan Kontrasepsi.....	88
E. Efek Samping dan Komplikasi .....	90
<b>BAB 10 TUMOR JINAK GINEKOLOGI.....</b>	<b>92</b>
A. Mioma Uteri.....	93
B. Kista Ovarium.....	95
C. Polip Endometrium.....	96
D. Endometriosis .....	97
E. Pendekatan Diagnosis dan Terapi .....	99
<b>BAB 11 KANKER GINEKOLOGI.....</b>	<b>101</b>
A. Kanker Serviks.....	102
B. Kanker Endometrium.....	104
C. Kanker Ovarium .....	106
D. Kanker Vulva dan Vagina .....	107

E. Skrining dan Pencegahan.....	109
<b>BAB 12 PERDARAHAN UTERUS ABNORMAL .....</b>	<b>111</b>
A. Klasifikasi AUB (PALM-COEIN).....	112
B. Evaluasi Klinis.....	114
C. Pemeriksaan Penunjang.....	115
D. Penatalaksanaan Medis.....	116
E. Penatalaksanaan Bedah.....	117
<b>BAB 13 NYERI PANGGUL DAN KELUHAN GINEKOLOGI LAIN.....</b>	<b>119</b>
A. Nyeri Panggul Akut .....	120
B. Nyeri Panggul Kronis .....	122
C. Dispareunia .....	123
D. Keputihan Abnormal.....	124
E. Pendekatan Diagnosis .....	126
<b>BAB 14 UROGINEKOLOGI.....</b>	<b>128</b>
A. Inkontinensia Urin .....	129
B. Prolaps Organ Panggul .....	130
C. Fistula Urogenital .....	132
D. Evaluasi dan Diagnosis.....	133
E. Penatalaksanaan .....	134
<b>BAB 15 KETERAMPILAN KLINIS DAN INTEGRASI KASUS .....</b>	<b>136</b>
A. Clinical Reasoning dalam Ginekologi.....	137
B. Pendekatan Kasus Berbasis Masalah.....	138
C. Simulasi OSCE Ginekologi .....	140

D. Komunikasi dan Konseling Pasien .....	141
E. Evaluasi Kompetensi Klinik .....	142
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>144</b>
<b>PROFIL PENULIS .....</b>	<b>147</b>

# **BAB 1**

## **KONSEP DASAR GINEKOLOGI KLINIS**

Ginekologi klinis adalah cabang ilmu kedokteran yang memfokuskan diri pada kesehatan sistem reproduksi wanita, mulai dari masa remaja hingga usia lanjut. Konsep dasar ginekologi klinis mencakup pemahaman anatomi dan fisiologi organ reproduksi wanita, termasuk rahim, ovarium, tuba fallopi, dan vagina, serta interaksi hormonal yang memengaruhi siklus menstruasi, ovulasi, dan kesuburan. Dalam praktik klinis, ginekologi tidak hanya menangani penyakit atau kelainan organ reproduksi, tetapi juga mencakup upaya promotif dan preventif, seperti edukasi kesehatan reproduksi, skrining kanker serviks, dan konseling kontrasepsi. Diagnosis ginekologi klinis dilakukan melalui anamnesis yang mendalam, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi, Pap smear, atau tes hormonal. Penanganan kasus ginekologi dapat bersifat konservatif, medis, atau bedah, tergantung jenis dan tingkat keparahan kondisi yang dialami pasien. Selain itu, ginekologi klinis juga erat kaitannya dengan aspek psikososial, karena kesehatan reproduksi wanita memengaruhi kualitas hidup, hubungan interpersonal, dan kesejahteraan mental. Oleh karena itu, dokter ginekologi harus memiliki kemampuan klinis, komunikasi, dan empati yang tinggi untuk memberikan perawatan holistik yang komprehensif kepada pasien.

### **A. Ruang Lingkup Ginekologi**

Ruang lingkup ginekologi mencakup seluruh aspek kesehatan sistem reproduksi wanita, mulai dari masa pubertas hingga masa menopause, termasuk kondisi fisiologis, patologis, dan psikososial yang memengaruhi organ reproduksi. Secara klinis, ginekologi tidak

hanya menangani penyakit atau kelainan pada organ reproduksi seperti rahim, ovarium, tuba fallopi, dan vagina, tetapi juga memfokuskan pada fungsi hormonal yang mengatur siklus menstruasi, ovulasi, dan kesuburan. Ruang lingkup ini meliputi berbagai subbidang, antara lain: ginekologi umum yang menangani masalah rutin seperti nyeri haid, gangguan menstruasi, dan infeksi genital; ginekologi onkologi yang berfokus pada pencegahan, diagnosis, dan pengobatan kanker pada organ reproduksi; ginekologi endokrinologi yang mempelajari kelainan hormonal dan masalah kesuburan; serta ginekologi rekonstruktif dan estetika yang menangani kondisi struktural maupun kosmetik pada organ genital. Selain itu, ginekologi juga mencakup pelayanan preventif dan promotif, seperti skrining kanker serviks, konseling kontrasepsi, dan edukasi kesehatan seksual. Dalam praktik klinis, dokter ginekologi bertanggung jawab melakukan anamnesis komprehensif, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi, Pap smear, dan tes hormonal untuk memastikan diagnosis yang tepat. Lebih jauh, ruang lingkup ginekologi juga menekankan pentingnya pendekatan holistik, memperhatikan faktor psikososial, reproduksi, dan kualitas hidup wanita, sehingga penanganan yang diberikan tidak hanya bersifat medis, tetapi juga mendukung kesejahteraan emosional dan sosial pasien.

## **B. Peran dan Kompetensi Klinisi**

Peran dan kompetensi klinisi dalam ginekologi klinis sangat krusial karena kesehatan reproduksi wanita memengaruhi kualitas hidup, kesuburan, dan kesejahteraan psikososial pasien. Seorang klinisi ginekologi bertanggung jawab tidak hanya dalam mendiagnosis dan menangani penyakit, tetapi juga dalam melakukan pencegahan, edukasi, dan konseling terkait kesehatan reproduksi. Kompetensi klinis mencakup kemampuan melakukan anamnesis

yang mendalam untuk memahami keluhan pasien, pemeriksaan fisik sistem reproduksi, serta interpretasi hasil pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi, Pap smear, atau tes hormon. Selain kemampuan teknis, klinisi juga harus memiliki kompetensi komunikasi untuk menyampaikan informasi medis secara jelas, empati untuk memahami kondisi emosional pasien, serta keterampilan manajemen kasus untuk merencanakan penanganan jangka pendek maupun jangka panjang. Kompetensi tambahan yang diperlukan termasuk penguasaan tindakan medis dan bedah minor hingga mayor, pengelolaan komplikasi, serta kemampuan untuk bekerja dalam tim multidisiplin, seperti berkolaborasi dengan dokter kandungan, onkolog, psikolog, atau ahli gizi. Secara keseluruhan, peran klinisi ginekologi adalah memberikan pelayanan yang holistik, berbasis bukti, aman, dan manusiawi, sehingga pasien tidak hanya mendapatkan pengobatan yang efektif, tetapi juga dukungan psikososial dan edukasi untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan reproduksi jangka panjang.

### **C. Pendekatan Klinis Berbasis Masalah**

Pendekatan klinis berbasis masalah dalam ginekologi adalah metode yang menekankan identifikasi, analisis, dan penanganan keluhan atau masalah kesehatan reproduksi pasien secara sistematis. Pendekatan ini dimulai dengan anamnesis yang terfokus, di mana klinisi menggali informasi secara mendalam mengenai riwayat kesehatan, keluhan utama, siklus menstruasi, riwayat kehamilan, gaya hidup, serta faktor risiko yang dapat memengaruhi kondisi pasien. Anamnesis yang baik memungkinkan klinisi untuk membangun hipotesis awal mengenai kemungkinan diagnosis dan menentukan langkah pemeriksaan yang paling relevan. Dalam konteks ginekologi, keluhan yang sering muncul antara lain nyeri haid, perdarahan abnormal, gangguan kesuburan, infeksi genital,

atau keluhan pasca-menopause, sehingga fokus pada keluhan utama membantu mengarahkan proses diagnostik dan manajemen secara efisien.

Tahap berikutnya adalah pemeriksaan fisik dan penunjang yang relevan, yang dilakukan secara sistematis dan berdasarkan temuan anamnesis. Pemeriksaan fisik mencakup inspeksi, palpasi, serta pemeriksaan organ genital eksternal dan internal menggunakan metode yang aman dan nyaman bagi pasien. Pemeriksaan penunjang dapat berupa ultrasonografi transvaginal, Pap smear, tes hormon, atau pemeriksaan laboratorium lainnya sesuai indikasi. Pendekatan berbasis masalah menekankan selektivitas dan relevansi pemeriksaan sehingga pasien tidak menjalani prosedur yang tidak perlu, serta memungkinkan penggunaan sumber daya medis secara efisien.

Selanjutnya, klinisi melakukan analisis dan sintesis data untuk menentukan diagnosis atau kemungkinan diagnosis (differential diagnosis). Dalam ginekologi, hal ini dapat mencakup pemetaan kelainan organ reproduksi, gangguan hormonal, atau faktor psikososial yang memengaruhi kesehatan reproduksi. Pendekatan ini mendorong klinisi untuk berpikir kritis dan mempertimbangkan berbagai kemungkinan penyebab keluhan pasien, bukan hanya fokus pada satu diagnosis tunggal. Setelah diagnosis ditetapkan atau dicurigai, langkah selanjutnya adalah perencanaan manajemen yang berbasis bukti, termasuk tindakan medis, bedah, konseling, terapi hormonal, atau rujukan ke spesialis lain jika diperlukan.

Selain aspek teknis, pendekatan klinis berbasis masalah juga menekankan pendekatan holistik dan pasien-sentris, dengan memperhatikan faktor psikologis, sosial, dan budaya yang dapat memengaruhi kondisi dan kepatuhan pasien terhadap terapi. Klinik ginekologi modern menekankan bahwa pasien harus dilibatkan dalam pengambilan keputusan terkait pilihan pengobatan, risiko,

manfaat, dan dampak jangka panjang, sehingga perawatan tidak hanya efektif secara medis tetapi juga mendukung kualitas hidup pasien secara menyeluruh.

#### **D. Etika dan Aspek Profesional**

Etika dan aspek profesional merupakan landasan penting dalam praktik ginekologi klinis karena berkaitan langsung dengan kepercayaan pasien, kualitas pelayanan, dan keselamatan klinis. Dokter ginekologi harus mematuhi prinsip-prinsip etika medis, termasuk autonomi, beneficence, non-maleficence, dan keadilan. Prinsip otonomi menekankan bahwa pasien memiliki hak penuh untuk membuat keputusan mengenai kesehatan reproduksinya, setelah menerima informasi yang jelas dan lengkap dari dokter. Beneficence dan non-maleficence menuntut klinisi untuk memberikan tindakan medis yang bermanfaat sekaligus menghindari risiko atau kerugian bagi pasien, termasuk dalam prosedur invasif atau bedah. Keadilan mengharuskan dokter memberikan pelayanan yang adil, tanpa diskriminasi berdasarkan usia, status sosial, ras, atau latar belakang budaya pasien.

Selain prinsip etika, aspek profesional mencakup kompetensi klinis, komunikasi, dan tanggung jawab hukum. Dokter ginekologi harus menjaga pengetahuan dan keterampilan medis agar selalu mutakhir, mengingat perkembangan diagnostik dan terapi di bidang ginekologi terus berkembang. Komunikasi profesional mencakup kemampuan menjelaskan diagnosis, prosedur, risiko, serta pilihan pengobatan kepada pasien dan keluarga dengan bahasa yang mudah dimengerti, serta kemampuan mendengarkan keluhan pasien dengan empati. Tanggung jawab hukum menuntut klinisi untuk menjalankan praktik sesuai standar profesi, pedoman nasional, dan regulasi kesehatan, termasuk menjaga kerahasiaan medis pasien dan memperoleh informed consent sebelum tindakan medis.

Lebih lanjut, aspek etika dalam ginekologi juga menekankan sensitivitas terhadap isu budaya, agama, dan gender, karena masalah reproduksi seringkali terkait dengan nilai dan keyakinan pribadi pasien. Profesionalisme klinisi menuntut sikap hormat, menjaga integritas, dan menjunjung tinggi kode etik kedokteran dalam setiap interaksi dengan pasien maupun tim kesehatan lainnya. Dengan memadukan kompetensi klinis, komunikasi efektif, empati, dan kepatuhan etika, dokter ginekologi dapat memberikan pelayanan yang tidak hanya aman dan efektif, tetapi juga manusiawi, membangun kepercayaan pasien, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi wanita secara menyeluruh.

### **E. Keselamatan Pasien dalam Ginekologi**

Keselamatan pasien merupakan aspek fundamental dalam praktik ginekologi klinis karena setiap tindakan medis, baik diagnostik maupun terapeutik, memiliki potensi risiko bagi pasien. Konsep keselamatan pasien menekankan perlindungan terhadap pasien dari cedera yang dapat dicegah, kesalahan medis, infeksi nosokomial, serta komplikasi akibat prosedur medis maupun bedah. Dalam konteks ginekologi, keselamatan pasien mencakup seluruh tahapan pelayanan, mulai dari pendaftaran, anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, tindakan medis, hingga tindak lanjut pasca perawatan atau pembedahan. Pendekatan sistematis ini bertujuan untuk meminimalkan risiko, meningkatkan kualitas pelayanan, dan memastikan pasien mendapatkan perawatan yang aman, efektif, dan tepat waktu.

Strategi keselamatan pasien dalam ginekologi mencakup implementasi protokol standar, seperti verifikasi identitas pasien sebelum prosedur, penggunaan teknik aseptik untuk mencegah infeksi, serta pengecekan kelengkapan instrumen dan peralatan medis sebelum tindakan. Selain itu, dokumentasi medis yang akurat

dan lengkap sangat penting untuk memastikan kontinuitas perawatan, menghindari kesalahan diagnosa atau pengobatan, dan memudahkan komunikasi antar anggota tim medis. Keselamatan pasien juga menekankan pentingnya informed consent, di mana pasien diberikan informasi yang jelas mengenai tujuan, manfaat, risiko, dan alternatif tindakan medis sehingga dapat membuat keputusan secara sadar dan bertanggung jawab.

Lebih jauh, keselamatan pasien dalam ginekologi juga melibatkan pendekatan multidisiplin dengan kolaborasi antar tenaga kesehatan, seperti dokter, perawat, bidan, dan tenaga penunjang lainnya. Pelatihan berkala mengenai keselamatan pasien, simulasi penanganan komplikasi, dan audit internal merupakan bagian dari budaya keselamatan yang harus diterapkan di setiap fasilitas kesehatan. Selain itu, aspek psikososial pasien juga diperhatikan, termasuk memberikan dukungan emosional dan edukasi untuk mengurangi kecemasan, meningkatkan kepatuhan terhadap terapi, dan mempercepat pemulihan. Dengan menerapkan prinsip keselamatan pasien secara konsisten, praktik ginekologi klinis tidak hanya memberikan hasil medis yang optimal, tetapi juga membangun kepercayaan, menghormati hak pasien, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi wanita secara menyeluruh.

## **BAB 2**

# **ANATOMI KLINIS SISTEM REPRODUKSI WANITA**

Anatomi klinis sistem reproduksi wanita meliputi organ-organ yang berperan dalam reproduksi, hormonal, dan fungsi seksual, yang terbagi menjadi organ eksternal dan internal. Organ eksternal, yang dikenal sebagai vulva, meliputi labia majora, labia minora, klitoris, vestibulum vagina, dan orifisium uretra. Organ-organ ini berperan dalam perlindungan terhadap infeksi, stimulasi seksual, dan saluran masuk untuk penis atau instrumen medis saat pemeriksaan. Vagina merupakan saluran muskulosal yang menghubungkan vulva dengan rahim, berperan sebagai jalan lahir saat persalinan, tempat penetrasi seksual, serta jalur keluarnya darah menstruasi.

Organ internal meliputi rahim (uterus), tuba fallopi, dan ovarium. Rahim memiliki struktur tiga lapis: endometrium, miometrium, dan perimetrium, yang memungkinkan fungsi reproduksi, implantasi embrio, dan mendukung pertumbuhan janin. Tuba fallopi merupakan saluran tempat fertilisasi terjadi, menghubungkan ovarium dengan rahim, sedangkan ovarium berfungsi menghasilkan sel telur (oosit) dan hormon reproduksi seperti estrogen dan progesteron yang mengatur siklus menstruasi dan ovulasi. Selain itu, anatomi klinis juga memperhatikan struktur vaskular dan saraf, karena suplai darah dari arteri uterina, arteri ovarium, dan sistem vena penting untuk fungsi reproduksi serta penanganan bedah.

Dalam praktik klinis, pemahaman anatomi sistem reproduksi wanita sangat penting untuk melakukan pemeriksaan, diagnosis, tindakan invasif, dan prosedur bedah dengan aman. Dokter ginekologi harus mengenali variasi anatomi individual, posisi rahim

(anteversi, retroversi), panjang vagina, serta kondisi ovarium agar prosedur seperti Pap smear, biopsi, histeroskopi, atau persalinan dapat dilakukan tanpa komplikasi. Pengetahuan anatomi klinis juga membantu memahami gejala patologis, misalnya perdarahan abnormal yang dapat terkait endometrium, atau nyeri panggul yang dapat berasal dari ovarium atau tuba fallopi. Oleh karena itu, anatomi klinis sistem reproduksi wanita menjadi fondasi utama dalam pendidikan ginekologi, perencanaan diagnosis, dan manajemen klinis yang efektif serta aman bagi pasien.

### **A. Anatomi Internal Reproduksi**

Anatomi internal sistem reproduksi wanita meliputi organ-organ yang berperan langsung dalam fertilisasi, kehamilan, dan siklus menstruasi, yaitu rahim (uterus), tuba fallopi, ovarium, dan vagina. Rahim merupakan organ berotot berbentuk piriform yang terletak di pelvis, berfungsi sebagai tempat implantasi embrio dan pertumbuhan janin. Rahim tersusun dari tiga lapisan utama: endometrium, yang mengalami perubahan siklus untuk mendukung implantasi; miometrium, lapisan otot polos yang memungkinkan kontraksi saat menstruasi dan persalinan; dan perimetrium, lapisan serosa yang melapisi rahim dari luar. Posisi rahim dapat bervariasi, seperti anteversi atau retroversi, yang penting untuk diperhatikan dalam pemeriksaan klinis dan prosedur bedah.

Tuba fallopi adalah saluran tipis yang menghubungkan ovarium dengan rahim, berperan sebagai jalur transportasi sel telur dan tempat fertilisasi. Tuba fallopi terdiri dari beberapa bagian: infundibulum dengan fimbriae yang menangkap oosit, ampulla sebagai lokasi fertilisasi, istmus yang sempit, dan pars intramural yang melewati dinding rahim. Ovarium adalah organ berbentuk oval yang menghasilkan sel telur (oosit) dan hormon reproduksi utama, yaitu estrogen dan progesteron. Selain itu, ovarium juga

menghasilkan hormon androgen dalam jumlah kecil yang berperan dalam libido dan keseimbangan hormon.

Vagina, meskipun sering dianggap organ eksternal, secara klinis juga termasuk organ internal karena membentuk saluran yang menghubungkan rahim dengan vulva. Vagina berfungsi sebagai jalan lahir saat persalinan, jalur menstruasi, dan saluran seksual. Struktur vaskular dan saraf yang kompleks di daerah internal ini penting untuk fungsi fisiologis dan klinis, termasuk pengaturan kontraksi otot, sensasi, dan penyembuhan pasca tindakan medis. Pemahaman anatomi internal reproduksi wanita sangat penting bagi klinisi ginekologi untuk melakukan pemeriksaan, prosedur diagnostik, tindakan medis invasif, serta intervensi bedah dengan aman, mengurangi risiko komplikasi, dan memastikan efektivitas pengobatan.

## **B. Anatomi Eksternal Reproduksi**

Anatomi eksternal sistem reproduksi wanita, yang secara klinis dikenal sebagai vulva, mencakup struktur-struktur yang berperan dalam proteksi, fungsi seksual, dan akses ke organ internal reproduksi. Vulva terdiri dari labia majora, labia minora, klitoris, vestibulum vagina, orifisium uretra, dan kelenjar Bartholin. Labia majora adalah lipatan kulit tebal yang mengelilingi dan melindungi organ internal, berisi jaringan lemak, pembuluh darah, dan kelenjar keringat. Di sebelah dalam labia majora terdapat labia minora, lipatan tipis yang lebih sensitif secara sensorik dan berfungsi melindungi orifisium vagina serta menjaga kelembaban dan integritas jaringan.

Klitoris merupakan struktur erektil yang memiliki peran utama dalam stimulasi seksual dan respons orgasme. Klitoris terdiri dari glans, batang, dan kaki (crura) yang melekat ke tulang pelvis, serta memiliki banyak ujung saraf sensorik, menjadikannya pusat

sensitifitas seksual wanita. Vestibulum vagina adalah area antara labia minora yang mengelilingi bukaan vagina dan uretra, tempat kelenjar Bartholin berada, yang menghasilkan sekret pelumas untuk memudahkan penetrasi seksual. Orifisium uretra terletak di anterior vulva dan berfungsi sebagai jalur keluar urin dari kandung kemih.

Pemahaman anatomi eksternal sangat penting dalam praktik klinis ginekologi karena lokasi dan struktur ini menjadi titik awal pemeriksaan, prosedur diagnostik, tindakan medis minor, serta intervensi bedah. Misalnya, pemeriksaan Pap smear, biopsi vulva, pemasangan kateter, atau tindakan korektif pada kelainan vulva memerlukan pemahaman yang baik tentang anatomi eksternal untuk mengurangi risiko cedera, infeksi, dan komplikasi. Selain itu, anatomi eksternal juga memengaruhi aspek estetika dan psikoseksual pasien, sehingga klinisi ginekologi harus memperhatikan keselamatan, kenyamanan, dan sensitivitas pasien saat melakukan pemeriksaan atau prosedur pada area ini.

### **C. Vaskularisasi dan Inervasi**

Vaskularisasi dan inervasi sistem reproduksi wanita merupakan aspek penting dalam anatomi klinis karena memengaruhi fungsi organ reproduksi, sensitivitas nyeri, respons hormonal, serta keberhasilan prosedur medis atau bedah. Vaskularisasi organ reproduksi wanita disuplai oleh jaringan arteri dan vena yang kompleks. Rahim menerima aliran darah utama dari arteri uterina, cabang dari arteri iliaka interna, sedangkan ovarium menerima suplai dari arteri ovarika, cabang langsung dari aorta abdominalis. Tuba fallopi mendapatkan aliran dari kombinasi arteri uterina dan arteri ovarika melalui jaringan anastomosis. Vena reproduksi wanita membentuk plexus yang kaya, seperti plexus uterovaginal, yang penting untuk drainase darah dan pengaturan tekanan vaskular selama siklus menstruasi dan kehamilan. Suplai darah yang baik

tidak hanya memastikan fungsi fisiologis organ, tetapi juga kritis dalam prosedur bedah, seperti histerektomi, laparoscopi, atau penanganan perdarahan.

Inervasi sistem reproduksi wanita mencakup saraf somatik dan otonom yang mengatur sensasi, kontraksi otot, serta fungsi hormonal. Saraf somatik, terutama melalui saraf pudendal, memberikan sensasi nyeri dan sentuhan pada vulva dan vagina bagian bawah. Saraf otonom, termasuk simpatis dan parasimpatis, mengatur kontraksi rahim, respons ereksi klitoris, dan aliran darah pada organ genital internal. Tuba fallopi dan ovarium memiliki inervasi dari pleksus ovarika dan uterovaginal, yang memediasi sensasi nyeri, misalnya saat ovulasi, peradangan, atau penyakit panggul inflamasi. Pemahaman klinis tentang pola vaskularisasi dan inervasi ini sangat penting bagi dokter ginekologi untuk mengurangi risiko perdarahan, nyeri, dan kerusakan saraf selama tindakan diagnostik maupun bedah, serta untuk merencanakan anestesi regional atau lokal secara efektif.

Selain itu, vaskularisasi dan inervasi memiliki implikasi penting dalam fisiologi reproduksi, termasuk transportasi sel telur, implantasi embrio, kontraksi uterus saat persalinan, dan respons seksual wanita. Gangguan pada suplai darah atau fungsi saraf dapat menyebabkan nyeri kronis, disfungsi seksual, infertilitas, atau komplikasi pasca operasi. Oleh karena itu, pemahaman menyeluruh tentang vaskularisasi dan inervasi menjadi bagian integral dari pendidikan ginekologi klinis, perencanaan intervensi medis, dan manajemen kasus yang aman, efektif, dan berpusat pada pasien.

#### **D. Hubungan Anatomi Klinis**

Hubungan anatomi klinis dalam sistem reproduksi wanita menekankan bagaimana struktur fisik organ reproduksi berhubungan langsung dengan fungsi fisiologis dan implikasi klinis. Pemahaman

hubungan ini penting bagi dokter ginekologi untuk melakukan pemeriksaan, diagnosis, tindakan medis, dan intervensi bedah dengan aman dan efektif. Misalnya, posisi rahim yang normal (anteversi) memengaruhi akses saat pemeriksaan vagina dan serviks, sedangkan posisi retroversi atau retrofleksi dapat menimbulkan kesulitan saat Pap smear, ultrasonografi transvaginal, atau prosedur bedah. Hubungan anatomi juga terlihat pada tuba fallopi, yang harus selaras dengan ovarium dan rahim agar fertilisasi dan transportasi sel telur berjalan optimal. Gangguan posisi atau obstruksi tuba dapat menyebabkan infertilitas atau kehamilan ektopik, sehingga pemahaman hubungan anatomi ini menjadi sangat penting dalam praktik klinis.

Selain itu, hubungan anatomi klinis juga mencakup interaksi antara organ reproduksi dengan organ sekitarnya, seperti kandung kemih, rektum, dan struktur vaskular pelvis. Misalnya, letak rahim yang dekat dengan kandung kemih menjadikan pasien rentan mengalami perdarahan atau cedera kandung kemih saat histerektomi atau tindakan bedah pelvis lainnya. Vena dan arteri yang saling berdekatan dengan organ-organ ini juga menuntut perhatian ekstra agar prosedur invasif tidak menimbulkan perdarahan masif. Saraf pudendal dan pleksus otonom yang melayani vagina, rahim, dan ovarium harus diperhatikan untuk mencegah nyeri kronis atau disfungsi seksual pasca tindakan medis.

Hubungan anatomi klinis juga mencakup aspek fungsional yang mendasari prosedur diagnostik dan terapi. Sebagai contoh, panjang dan elastisitas vagina memengaruhi teknik pemeriksaan spekulum, pemasangan IUD, atau tindakan persalinan. Posisi dan ukuran ovarium menentukan pendekatan laparoskopi atau biopsi ovarium. Dengan memahami keterkaitan antara struktur anatomi dan fungsi fisiologis, klinisi dapat merencanakan intervensi yang lebih tepat, meminimalkan risiko komplikasi, serta meningkatkan keselamatan

dan kenyamanan pasien. Pemahaman menyeluruh mengenai hubungan anatomi klinis ini menjadi fondasi utama dalam pendidikan ginekologi, penilaian kasus klinis, dan praktik profesional yang efektif.

### **E. Variasi Anatomi dan Implikasi Klinis**

Variasi anatomi pada sistem reproduksi wanita adalah perbedaan struktural alami yang dapat terjadi antar individu, dan memiliki implikasi penting dalam praktik ginekologi klinis. Variasi ini mencakup bentuk, ukuran, posisi, dan orientasi organ reproduksi, baik eksternal maupun internal. Misalnya, rahim dapat memiliki posisi anteversi, retroversi, atau retrofleksi; ovarium dapat bervariasi dalam ukuran, lokasi, dan jumlah folikel; tuba fallopi dapat memiliki panjang atau lekukan berbeda yang memengaruhi transportasi sel telur. Pada organ eksternal, labia majora dan minora memiliki bentuk dan ukuran yang berbeda-beda, klitoris dapat berbeda sensitivitasnya, dan kedalaman vagina dapat bervariasi sesuai usia, paritas, atau faktor genetik. Variasi ini adalah fenomena fisiologis normal dan bukan merupakan tanda patologis, namun memiliki pengaruh langsung terhadap diagnosis dan prosedur klinis.

Implikasi klinis dari variasi anatomi ini sangat penting bagi dokter ginekologi. Posisi rahim yang tidak biasa dapat menyulitkan pemeriksaan Pap smear, ultrasonografi transvaginal, atau pemasangan IUD. Variasi bentuk tuba fallopi dan ovarium dapat memengaruhi fertilisasi atau prosedur laparoskopi. Pada organ eksternal, variasi labia atau vulva dapat memengaruhi kenyamanan pasien selama pemeriksaan, tindakan bedah kecil, atau prosedur kosmetik. Kegagalan memahami variasi anatomi ini dapat menyebabkan kesalahan diagnosis, trauma jaringan, atau komplikasi bedah. Oleh karena itu, klinisi harus selalu memperhatikan perbedaan individu, menyesuaikan teknik pemeriksaan dan prosedur,

serta memberikan edukasi kepada pasien mengenai variasi yang normal dan implikasinya terhadap kesehatan reproduksi.

Selain itu, variasi anatomi juga menuntut klinisi untuk menggunakan pendekatan individualisasi dalam perawatan medis. Hal ini mencakup penyesuaian instrumen, teknik pemeriksaan, posisi pasien, dan strategi intervensi bedah agar aman dan efektif. Pemahaman mendalam mengenai variasi anatomi dan implikasinya meningkatkan keselamatan pasien, efektivitas prosedur, dan kualitas pelayanan. Dengan demikian, penguasaan konsep variasi anatomi menjadi bagian integral dari pendidikan ginekologi klinis, manajemen kasus, dan praktik profesional yang berfokus pada pasien, menjamin pelayanan medis yang holistik, aman, dan responsif terhadap kebutuhan individu.

## BAB 3

# ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN GINEKOLOGI

Anamnesis ginekologi merupakan tahap awal yang krusial dalam praktik klinis, bertujuan untuk mengumpulkan informasi menyeluruh mengenai riwayat kesehatan reproduksi pasien, keluhan utama, dan faktor risiko yang dapat memengaruhi diagnosis dan manajemen. Anamnesis dimulai dengan pertanyaan mengenai riwayat menstruasi, termasuk usia menarche, siklus menstruasi, durasi perdarahan, nyeri haid, dan adanya perdarahan abnormal. Selanjutnya, dokter menanyakan riwayat obstetri, seperti jumlah kehamilan, persalinan, keguguran, atau komplikasi selama kehamilan sebelumnya. Selain itu, anamnesis juga mencakup riwayat seksual dan kontrasepsi, riwayat penyakit ginekologi sebelumnya, infeksi menular seksual, penyakit sistemik yang dapat memengaruhi reproduksi, alergi obat, serta penggunaan obat atau suplemen. Faktor psikososial, termasuk stres, hubungan interpersonal, dan riwayat kekerasan seksual, juga menjadi bagian penting anamnesis karena dapat memengaruhi kesehatan reproduksi secara menyeluruh.

Setelah anamnesis, dilakukan pemeriksaan fisik ginekologi secara sistematis, dimulai dari inspeksi organ eksternal untuk menilai kondisi vulva, labia, klitoris, orifisium uretra, dan vestibulum vagina. Pemeriksaan palpasi dilakukan untuk menilai tonus, sensasi nyeri, dan adanya massa abnormal. Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan vagina dan serviks menggunakan spekulum untuk melihat mukosa, lendir serviks, adanya lesi, perdarahan, atau tanda infeksi. Pemeriksaan internal meliputi palpasi bimanual untuk menilai ukuran, bentuk, posisi, dan mobilitas rahim serta ovarium, serta mendeteksi adanya massa, kista, atau nyeri tekan. Pada kasus tertentu, pemeriksaan tambahan seperti pemeriksaan rektovaginal

dapat dilakukan untuk menilai organ pelvis bagian posterior, terutama pada pasien dengan keluhan nyeri panggul atau kista ovarium.

Selain pemeriksaan fisik, anamnesis dan pemeriksaan ginekologi dilengkapi dengan pemeriksaan penunjang sesuai indikasi, seperti Pap smear, ultrasonografi transvaginal, tes hormon, atau pemeriksaan laboratorium lainnya. Pendekatan ini berbasis masalah, artinya setiap pemeriksaan disesuaikan dengan keluhan utama pasien dan temuan klinis. Keamanan dan kenyamanan pasien menjadi prioritas utama, termasuk penggunaan teknik aseptik, persiapan psikologis, dan komunikasi yang jelas selama pemeriksaan. Dengan kombinasi anamnesis yang mendalam, pemeriksaan fisik sistematis, dan pemeriksaan penunjang yang tepat, klinisi ginekologi dapat membuat diagnosis yang akurat, merencanakan intervensi medis yang efektif, dan memberikan pendidikan serta konseling yang sesuai bagi pasien, sehingga pelayanan menjadi holistik dan berpusat pada kebutuhan individu.

### **A. Anamnesis Ginekologi yang Komprehensif**

Anamnesis ginekologi yang komprehensif merupakan langkah awal dan fundamental dalam evaluasi kesehatan reproduksi wanita, bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang lengkap, sistematis, dan relevan untuk diagnosis serta perencanaan terapi. Proses ini dimulai dengan pengumpulan data demografis dan riwayat medis umum, termasuk usia, berat badan, tinggi badan, alergi, penyakit kronis, dan riwayat operasi sebelumnya. Selanjutnya, anamnesis ginekologi berfokus pada riwayat menstruasi, yang mencakup usia menarche, frekuensi dan durasi siklus, volume perdarahan, adanya nyeri haid (dismenore), dan keluhan perdarahan abnormal seperti amenore, menorrhagia, atau metrorrhagia. Informasi ini penting

untuk menilai fungsi hormonal, kesehatan endometrium, dan mendeteksi kelainan reproduksi.

Tahap berikutnya adalah riwayat obstetri, termasuk jumlah kehamilan, persalinan, keguguran, komplikasi kehamilan, dan kelahiran prematur. Anamnesis obstetri juga menilai interval kehamilan, metode persalinan sebelumnya, serta riwayat transfusi darah atau komplikasi bedah obstetri. Selanjutnya, anamnesis menyertakan riwayat seksual dan kontrasepsi, mencakup aktivitas seksual, orientasi seksual, penggunaan alat kontrasepsi, keluhan disfungsi seksual, serta riwayat infeksi menular seksual (IMS). Faktor psikososial, termasuk tingkat stres, pola hubungan interpersonal, dan riwayat kekerasan atau trauma seksual, juga dikaji karena dapat memengaruhi kesehatan reproduksi dan kepatuhan pasien terhadap terapi.

Selain itu, anamnesis ginekologi komprehensif mencakup riwayat penyakit ginekologi dan sistemik, seperti endometriosis, fibroid, kista ovarium, penyakit autoimun, atau gangguan hormonal. Informasi mengenai obat-obatan, suplemen, dan kebiasaan hidup seperti merokok, konsumsi alkohol, atau aktivitas fisik juga penting untuk menilai faktor risiko. Pendekatan anamnesis berbasis masalah menekankan pertanyaan yang spesifik, sistematis, dan adaptif sesuai keluhan utama pasien, sehingga memungkinkan klinisi untuk membangun hipotesis diagnosis, menentukan pemeriksaan penunjang yang relevan, dan merencanakan intervensi medis yang aman serta efektif. Dengan demikian, anamnesis ginekologi yang komprehensif tidak hanya mengumpulkan data klinis, tetapi juga membangun hubungan empatik antara pasien dan klinisi, yang esensial untuk pelayanan kesehatan reproduksi yang holistik dan berpusat pada pasien.

## **B. Riwayat Menstruasi dan Obstetri**

Riwayat menstruasi dan obstetri merupakan komponen penting dalam anamnesis ginekologi karena memberikan informasi tentang fungsi reproduksi, kesehatan hormonal, dan risiko komplikasi obstetri. Riwayat menstruasi mencakup usia menarche, frekuensi dan durasi siklus menstruasi, volume perdarahan, serta adanya keluhan seperti nyeri haid (dismenore) atau perdarahan abnormal. Pola menstruasi yang tidak teratur, perdarahan yang berlebihan, atau nyeri hebat dapat menjadi indikator gangguan hormonal, kelainan endometrium, atau kondisi seperti fibroid, polip, atau endometriosis. Riwayat menstruasi juga menilai adanya gejala pramenstruasi, menopause dini, atau amenore sekunder, yang membantu klinisi memahami status reproduksi dan kebutuhan intervensi medis.

Riwayat obstetri mencakup semua kehamilan pasien, termasuk jumlah kehamilan (gravida), persalinan (para), keguguran, aborsi, dan komplikasi kehamilan sebelumnya. Detail tambahan meliputi usia kehamilan saat melahirkan, metode persalinan (normal, vakum, sesar), komplikasi perinatal, perdarahan postpartum, dan masalah kesehatan janin atau bayi. Riwayat obstetri juga menilai interval antarkehamilan, penggunaan obat atau suplemen selama kehamilan, serta adanya penyakit kronis yang dapat memengaruhi kehamilan. Data ini penting untuk merencanakan manajemen kehamilan selanjutnya, mencegah komplikasi, dan memberikan konseling yang tepat terkait risiko obstetri di masa depan.

Kombinasi informasi riwayat menstruasi dan obstetri memungkinkan klinisi untuk membangun gambaran menyeluruh tentang kesehatan reproduksi pasien, mengevaluasi risiko infertilitas atau kehamilan berisiko, serta menentukan pemeriksaan penunjang yang sesuai. Selain itu, anamnesis ini membantu mendeteksi tanda-tanda patologis sejak dini, seperti perdarahan abnormal, nyeri kronis, atau kelainan hormonal, sehingga intervensi dapat dilakukan

secara tepat waktu. Pendekatan sistematis dan komprehensif pada riwayat menstruasi dan obstetri merupakan fondasi utama untuk praktik ginekologi yang aman, efektif, dan berpusat pada kebutuhan pasien.

### **C. Pemeriksaan Fisik Umum**

Pemeriksaan fisik umum merupakan tahap awal yang penting sebelum melakukan evaluasi ginekologi spesifik, karena memberikan gambaran menyeluruh mengenai kondisi kesehatan pasien serta membantu mendeteksi penyakit sistemik yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi. Pemeriksaan fisik umum mencakup tanda vital, seperti tekanan darah, denyut jantung, frekuensi napas, dan suhu tubuh, yang menjadi indikator kondisi hemodinamik dan risiko komplikasi pada pasien. Selain itu, pengukuran tinggi badan, berat badan, dan indeks massa tubuh (IMT) memberikan informasi mengenai status gizi, obesitas, atau kekurangan berat badan, yang dapat memengaruhi siklus menstruasi, fertilitas, dan risiko komplikasi obstetri.

Pemeriksaan sistemik juga meliputi evaluasi kardiovaskular, respirasi, dan abdomen. Pada sistem kardiovaskular, pemeriksaan jantung dapat mendeteksi adanya murmur, aritmia, atau hipertensi yang berpotensi memengaruhi kehamilan atau prosedur anestesi. Sistem respirasi diperiksa untuk menilai kapasitas paru dan potensi penyakit kronis seperti asma atau penyakit paru obstruktif. Pemeriksaan abdomen meliputi palpasi hati, limpa, dan massa peritoneal untuk mendeteksi kelainan yang mungkin memengaruhi organ reproduksi internal. Selain itu, pemeriksaan payudara menjadi bagian integral dari pemeriksaan fisik umum ginekologi, untuk mendeteksi adanya massa, nyeri, atau perubahan kulit yang dapat mengindikasikan gangguan benign atau maligna.

Pemeriksaan fisik umum juga mencakup penilaian kulit, rambut, kuku, dan status neurologis, karena tanda-tanda eksternal dapat memberikan petunjuk mengenai gangguan hormonal atau sistemik. Misalnya, pertumbuhan rambut yang berlebihan atau jerawat dapat menandakan sindrom ovarium polikistik, sedangkan perubahan kulit dan kuku dapat menunjukkan defisiensi nutrisi atau penyakit kronis. Hasil pemeriksaan fisik umum membantu klinisi menyesuaikan pendekatan pemeriksaan ginekologi lebih lanjut, menilai risiko intervensi medis, dan menentukan kebutuhan pemeriksaan penunjang tambahan. Dengan demikian, pemeriksaan fisik umum merupakan fondasi penting untuk memastikan keamanan, kenyamanan, dan efektivitas pelayanan ginekologi secara menyeluruh.

#### **D. Pemeriksaan Ginekologi (Inspeksi, Spekulum, Bimanual)**

Pemeriksaan ginekologi merupakan langkah klinis yang esensial untuk menilai kondisi organ reproduksi wanita, mendeteksi kelainan, dan menentukan intervensi medis yang tepat. Pemeriksaan ini dilakukan secara sistematis dan bertahap, dimulai dari inspeksi eksternal, dilanjutkan dengan pemeriksaan spekulum, dan diakhiri dengan pemeriksaan bimanual. Tujuan utama pemeriksaan ini adalah menilai struktur, ukuran, posisi, mobilitas, dan adanya lesi atau massa abnormal pada organ reproduksi internal dan eksternal, sambil menjaga kenyamanan dan privasi pasien.

##### **1. Inspeksi Eksternal**

Inspeksi dilakukan dengan visualisasi vulva, labia majora dan minora, klitoris, orifisium uretra, dan vestibulum vagina. Dokter menilai warna kulit, adanya lesi, ulkus, cairan abnormal, perdarahan, tanda inflamasi, atau kelainan kongenital. Inspeksi ini juga menilai adanya tanda trauma atau infeksi menular seksual.

## 2. Pemeriksaan Spekulum

Spekulum digunakan untuk membuka dinding vagina dan memungkinkan visualisasi serviks dan mukosa vagina. Dokter menilai bentuk, ukuran, warna, adanya sekret abnormal, perdarahan, polip, erosi, atau lesi lain pada serviks dan vagina. Pemeriksaan ini juga digunakan untuk prosedur tambahan, seperti Pap smear, biopsi serviks, atau pemasangan IUD.

## 3. Pemeriksaan Bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan dengan satu tangan di vagina dan tangan lain di abdomen untuk menilai rahim, ovarium, dan struktur pelvis lainnya. Dokter menilai ukuran, bentuk, posisi, konsistensi, mobilitas, dan nyeri tekan pada rahim serta ovarium. Pemeriksaan bimanual juga penting untuk mendeteksi adanya massa pelvis, kista ovarium, atau tanda peradangan.

Tabel Pemeriksaan Ginekologi: Inspeksi, Spekulum, dan Bimanual

Tahap Pemeriksaan	Tujuan	Struktur yang Dinilai	Temuan yang Dicatat
Inspeksi Eksternal	Menilai kondisi vulva dan vestibulum	Labia majora, labia minora, klitoris, orifisium uretra, vestibulum vagina	Warna, lesi, ulkus, perdarahan, sekret abnormal, trauma
Spekulum	Visualisasi serviks dan mukosa vagina	Serviks, vagina	Polip, erosi, ulkus, cairan abnormal, perdarahan, kelainan serviks
Bimanual	Menilai organ internal dan	Rahim, ovarium, tuba fallopi, ruang	Ukuran, bentuk, posisi, konsistensi,

Tahap Pemeriksaan	Tujuan	Struktur yang Dinilai	Temuan yang Dicatat
	pelvis	panggul	mobilitas, nyeri tekan, massa abnormal

Pendekatan sistematis ini memastikan pemeriksaan ginekologi aman, menyeluruh, dan efektif. Setiap langkah dilakukan dengan teknik aseptik, komunikasi yang jelas, dan empati, untuk meminimalkan ketidaknyamanan pasien. Pemeriksaan yang tepat menjadi dasar diagnosis akurat dan menentukan tindak lanjut klinis, termasuk pengobatan medis, tindakan bedah minor, atau prosedur diagnostik tambahan.

### E. Dokumentasi dan Rekam Medis

Dokumentasi dan rekam medis merupakan komponen penting dalam praktik ginekologi karena memastikan catatan klinis yang akurat, memfasilitasi komunikasi antar tenaga kesehatan, dan menjadi dasar hukum serta administratif. Setiap langkah pemeriksaan, mulai dari anamnesis, riwayat menstruasi dan obstetri, pemeriksaan fisik umum, hingga pemeriksaan ginekologi spesifik, harus dicatat secara sistematis. Dokumentasi ini mencakup data pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, temuan pemeriksaan, diagnosa sementara, hasil pemeriksaan penunjang, tindakan medis atau terapi yang dilakukan, serta rencana tindak lanjut.

Rekam medis yang baik membantu menjamin keselamatan pasien karena memungkinkan deteksi perubahan kondisi dari kunjungan ke kunjungan, meminimalkan risiko kesalahan diagnosis atau tindakan, dan memudahkan evaluasi efektivitas terapi. Dalam konteks ginekologi, catatan rinci sangat penting karena menyangkut riwayat reproduksi, kehamilan, persalinan, kontrasepsi, serta

prosedur invasif seperti biopsi serviks, pemasangan IUD, atau tindakan bedah minor. Dokumentasi yang jelas dan akurat juga mempermudah audit klinis, penelitian, dan pemenuhan standar akreditasi fasilitas kesehatan.

Selain itu, rekam medis harus mematuhi prinsip kerahasiaan dan etika medis, melindungi informasi sensitif pasien dari akses yang tidak sah. Dokter dan tenaga kesehatan harus mencatat informasi secara objektif, jelas, dan tepat waktu, termasuk temuan abnormal, keputusan klinis, dan komunikasi dengan pasien. Dalam praktik modern, rekam medis elektronik (Electronic Medical Record/EMR) sering digunakan untuk meningkatkan efisiensi, keamanan data, dan integrasi informasi laboratorium atau radiologi. Dengan dokumentasi yang baik, praktik ginekologi menjadi lebih terstruktur, transparan, dan profesional, mendukung pelayanan yang berkualitas, aman, dan berpusat pada pasien.

## **BAB 4**

# **PEMERIKSAAN PENUNJANG DALAM GINEKOLOGI**

Pemeriksaan penunjang dalam ginekologi merupakan bagian integral dari proses diagnostik yang bertujuan untuk menegakkan diagnosis secara akurat, menilai tingkat keparahan penyakit, serta menentukan rencana terapi yang tepat. Pemeriksaan ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik, sehingga bersifat selektif, terarah, dan berbasis masalah. Dalam praktik klinis, pemeriksaan penunjang tidak hanya membantu mengonfirmasi diagnosis, tetapi juga berperan dalam skrining penyakit, pemantauan terapi, serta deteksi dini kelainan pada sistem reproduksi wanita.

Salah satu pemeriksaan penunjang yang paling umum adalah pemeriksaan sitologi serviks (Pap smear), yang digunakan untuk mendeteksi perubahan sel serviks yang berpotensi menjadi kanker. Pemeriksaan ini sangat penting sebagai bagian dari program skrining rutin untuk mencegah kanker serviks. Selain itu, terdapat pemeriksaan ultrasonografi (USG), terutama USG transvaginal, yang memungkinkan visualisasi organ reproduksi internal seperti rahim, ovarium, dan tuba fallopi. USG digunakan untuk mendeteksi kista ovarium, mioma uteri, kehamilan ektopik, serta kelainan endometrium. Pemeriksaan radiologi lain seperti MRI atau CT scan juga dapat digunakan pada kasus tertentu, terutama untuk evaluasi tumor atau kelainan kompleks.

Pemeriksaan laboratorium juga memiliki peran penting dalam ginekologi, termasuk pemeriksaan hormon seperti estrogen, progesteron, FSH, LH, dan prolaktin untuk menilai fungsi endokrin reproduksi. Selain itu, dilakukan pemeriksaan darah rutin, penanda tumor (tumor marker), serta pemeriksaan infeksi menular seksual

seperti HIV, sifilis, dan klamidia. Pemeriksaan mikrobiologi pada sekret vagina juga membantu mengidentifikasi infeksi bakteri, jamur, atau parasit yang menyebabkan keluhan seperti keputihan atau gatal. Dalam kasus tertentu, dilakukan biopsi jaringan, seperti biopsi endometrium atau serviks, untuk memastikan diagnosis histopatologis, terutama pada kecurigaan keganasan.

Lebih lanjut, pemeriksaan penunjang dalam ginekologi juga mencakup prosedur diagnostik invasif seperti histeroskopi dan laparoskopi, yang memungkinkan visualisasi langsung organ reproduksi internal serta tindakan terapeutik sekaligus. Histeroskopi digunakan untuk menilai rongga rahim, sedangkan laparoskopi digunakan untuk mengevaluasi organ pelvis secara menyeluruh, termasuk ovarium dan tuba fallopi. Pemilihan jenis pemeriksaan penunjang harus mempertimbangkan indikasi klinis, keamanan pasien, ketersediaan fasilitas, serta efisiensi biaya. Dengan pendekatan yang tepat, pemeriksaan penunjang dapat meningkatkan akurasi diagnosis, mempercepat penanganan, dan mendukung pelayanan ginekologi yang aman, efektif, dan berbasis bukti.

### **A. Pemeriksaan Laboratorium**

Pemeriksaan laboratorium dalam ginekologi merupakan komponen penting dalam proses diagnostik yang bertujuan untuk menilai kondisi fisiologis, mendeteksi kelainan patologis, serta memantau respons terhadap terapi. Pemeriksaan ini dilakukan berdasarkan indikasi klinis yang diperoleh dari anamnesis dan pemeriksaan fisik, sehingga bersifat terarah dan relevan dengan masalah yang dihadapi pasien. Dalam praktik ginekologi, pemeriksaan laboratorium tidak hanya digunakan untuk menegakkan diagnosis, tetapi juga untuk skrining penyakit, evaluasi fungsi hormonal, serta deteksi infeksi yang memengaruhi sistem reproduksi wanita.

Salah satu jenis pemeriksaan laboratorium yang paling penting adalah pemeriksaan hematologi, yang meliputi kadar hemoglobin, hematokrit, leukosit, dan trombosit. Pemeriksaan ini membantu mendeteksi anemia akibat perdarahan menstruasi berlebih, infeksi, atau kondisi inflamasi. Selain itu, pemeriksaan kimia darah seperti kadar glukosa, fungsi hati, dan fungsi ginjal juga penting, terutama pada pasien dengan penyakit sistemik yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi atau sebagai persiapan tindakan bedah.

Pemeriksaan hormonal memiliki peran sentral dalam ginekologi, terutama untuk menilai fungsi endokrin reproduksi. Hormon yang sering diperiksa meliputi estrogen, progesteron, follicle-stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH), dan prolaktin. Pemeriksaan ini digunakan untuk mengevaluasi gangguan menstruasi, infertilitas, sindrom ovarium polikistik (PCOS), serta gangguan menopause. Selain itu, pemeriksaan hormon tiroid juga sering dilakukan karena gangguan tiroid dapat memengaruhi siklus menstruasi dan kesuburan.

Pemeriksaan mikrobiologi bertujuan untuk mendeteksi infeksi pada saluran reproduksi, baik yang disebabkan oleh bakteri, jamur, maupun parasit. Sampel dapat diambil dari sekret vagina atau serviks untuk dilakukan pemeriksaan mikroskopis, kultur, atau uji sensitivitas antibiotik. Pemeriksaan ini penting dalam kasus keputihan abnormal, gatal, nyeri, atau kecurigaan infeksi menular seksual (IMS). Selain itu, dilakukan juga pemeriksaan serologi untuk mendeteksi penyakit seperti sifilis, HIV, dan hepatitis, terutama pada pasien dengan faktor risiko tertentu.

Dalam kondisi tertentu, dilakukan pemeriksaan khusus seperti penanda tumor (tumor marker), misalnya CA-125 untuk mendukung diagnosis kanker ovarium, atau pemeriksaan beta-hCG untuk mendeteksi kehamilan dan memantau kehamilan ektopik atau mola hidatidosa. Pemeriksaan histopatologi melalui biopsi jaringan juga

termasuk dalam pemeriksaan laboratorium lanjutan yang penting untuk memastikan diagnosis keganasan atau kelainan jaringan lainnya. Dengan pemilihan pemeriksaan laboratorium yang tepat dan interpretasi yang akurat, klinisi dapat meningkatkan ketepatan diagnosis, menentukan terapi yang sesuai, serta memantau perkembangan kondisi pasien secara optimal dalam praktik ginekologi klinis.

## **B. Ultrasonografi (USG) Ginekologi**

Ultrasonografi (USG) ginekologi merupakan salah satu pemeriksaan pencitraan non-invasif yang paling sering digunakan dalam praktik klinis untuk mengevaluasi organ reproduksi wanita. USG menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi untuk menghasilkan gambaran struktur internal seperti rahim, ovarium, tuba fallopi, dan jaringan sekitarnya. Keunggulan utama USG adalah sifatnya yang aman, tidak menggunakan radiasi, relatif cepat, serta dapat memberikan hasil secara real-time. Oleh karena itu, USG menjadi alat diagnostik utama dalam berbagai kondisi ginekologi, baik untuk tujuan skrining, diagnosis, maupun pemantauan terapi.

Dalam praktik ginekologi, terdapat dua jenis utama USG yang digunakan, yaitu USG transabdominal dan USG transvaginal. USG transabdominal dilakukan melalui dinding perut dengan kandung kemih penuh untuk membantu visualisasi organ pelvis, sedangkan USG transvaginal dilakukan dengan memasukkan probe ke dalam vagina sehingga memberikan gambaran yang lebih detail dan resolusi tinggi terhadap organ reproduksi internal. USG transvaginal sangat bermanfaat untuk mendeteksi kelainan kecil seperti kista ovarium, penebalan endometrium, atau kehamilan dini. Pemilihan metode USG disesuaikan dengan kondisi pasien, indikasi klinis, serta kenyamanan pasien.

USG ginekologi memiliki berbagai indikasi klinis, antara lain untuk mengevaluasi gangguan menstruasi, nyeri panggul, infertilitas, perdarahan abnormal, serta kecurigaan adanya massa pelvis seperti mioma uteri atau tumor ovarium. Selain itu, USG juga digunakan untuk memantau perkembangan folikel pada program fertilitas, menilai ketebalan endometrium, serta mendeteksi kehamilan ektopik atau komplikasi lainnya. Dalam beberapa kasus, teknik tambahan seperti Doppler ultrasound digunakan untuk menilai aliran darah pada organ reproduksi, yang membantu dalam membedakan antara lesi jinak dan ganas.

Interpretasi hasil USG memerlukan pemahaman yang baik tentang anatomi normal dan variasinya, serta kemampuan mengenali pola patologis. Temuan seperti ukuran rahim, bentuk endometrium, struktur ovarium, dan adanya cairan bebas di rongga pelvis menjadi parameter penting dalam penilaian klinis. Selain itu, USG juga berperan dalam memandu prosedur medis, seperti aspirasi kista atau biopsi, sehingga meningkatkan akurasi dan keamanan tindakan. Dengan demikian, ultrasonografi ginekologi merupakan alat diagnostik yang sangat penting dalam praktik klinis karena memberikan informasi yang cepat, akurat, dan aman untuk mendukung pengambilan keputusan medis.

### **C. Pap Smear dan IVA**

Pap smear dan Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) merupakan metode skrining utama dalam ginekologi untuk deteksi dini lesi prakanker dan kanker serviks. Kedua metode ini memiliki tujuan yang sama, yaitu mengidentifikasi perubahan sel serviks sebelum berkembang menjadi keganasan, namun berbeda dalam teknik, tingkat sensitivitas, dan kebutuhan fasilitas. Skrining yang rutin dan tepat sangat penting dalam menurunkan angka kejadian

serta mortalitas akibat kanker serviks, khususnya di negara berkembang.

Pap smear adalah pemeriksaan sitologi yang dilakukan dengan mengambil sampel sel dari serviks menggunakan spatula atau sikat khusus, kemudian diperiksa di laboratorium untuk melihat adanya perubahan seluler abnormal. Pemeriksaan ini mampu mendeteksi lesi prakanker seperti displasia hingga kanker serviks stadium awal. Pap smear memiliki tingkat akurasi yang tinggi, namun memerlukan fasilitas laboratorium, tenaga ahli patologi, serta waktu untuk mendapatkan hasil. Oleh karena itu, pemeriksaan ini sering digunakan sebagai standar emas dalam skrining kanker serviks di fasilitas kesehatan yang memadai. Selain itu, Pap smear juga dapat membantu mendeteksi infeksi tertentu atau perubahan inflamasi pada serviks.

Sementara itu, IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) merupakan metode skrining sederhana yang dilakukan dengan mengoleskan larutan asam asetat (3–5%) pada serviks, kemudian diamati secara langsung adanya perubahan warna menjadi putih (acetowhite) yang menandakan kemungkinan lesi prakanker. IVA memiliki keunggulan karena mudah dilakukan, biaya rendah, tidak memerlukan laboratorium, serta hasil dapat langsung diketahui saat pemeriksaan. Hal ini menjadikan IVA sangat efektif untuk program skrining massal, terutama di daerah dengan keterbatasan sumber daya. Namun, metode ini lebih bergantung pada keterampilan pemeriksa dan memiliki subjektivitas yang lebih tinggi dibandingkan Pap smear.

Dalam praktik klinis, pemilihan antara Pap smear dan IVA disesuaikan dengan kondisi fasilitas kesehatan, kebutuhan pasien, dan program kesehatan masyarakat. Kedua metode ini dapat saling melengkapi dalam upaya deteksi dini kanker serviks. Hasil positif dari salah satu pemeriksaan biasanya memerlukan evaluasi lanjutan,

seperti kolposkopi atau biopsi, untuk memastikan diagnosis. Dengan pelaksanaan skrining yang teratur dan edukasi yang baik kepada masyarakat, Pap smear dan IVA berperan besar dalam meningkatkan kesehatan reproduksi wanita, mencegah kanker serviks, serta meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

#### **D. Pemeriksaan Hormon Reproduksi**

Pemeriksaan hormon reproduksi merupakan salah satu pemeriksaan penunjang penting dalam ginekologi yang bertujuan untuk menilai fungsi endokrin sistem reproduksi wanita. Sistem reproduksi wanita dikendalikan oleh interaksi kompleks antara hipotalamus, hipofisis, dan ovarium yang dikenal sebagai poros hipotalamus–hipofisis–ovarium (HPO axis). Ketidakseimbangan pada salah satu komponen sistem ini dapat menyebabkan gangguan menstruasi, infertilitas, gangguan ovulasi, serta kelainan hormonal lainnya. Oleh karena itu, pemeriksaan hormon menjadi kunci dalam memahami kondisi fisiologis maupun patologis pasien.

Hormon utama yang diperiksa dalam ginekologi meliputi follicle-stimulating hormone (FSH) dan luteinizing hormone (LH), yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis dan berperan dalam pematangan folikel serta proses ovulasi. Estrogen dan progesteron, yang dihasilkan oleh ovarium, berfungsi mengatur siklus menstruasi, menyiapkan endometrium untuk implantasi, serta mempertahankan kehamilan. Selain itu, prolaktin juga diperiksa karena kadar yang tinggi dapat mengganggu ovulasi dan menyebabkan amenore. Pemeriksaan hormon ini biasanya dilakukan pada waktu tertentu dalam siklus menstruasi untuk mendapatkan hasil yang akurat, misalnya pada fase folikular awal atau fase luteal.

Selain hormon utama tersebut, pemeriksaan juga dapat mencakup hormon tiroid (TSH, T3, T4), karena gangguan fungsi tiroid sering berkaitan dengan gangguan menstruasi dan kesuburan.

Pemeriksaan hormon androgen, seperti testosteron, juga dilakukan pada kasus tertentu seperti dugaan sindrom ovarium polikistik (PCOS), yang ditandai dengan hiperandrogenisme. Dalam kasus infertilitas atau gangguan ovulasi, pemeriksaan hormon anti-Müllerian hormone (AMH) digunakan untuk menilai cadangan ovarium. Dengan demikian, profil hormon yang lengkap membantu klinisi memahami penyebab gangguan reproduksi secara lebih spesifik.

Interpretasi hasil pemeriksaan hormon harus dilakukan secara hati-hati dengan mempertimbangkan usia pasien, fase siklus menstruasi, kondisi klinis, serta faktor lain seperti stres atau penggunaan obat. Pemeriksaan ini tidak berdiri sendiri, melainkan dikombinasikan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang lainnya seperti USG. Dengan pendekatan yang komprehensif, pemeriksaan hormon reproduksi membantu dalam penegakan diagnosis yang tepat, perencanaan terapi hormonal, serta pemantauan keberhasilan pengobatan, sehingga meningkatkan kualitas pelayanan ginekologi secara keseluruhan.

### **E. Interpretasi Hasil Pemeriksaan**

Interpretasi hasil pemeriksaan dalam ginekologi merupakan tahap krusial yang menentukan ketepatan diagnosis dan keberhasilan penatalaksanaan pasien. Proses ini melibatkan analisis menyeluruh terhadap data klinis yang diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik, serta berbagai pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, ultrasonografi (USG), Pap smear, dan pemeriksaan hormon. Interpretasi tidak dilakukan secara terpisah, melainkan melalui pendekatan integratif yang mempertimbangkan hubungan antara temuan klinis dan kondisi fisiologis maupun patologis pasien. Dengan demikian, klinisi harus memiliki kemampuan berpikir kritis

dan analitis untuk menghubungkan berbagai data menjadi suatu kesimpulan klinis yang akurat.

Dalam praktiknya, interpretasi hasil pemeriksaan dimulai dengan membandingkan hasil dengan nilai normal atau referensi, yang disesuaikan dengan usia, fase siklus menstruasi, dan kondisi individu pasien. Misalnya, kadar hormon seperti FSH, LH, estrogen, dan progesteron harus ditafsirkan berdasarkan fase siklus menstruasi, sedangkan hasil USG dinilai berdasarkan ukuran, bentuk, dan struktur organ reproduksi. Hasil Pap smear diinterpretasikan berdasarkan klasifikasi sitologi untuk menentukan adanya lesi prakanker atau keganasan. Selain itu, pemeriksaan laboratorium seperti hemoglobin, leukosit, atau penanda tumor juga harus dikaitkan dengan kondisi klinis pasien untuk menghindari kesalahan interpretasi.

Selanjutnya, klinisi melakukan analisis diferensial diagnosis, yaitu mempertimbangkan berbagai kemungkinan penyebab berdasarkan hasil pemeriksaan yang ada. Sebagai contoh, perdarahan uterus abnormal dapat disebabkan oleh gangguan hormonal, mioma uteri, polip endometrium, atau bahkan keganasan. Oleh karena itu, interpretasi harus mempertimbangkan seluruh kemungkinan tersebut sebelum menetapkan diagnosis akhir. Dalam beberapa kasus, hasil pemeriksaan yang tidak spesifik memerlukan evaluasi lanjutan atau pemeriksaan tambahan untuk memastikan diagnosis yang lebih akurat.

Selain aspek teknis, interpretasi hasil pemeriksaan juga harus memperhatikan kondisi klinis pasien secara menyeluruh, termasuk faktor psikologis, sosial, dan riwayat kesehatan sebelumnya. Komunikasi hasil kepada pasien harus dilakukan dengan jelas, jujur, dan empatik, serta disertai penjelasan mengenai diagnosis, pilihan terapi, dan prognosis. Dengan interpretasi yang tepat dan komunikasi yang efektif, pasien dapat memahami kondisinya

dengan baik dan berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan terkait perawatan. Dengan demikian, interpretasi hasil pemeriksaan merupakan proses yang tidak hanya bersifat ilmiah, tetapi juga humanistik, yang mendukung pelayanan ginekologi yang holistik, akurat, dan berpusat pada pasien.

## BAB 5

# GANGGUAN SIKLUS MENSTRUASI

Gangguan siklus menstruasi merupakan salah satu masalah ginekologi yang paling sering ditemui dan mencerminkan adanya ketidakseimbangan dalam sistem reproduksi wanita, baik yang bersifat hormonal, struktural, maupun fungsional. Siklus menstruasi normal umumnya berlangsung antara 21–35 hari dengan durasi perdarahan sekitar 3–7 hari. Gangguan pada siklus ini dapat berupa perubahan frekuensi, durasi, maupun jumlah perdarahan, yang dapat berdampak pada kesehatan fisik, kesuburan, serta kualitas hidup wanita. Oleh karena itu, pemahaman tentang jenis, penyebab, dan penanganan gangguan menstruasi menjadi sangat penting dalam praktik ginekologi klinis.

Salah satu bentuk gangguan adalah amenore, yaitu tidak terjadinya menstruasi. Amenore dapat dibagi menjadi amenore primer (tidak pernah menstruasi hingga usia tertentu) dan amenore sekunder (berhentinya menstruasi pada wanita yang sebelumnya mengalami siklus normal). Penyebabnya beragam, mulai dari gangguan hormonal seperti disfungsi hipotalamus atau hipofisis, sindrom ovarium polikistik (PCOS), hingga faktor eksternal seperti stres, penurunan berat badan drastis, atau olahraga berlebihan. Selain itu, terdapat oligomenore, yaitu siklus menstruasi yang jarang atau lebih dari 35 hari, serta polimenore, yaitu siklus yang terlalu sering dengan interval kurang dari 21 hari.

Gangguan lain yang sering ditemukan adalah menorrhagia, yaitu perdarahan menstruasi yang berlebihan baik dari segi volume maupun durasi, serta metrorrhagia, yaitu perdarahan yang terjadi di luar siklus menstruasi normal. Kondisi ini dapat disebabkan oleh kelainan struktural seperti mioma uteri, polip endometrium, atau gangguan koagulasi darah. Selain itu, dismenore atau nyeri haid juga

merupakan gangguan yang umum, yang dapat bersifat primer (tanpa kelainan organik) atau sekunder akibat kondisi seperti endometriosis atau penyakit radang panggul.

Secara patofisiologis, gangguan siklus menstruasi sering berkaitan dengan ketidakseimbangan pada poros hipotalamus–hipofisis–ovarium, yang mengatur produksi hormon reproduksi seperti estrogen dan progesteron. Diagnosis gangguan ini memerlukan pendekatan komprehensif melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang seperti USG atau pemeriksaan hormon. Penatalaksanaan disesuaikan dengan penyebab yang mendasari, mulai dari terapi hormonal, pengobatan simtomatik, hingga tindakan bedah pada kasus tertentu.

Dengan pemahaman yang baik mengenai gangguan siklus menstruasi, klinisi dapat melakukan deteksi dini, memberikan terapi yang tepat, serta edukasi kepada pasien mengenai kondisi yang dialami. Pendekatan yang holistik dan berbasis bukti akan membantu meningkatkan kualitas hidup pasien, menjaga kesehatan reproduksi, serta mencegah komplikasi jangka panjang.

### **A. Amenore**

Amenore adalah kondisi tidak terjadinya menstruasi pada wanita dalam periode tertentu, yang dapat mencerminkan gangguan fisiologis maupun patologis pada sistem reproduksi. Secara klinis, amenore dibagi menjadi dua jenis utama, yaitu amenore primer dan amenore sekunder. Amenore primer didefinisikan sebagai belum terjadinya menstruasi hingga usia 15–16 tahun pada wanita dengan perkembangan karakteristik seksual sekunder yang normal, atau hingga usia 13 tahun jika tidak terdapat tanda-tanda pubertas. Sementara itu, amenore sekunder adalah kondisi berhentinya menstruasi selama tiga bulan atau lebih pada wanita yang

sebelumnya memiliki siklus menstruasi teratur, atau enam bulan pada wanita dengan siklus tidak teratur.

Penyebab amenore sangat beragam dan dapat diklasifikasikan berdasarkan gangguan pada poros hipotalamus–hipofisis–ovarium maupun kelainan anatomis. Gangguan pada tingkat hipotalamus, seperti stres berat, penurunan berat badan ekstrem, atau aktivitas fisik berlebihan, dapat menyebabkan penurunan sekresi hormon gonadotropin-releasing hormone (GnRH), sehingga menghambat ovulasi. Pada tingkat hipofisis, kondisi seperti hiperprolaktinemia atau tumor hipofisis dapat mengganggu produksi hormon FSH dan LH. Sementara itu, gangguan pada ovarium, seperti sindrom ovarium polikistik (PCOS) atau insufisiensi ovarium prematur, dapat menyebabkan ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesteron. Selain itu, kelainan anatomis seperti sindrom Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), atresia himen, atau sindrom Asherman juga dapat menjadi penyebab amenore.

Pendekatan diagnostik amenore memerlukan evaluasi yang sistematis dan komprehensif. Anamnesis yang mendalam mencakup riwayat menstruasi, pola hidup, perubahan berat badan, penggunaan obat, serta gejala penyerta seperti galaktorea atau hirsutisme. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menilai perkembangan seksual sekunder, tanda-tanda gangguan hormonal, serta kelainan anatomis. Pemeriksaan penunjang meliputi tes kehamilan (yang harus selalu dipertimbangkan pada amenore sekunder), pemeriksaan hormon seperti FSH, LH, prolaktin, dan hormon tiroid, serta pemeriksaan pencitraan seperti ultrasonografi (USG) untuk mengevaluasi organ reproduksi.

Penatalaksanaan amenore bergantung pada penyebab yang mendasari. Pada amenore akibat faktor fungsional seperti stres atau gangguan nutrisi, intervensi berupa perbaikan gaya hidup dan dukungan psikologis seringkali efektif. Pada gangguan hormonal,

terapi hormon dapat diberikan untuk mengembalikan keseimbangan hormonal dan siklus menstruasi. Jika terdapat kelainan struktural, tindakan bedah mungkin diperlukan untuk memperbaiki kelainan tersebut. Selain itu, edukasi pasien mengenai kondisi yang dialami dan pentingnya kepatuhan terhadap terapi menjadi bagian penting dalam manajemen amenore.

Dengan penanganan yang tepat, sebagian besar kasus amenore dapat diatasi atau dikendalikan dengan baik. Deteksi dini dan pendekatan yang komprehensif tidak hanya membantu mengembalikan fungsi menstruasi, tetapi juga mencegah komplikasi jangka panjang seperti infertilitas, osteoporosis, dan gangguan kesehatan reproduksi lainnya. Oleh karena itu, amenore merupakan kondisi yang memerlukan perhatian serius dalam praktik ginekologi klinis.

## **B. Oligomenore dan Polimenore**

Oligomenore dan polimenore merupakan bentuk gangguan siklus menstruasi yang ditandai oleh perubahan frekuensi menstruasi akibat ketidakseimbangan hormonal atau gangguan pada sistem reproduksi. Kedua kondisi ini mencerminkan adanya gangguan dalam regulasi siklus menstruasi yang normal, yang dikendalikan oleh interaksi kompleks antara hipotalamus, hipofisis, dan ovarium. Pemahaman mengenai kedua kondisi ini penting dalam praktik ginekologi karena dapat menjadi indikator awal adanya gangguan ovulasi atau penyakit tertentu.

Oligomenore adalah kondisi di mana siklus menstruasi terjadi dengan interval yang lebih panjang dari normal, yaitu lebih dari 35 hari, sehingga frekuensi menstruasi menjadi jarang. Kondisi ini sering dikaitkan dengan gangguan ovulasi atau anovulasi kronis. Salah satu penyebab paling umum adalah sindrom ovarium polikistik (PCOS), yang ditandai dengan ketidakseimbangan hormon

androgen, gangguan ovulasi, dan sering disertai gejala seperti hirsutisme dan obesitas. Selain itu, oligomenore juga dapat disebabkan oleh gangguan pada hipotalamus, seperti stres, penurunan berat badan ekstrem, atau olahraga berlebihan. Gangguan endokrin lain seperti disfungsi tiroid dan hiperprolaktinemia juga dapat memengaruhi siklus menstruasi dan menyebabkan oligomenore.

Sebaliknya, polimenore adalah kondisi di mana siklus menstruasi terjadi lebih sering dari normal, yaitu dengan interval kurang dari 21 hari. Pada kondisi ini, fase siklus menstruasi menjadi lebih pendek, yang sering kali disebabkan oleh fase luteal yang tidak adekuat atau gangguan hormonal lainnya. Polimenore dapat terjadi akibat ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesteron, infeksi, atau kondisi inflamasi pada organ reproduksi. Selain itu, stres dan perubahan gaya hidup juga dapat memengaruhi frekuensi menstruasi. Pada beberapa kasus, polimenore dapat menyebabkan anemia akibat perdarahan yang terlalu sering.

Pendekatan diagnostik terhadap oligomenore dan polimenore memerlukan evaluasi yang menyeluruh, meliputi anamnesis mengenai pola siklus menstruasi, riwayat kesehatan, serta faktor gaya hidup. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menilai tanda-tanda gangguan hormonal atau penyakit sistemik. Pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan hormon (FSH, LH, estrogen, progesteron, prolaktin, dan hormon tiroid) serta ultrasonografi (USG) digunakan untuk menilai kondisi ovarium dan uterus. Dengan demikian, penyebab gangguan dapat diidentifikasi secara lebih akurat.

Penatalaksanaan oligomenore dan polimenore disesuaikan dengan penyebab yang mendasari. Pada kasus yang berkaitan dengan gangguan hormonal, terapi hormon seperti kontrasepsi oral kombinasi atau terapi progesteron dapat digunakan untuk mengatur siklus menstruasi. Perbaikan gaya hidup, termasuk pengelolaan

stres, nutrisi yang seimbang, dan aktivitas fisik yang teratur, juga berperan penting dalam mengembalikan siklus menstruasi yang normal. Dengan pendekatan yang tepat dan komprehensif, gangguan ini dapat ditangani secara efektif sehingga meningkatkan kesehatan reproduksi dan kualitas hidup pasien.

### **C. Menoragia dan Metroragia**

Menoragia dan metroragia merupakan gangguan perdarahan menstruasi yang sering dijumpai dalam praktik ginekologi dan dapat berdampak signifikan terhadap kesehatan fisik maupun kualitas hidup wanita. Kedua kondisi ini termasuk dalam spektrum perdarahan uterus abnormal (abnormal uterine bleeding/AUB), yang mencerminkan adanya gangguan pada regulasi hormonal, kelainan struktural, atau gangguan sistemik. Pemahaman yang baik mengenai karakteristik dan penyebab kedua kondisi ini sangat penting untuk menentukan diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat.

Menoragia adalah kondisi perdarahan menstruasi yang berlebihan, baik dari segi volume maupun durasi. Secara klinis, menoragia ditandai dengan perdarahan yang berlangsung lebih dari 7 hari atau jumlah darah yang keluar lebih dari 80 ml per siklus, meskipun pengukuran volume seringkali bersifat subjektif. Pasien biasanya mengeluhkan penggunaan pembalut yang sangat sering, keluarnya gumpalan darah, serta gejala anemia seperti lemas, pusing, dan pucat. Penyebab menoragia dapat dibagi menjadi dua kelompok utama, yaitu gangguan fungsional dan kelainan organik. Gangguan fungsional umumnya berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan proliferasi endometrium berlebihan. Sementara itu, kelainan organik meliputi mioma uteri, polip endometrium, adenomiosis, serta gangguan pembekuan darah.

Di sisi lain, metroragia adalah perdarahan uterus yang terjadi di luar siklus menstruasi normal, baik berupa bercak (spotting) maupun perdarahan yang lebih banyak. Kondisi ini sering menimbulkan kekhawatiran pada pasien karena sifatnya yang tidak teratur dan tidak dapat diprediksi. Penyebab metroragia sangat bervariasi, mulai dari gangguan hormonal, infeksi, penggunaan kontrasepsi hormonal, hingga kelainan struktural seperti polip atau keganasan pada serviks dan endometrium. Oleh karena itu, metroragia memerlukan evaluasi yang lebih cermat untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab serius, termasuk kanker.

Pendekatan diagnostik terhadap menoragia dan metroragia dilakukan secara komprehensif melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis difokuskan pada pola perdarahan, durasi, jumlah, serta gejala penyerta. Pemeriksaan fisik dan ginekologi bertujuan untuk mendeteksi adanya kelainan struktural. Pemeriksaan penunjang meliputi tes laboratorium (seperti hemoglobin untuk menilai anemia), pemeriksaan hormon, ultrasonografi (USG), serta pemeriksaan lanjutan seperti histeroskopi atau biopsi endometrium jika dicurigai adanya keganasan.

Penatalaksanaan menoragia dan metroragia bergantung pada penyebab yang mendasari, tingkat keparahan, serta kondisi umum pasien. Terapi dapat berupa pengobatan medikamentosa seperti obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS), terapi hormonal (kontrasepsi oral kombinasi atau progesteron), hingga penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim yang mengandung hormon. Pada kasus yang tidak responsif terhadap terapi medis atau terdapat kelainan struktural, tindakan bedah seperti kuretase, miomektomi, atau histerektomi dapat dipertimbangkan. Dengan pendekatan yang tepat dan individual, gangguan ini dapat ditangani secara efektif, sehingga mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

#### **D. Dismenore**

Dismenore adalah kondisi nyeri yang terjadi sebelum atau selama menstruasi, yang merupakan salah satu keluhan ginekologi paling umum pada wanita usia reproduktif. Nyeri biasanya dirasakan di perut bagian bawah dan dapat menjalar ke punggung bawah atau paha, dengan intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Dismenore tidak hanya berdampak pada aspek fisik, tetapi juga dapat memengaruhi kondisi psikologis, produktivitas, serta kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai dismenore sangat penting dalam praktik klinis.

Secara klinis, dismenore dibagi menjadi dua jenis, yaitu dismenore primer dan dismenore sekunder. Dismenore primer adalah nyeri haid yang tidak disebabkan oleh kelainan organik, dan umumnya terjadi pada remaja atau wanita muda. Kondisi ini berkaitan erat dengan peningkatan produksi prostaglandin di endometrium, yang menyebabkan kontraksi uterus yang berlebihan dan vasokonstriksi, sehingga menimbulkan nyeri. Dismenore primer biasanya muncul beberapa jam sebelum atau saat menstruasi dimulai dan berlangsung selama 1–3 hari. Sebaliknya, dismenore sekunder disebabkan oleh adanya kelainan patologis pada organ reproduksi, seperti endometriosis, adenomiosis, mioma uteri, atau penyakit radang panggul. Nyeri pada dismenore sekunder cenderung lebih berat, berlangsung lebih lama, dan sering disertai gejala lain seperti perdarahan abnormal atau infertilitas.

Pendekatan diagnostik dismenore melibatkan anamnesis yang mendalam mengenai karakteristik nyeri, waktu munculnya, serta faktor yang memperberat atau meringankan. Pemeriksaan fisik dan ginekologi dilakukan untuk menilai kemungkinan adanya kelainan organik, terutama pada kasus yang dicurigai sebagai dismenore sekunder. Pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi (USG)

dapat digunakan untuk mendeteksi kelainan struktural pada uterus atau ovarium. Dalam beberapa kasus tertentu, pemeriksaan lanjutan seperti laparoskopi diperlukan untuk menegakkan diagnosis, terutama pada dugaan endometriosis.

Penatalaksanaan dismenore disesuaikan dengan jenis dan tingkat keparahannya. Pada dismenore primer, terapi lini pertama biasanya berupa obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) yang bekerja dengan menghambat produksi prostaglandin. Selain itu, terapi hormonal seperti kontrasepsi oral kombinasi dapat digunakan untuk menekan ovulasi dan mengurangi nyeri menstruasi. Pendekatan nonfarmakologis seperti kompres hangat, olahraga ringan, serta teknik relaksasi juga dapat membantu mengurangi gejala. Pada dismenore sekunder, penanganan difokuskan pada penyebab yang mendasari, yang dapat meliputi terapi medis maupun tindakan bedah.

Dengan diagnosis yang tepat dan penatalaksanaan yang efektif, sebagian besar kasus dismenore dapat dikendalikan dengan baik. Edukasi kepada pasien mengenai kondisi ini serta pentingnya mencari pertolongan medis jika gejala semakin berat menjadi bagian penting dalam meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan reproduksi wanita.

### **E. Pendekatan Diagnosis dan Tatalaksana**

Pendekatan diagnosis dan tatalaksana gangguan siklus menstruasi merupakan proses yang sistematis dan komprehensif, yang bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab utama serta memberikan terapi yang tepat sesuai kondisi pasien. Gangguan menstruasi dapat disebabkan oleh berbagai faktor, mulai dari ketidakseimbangan hormonal, kelainan struktural organ reproduksi, hingga gangguan sistemik dan faktor psikososial. Oleh karena itu,

pendekatan klinis harus dilakukan secara menyeluruh dengan mengintegrasikan berbagai aspek pemeriksaan.

Tahap awal dalam diagnosis adalah anamnesis yang komprehensif, yang mencakup riwayat menstruasi (usia menarche, panjang siklus, durasi dan jumlah perdarahan), riwayat obstetri, penggunaan kontrasepsi, riwayat penyakit, serta faktor gaya hidup seperti stres, pola makan, dan aktivitas fisik. Selain itu, penting juga untuk menanyakan gejala penyerta seperti nyeri haid, perdarahan di luar siklus, keputihan, atau tanda-tanda gangguan hormonal seperti hirsutisme dan perubahan berat badan. Anamnesis yang baik menjadi dasar dalam menentukan arah pemeriksaan selanjutnya.

Selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik dan ginekologi, yang bertujuan untuk menilai kondisi umum pasien serta mendeteksi adanya kelainan pada organ reproduksi. Pemeriksaan umum meliputi tanda vital, status gizi, serta tanda-tanda anemia atau gangguan endokrin. Pemeriksaan ginekologi dilakukan melalui inspeksi, pemeriksaan spekulum, dan pemeriksaan bimanual untuk mengevaluasi kondisi vagina, serviks, uterus, dan adnexa. Temuan klinis dari pemeriksaan ini dapat memberikan petunjuk penting mengenai kemungkinan penyebab gangguan menstruasi.

Untuk menegakkan diagnosis, diperlukan pemeriksaan penunjang sesuai indikasi. Pemeriksaan laboratorium meliputi tes kehamilan, kadar hemoglobin, serta pemeriksaan hormon seperti FSH, LH, estrogen, progesteron, prolaktin, dan hormon tiroid. Ultrasonografi (USG) digunakan untuk menilai struktur uterus dan ovarium, serta mendeteksi adanya kelainan seperti mioma, kista ovarium, atau penebalan endometrium. Pada kasus tertentu, pemeriksaan lanjutan seperti histeroskopi, biopsi endometrium, atau laparoskopi dapat dilakukan untuk memastikan diagnosis, terutama jika dicurigai adanya keganasan atau kelainan struktural yang kompleks.

Setelah diagnosis ditegakkan, tatalaksana disesuaikan dengan penyebab yang mendasari, tingkat keparahan, serta kondisi dan kebutuhan pasien. Pada gangguan yang disebabkan oleh ketidakseimbangan hormonal, terapi hormonal seperti kontrasepsi oral kombinasi atau terapi progesteron sering digunakan untuk mengatur siklus menstruasi. Pada kasus menoragia, dapat diberikan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) atau agen antifibrinolitik untuk mengurangi perdarahan. Jika terdapat kelainan struktural seperti mioma atau polip, tindakan bedah seperti miomektomi atau kuretase dapat dipertimbangkan. Selain itu, penatalaksanaan juga mencakup terapi suportif seperti suplementasi zat besi pada pasien dengan anemia.

Pendekatan tatalaksana tidak hanya berfokus pada terapi medis, tetapi juga mencakup edukasi dan modifikasi gaya hidup. Pasien perlu diberikan pemahaman mengenai kondisi yang dialami, pentingnya kepatuhan terhadap terapi, serta perubahan gaya hidup seperti menjaga pola makan seimbang, mengelola stres, dan melakukan aktivitas fisik secara teratur. Dalam beberapa kasus, dukungan psikologis juga diperlukan untuk membantu pasien menghadapi dampak emosional dari gangguan menstruasi.

## BAB 6

# INFEKSI SALURAN REPRODUKSI WANITA

Infeksi saluran reproduksi wanita merupakan kelompok penyakit yang menyerang organ reproduksi perempuan, baik bagian atas maupun bawah, yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, dan parasit. Infeksi ini merupakan masalah kesehatan yang cukup sering terjadi dan dapat berdampak serius apabila tidak ditangani dengan baik, termasuk menyebabkan infertilitas, kehamilan ektopik, hingga komplikasi kronis seperti nyeri panggul. Berdasarkan lokasi anatominya, infeksi dibagi menjadi infeksi saluran reproduksi bagian bawah (vulva, vagina, dan serviks) serta bagian atas (uterus, tuba falopi, dan ovarium).

Infeksi pada saluran reproduksi bagian bawah meliputi kondisi seperti vaginitis dan servisititis. Vaginitis dapat disebabkan oleh infeksi jamur seperti *Candida albicans*, bakteri seperti pada bacterial vaginosis, atau parasit seperti *Trichomonas vaginalis*. Gejala yang sering muncul meliputi keputihan abnormal, gatal, bau tidak sedap, serta rasa tidak nyaman pada area genital. Sementara itu, servisititis biasanya disebabkan oleh infeksi menular seksual seperti *Chlamydia trachomatis* dan *Neisseria gonorrhoeae*, yang dapat menyebabkan keputihan, perdarahan setelah hubungan seksual, dan nyeri panggul ringan. Infeksi pada bagian bawah ini dapat menyebar ke bagian atas jika tidak ditangani dengan baik.

Infeksi saluran reproduksi bagian atas dikenal sebagai penyakit radang panggul (pelvic inflammatory disease/PID), yang melibatkan uterus, tuba falopi, dan ovarium. PID umumnya merupakan komplikasi dari infeksi menular seksual yang tidak diobati, terutama klamidia dan gonore. Gejala PID meliputi nyeri perut bagian bawah, demam, keputihan abnormal, serta nyeri saat berhubungan seksual. Kondisi ini memerlukan penanganan segera karena dapat

menyebabkan kerusakan permanen pada tuba falopi, yang berujung pada infertilitas atau peningkatan risiko kehamilan ektopik.

Penegakan diagnosis infeksi saluran reproduksi wanita dilakukan melalui pendekatan komprehensif yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis mencakup riwayat keluhan, aktivitas seksual, serta faktor risiko lainnya. Pemeriksaan fisik dan ginekologi bertujuan untuk mengidentifikasi tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, sekret abnormal, atau nyeri tekan. Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan mikroskopis, kultur, tes laboratorium, serta pemeriksaan molekuler untuk mengidentifikasi agen penyebab secara spesifik.

Penatalaksanaan infeksi saluran reproduksi wanita bergantung pada etiologi penyebabnya. Infeksi bakteri diobati dengan antibiotik yang sesuai, infeksi jamur dengan antijamur, dan infeksi parasit dengan obat antiparasit. Pada infeksi menular seksual, penting untuk juga mengobati pasangan seksual guna mencegah reinfeksi. Selain itu, edukasi mengenai perilaku seksual yang aman, kebersihan genital, serta pentingnya pemeriksaan rutin menjadi bagian penting dalam pencegahan. Dalam kasus yang berat seperti PID, perawatan intensif bahkan rawat inap mungkin diperlukan.

### **A. Vaginitis (Bakterial, Jamur, Trikomoniasis)**

Vaginitis adalah peradangan pada vagina yang merupakan salah satu bentuk paling umum dari infeksi saluran reproduksi wanita bagian bawah. Kondisi ini dapat disebabkan oleh ketidakseimbangan flora normal vagina atau infeksi oleh mikroorganisme patogen seperti bakteri, jamur, dan parasit. Secara fisiologis, vagina memiliki lingkungan asam yang dipertahankan oleh bakteri baik, terutama *Lactobacillus*, yang berfungsi melindungi dari infeksi. Gangguan pada keseimbangan ini dapat memicu terjadinya vaginitis, yang

ditandai dengan gejala seperti keputihan abnormal, gatal, iritasi, bau tidak sedap, dan terkadang nyeri saat berkemih atau berhubungan seksual.

Salah satu bentuk vaginitis yang paling sering adalah vaginosis bakterial (bacterial vaginosis), yang terjadi akibat ketidakseimbangan flora normal vagina, dengan penurunan jumlah *Lactobacillus* dan peningkatan bakteri anaerob seperti *Gardnerella vaginalis*. Kondisi ini tidak selalu dikategorikan sebagai infeksi menular seksual, namun sering dikaitkan dengan aktivitas seksual. Gejala khasnya adalah keputihan berwarna putih keabu-abuan dengan bau amis yang khas, terutama setelah hubungan seksual. Diagnosis biasanya ditegakkan berdasarkan kriteria klinis seperti kriteria Amsel atau pemeriksaan mikroskopis.

Vaginitis akibat jamur, yang paling sering disebabkan oleh *Candida albicans*, dikenal sebagai kandidiasis vulvovaginal. Infeksi ini sering terjadi pada kondisi tertentu seperti kehamilan, diabetes mellitus, penggunaan antibiotik jangka panjang, atau penurunan imunitas. Gejala khasnya meliputi keputihan kental berwarna putih seperti susu atau keju, disertai rasa gatal hebat, kemerahan, dan iritasi pada vulva. Tidak seperti vaginosis bakterial, kandidiasis biasanya tidak menimbulkan bau yang menyengat.

Sementara itu, trikomoniasis adalah vaginitis yang disebabkan oleh parasit *Trichomonas vaginalis* dan termasuk dalam infeksi menular seksual. Gejala yang muncul dapat berupa keputihan berwarna kuning kehijauan, berbusa, dan berbau tidak sedap, disertai gatal, nyeri saat berkemih, serta nyeri saat berhubungan seksual. Pada pemeriksaan, dapat ditemukan serviks dengan gambaran khas “strawberry cervix” akibat adanya perdarahan titik-titik kecil. Karena merupakan infeksi menular seksual, penanganan trikomoniasis harus melibatkan pasangan seksual untuk mencegah penularan ulang.

Diagnosis vaginitis dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan mikroskopis sekret vagina, pengukuran pH vagina, dan tes khusus sesuai indikasi. Penatalaksanaan disesuaikan dengan penyebabnya, yaitu antibiotik untuk vaginosis bakterial, antijamur untuk kandidiasis, dan antiparasit untuk trikomoniasis. Selain itu, edukasi mengenai kebersihan genital, penggunaan pakaian dalam yang tepat, serta perilaku seksual yang aman sangat penting dalam pencegahan.

## **B. Servisititis**

Servisititis adalah peradangan pada serviks (leher rahim) yang umumnya disebabkan oleh infeksi, terutama infeksi menular seksual, meskipun dapat pula disebabkan oleh iritasi non-infeksius. Kondisi ini merupakan salah satu masalah ginekologi yang sering dijumpai dan memiliki peran penting karena dapat menjadi pintu masuk penyebaran infeksi ke saluran reproduksi bagian atas. Serviks sebagai penghubung antara vagina dan uterus memiliki fungsi protektif, sehingga ketika terjadi inflamasi, risiko komplikasi seperti penyakit radang panggul meningkat.

Secara etiologi, servisititis paling sering disebabkan oleh mikroorganisme seperti *Chlamydia trachomatis* dan *Neisseria gonorrhoeae*. Selain itu, agen lain seperti *Trichomonas vaginalis*, virus herpes simpleks, dan *Mycoplasma genitalium* juga dapat menjadi penyebab. Faktor risiko meliputi aktivitas seksual tanpa proteksi, berganti pasangan seksual, usia muda, serta riwayat infeksi menular seksual sebelumnya. Di samping penyebab infeksi, servisititis juga dapat terjadi akibat iritasi kimia, penggunaan alat kontrasepsi tertentu, atau reaksi alergi terhadap produk kebersihan genital.

Gejala servisititis seringkali tidak spesifik, bahkan pada banyak kasus bersifat asimtomatik. Namun, beberapa pasien dapat

mengalami keputihan abnormal, perdarahan di luar siklus menstruasi atau setelah hubungan seksual (postcoital bleeding), serta nyeri panggul ringan. Pada pemeriksaan ginekologi dengan spekulum, serviks dapat tampak kemerahan, mudah berdarah, serta terdapat sekret mukopurulen dari kanalis servikalis. Kondisi ini penting untuk dikenali karena dapat menjadi indikator adanya infeksi yang lebih serius.

Diagnosis servisititis ditegakkan melalui kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan laboratorium seperti tes amplifikasi asam nukleat (NAAT) sangat efektif untuk mendeteksi *Chlamydia trachomatis* dan *Neisseria gonorrhoeae*. Selain itu, pemeriksaan mikroskopis dan kultur dapat digunakan untuk mengidentifikasi agen penyebab lainnya. Skrining terhadap infeksi menular seksual lain juga dianjurkan, mengingat sering terjadi koinfeksi.

Penatalaksanaan servisititis bergantung pada penyebabnya, namun dalam banyak kasus dilakukan terapi empiris dengan antibiotik yang mencakup patogen utama, terutama klamidia dan gonore. Selain itu, sangat penting untuk melakukan pengobatan pada pasangan seksual guna mencegah reinfeksi dan penularan lebih lanjut. Pasien juga dianjurkan untuk menghindari hubungan seksual sementara hingga pengobatan selesai dan gejala membaik. Edukasi mengenai praktik seksual yang aman, termasuk penggunaan kondom, menjadi bagian penting dalam pencegahan.

Dengan diagnosis dini dan penatalaksanaan yang tepat, servisititis umumnya dapat disembuhkan tanpa komplikasi. Namun, jika tidak ditangani dengan baik, kondisi ini dapat berkembang menjadi infeksi saluran reproduksi bagian atas, yang berpotensi menyebabkan infertilitas dan komplikasi serius lainnya. Oleh karena itu, servisititis memerlukan perhatian khusus dalam praktik

ginekologi klinis sebagai bagian dari upaya menjaga kesehatan reproduksi wanita.

### C. Penyakit Radang Panggul (PID)

Penyakit Radang Panggul (Pelvic Inflammatory Disease/PID) adalah infeksi pada saluran reproduksi wanita bagian atas yang melibatkan uterus, tuba falopi, ovarium, dan jaringan sekitarnya. PID merupakan komplikasi serius dari infeksi saluran reproduksi bagian bawah, terutama yang tidak ditangani dengan baik. Kondisi ini memiliki dampak klinis yang signifikan karena dapat menyebabkan kerusakan permanen pada organ reproduksi, yang berujung pada infertilitas, kehamilan ektopik, serta nyeri panggul kronis. Oleh karena itu, PID menjadi salah satu masalah penting dalam ginekologi klinis yang memerlukan deteksi dini dan penanganan yang tepat.

Secara etiologi, PID paling sering disebabkan oleh penyebaran infeksi menular seksual, terutama *Chlamydia trachomatis* dan *Neisseria gonorrhoeae*, dari serviks ke organ reproduksi bagian atas. Selain itu, infeksi juga dapat melibatkan bakteri anaerob, *Mycoplasma genitalium*, serta flora normal vagina yang menjadi patogen oportunistik. Faktor risiko PID meliputi aktivitas seksual tanpa proteksi, memiliki lebih dari satu pasangan seksual, riwayat infeksi menular seksual, penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim (pada fase awal pemasangan), serta prosedur invasif pada uterus.

Gejala PID dapat bervariasi dari ringan hingga berat, bahkan pada beberapa kasus bersifat asimtomatik. Gejala yang umum meliputi nyeri perut bagian bawah, keputihan abnormal, demam, perdarahan di luar siklus menstruasi, serta nyeri saat berhubungan seksual (dyspareunia). Pada pemeriksaan fisik, sering ditemukan nyeri tekan pada abdomen bawah, nyeri gerak serviks (cervical motion tenderness), serta nyeri pada adnexa. Dalam kasus yang

lebih berat, dapat terjadi abses tubo-ovarium yang memerlukan penanganan segera.

Diagnosis PID ditegakkan berdasarkan kombinasi temuan klinis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Karena tidak ada satu pemeriksaan tunggal yang definitif, diagnosis sering bersifat klinis dengan mempertimbangkan gejala dan tanda yang ada. Pemeriksaan penunjang seperti tes laboratorium (leukosit, CRP), pemeriksaan mikrobiologi untuk mendeteksi patogen penyebab, serta ultrasonografi (USG) digunakan untuk mendukung diagnosis dan menilai komplikasi. Pada kasus tertentu, laparoscopi dapat dilakukan sebagai metode diagnostik yang lebih akurat.

Penatalaksanaan PID harus dilakukan secara cepat dan agresif untuk mencegah komplikasi jangka panjang. Terapi utama adalah pemberian antibiotik spektrum luas yang mencakup patogen penyebab utama, baik secara oral maupun intravena tergantung tingkat keparahan. Pada kasus ringan hingga sedang, pengobatan dapat dilakukan secara rawat jalan, sedangkan kasus berat memerlukan rawat inap. Selain itu, pasangan seksual juga harus diperiksa dan diobati untuk mencegah reinfeksi. Pasien dianjurkan untuk menghindari hubungan seksual selama masa pengobatan.

Pencegahan PID berfokus pada deteksi dan pengobatan dini infeksi menular seksual, penggunaan kondom, serta edukasi mengenai kesehatan reproduksi. Dengan penanganan yang tepat dan cepat, prognosis PID dapat menjadi baik, namun keterlambatan diagnosis dapat menyebabkan komplikasi serius yang bersifat permanen. Oleh karena itu, PID merupakan kondisi yang memerlukan perhatian khusus dalam praktik ginekologi sebagai bagian dari upaya menjaga kesehatan reproduksi wanita secara menyeluruh.

#### D. Infeksi Menular Seksual (IMS)

Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah kelompok infeksi yang ditularkan terutama melalui hubungan seksual, baik vaginal, anal, maupun oral, yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti bakteri, virus, parasit, dan jamur. IMS merupakan masalah kesehatan global yang memiliki dampak luas terhadap kesehatan reproduksi, termasuk meningkatkan risiko infertilitas, kehamilan ektopik, komplikasi kehamilan, serta penularan infeksi ke pasangan dan bayi. Dalam konteks ginekologi, IMS memiliki peran penting karena seringkali menjadi penyebab utama infeksi saluran reproduksi wanita, termasuk servisititis dan penyakit radang panggul.

Secara etiologi, IMS dapat dibagi berdasarkan agen penyebabnya. Infeksi bakteri meliputi *Chlamydia trachomatis* (klamidia), *Neisseria gonorrhoeae* (gonore), dan *Treponema pallidum* (sifilis). Infeksi virus meliputi human papillomavirus (HPV), herpes simpleks virus (HSV), serta human immunodeficiency virus (HIV). Sementara itu, infeksi parasit seperti *Trichomonas vaginalis* juga termasuk dalam kelompok IMS. Setiap jenis infeksi memiliki karakteristik klinis yang berbeda, namun seringkali memiliki gejala yang tumpang tindih, sehingga memerlukan pemeriksaan yang cermat untuk diagnosis yang tepat.

Gejala IMS pada wanita seringkali tidak spesifik atau bahkan tanpa gejala (asimtomatik), yang menyebabkan banyak kasus tidak terdeteksi. Gejala yang dapat muncul meliputi keputihan abnormal, nyeri saat berkemih, nyeri panggul, perdarahan di luar siklus menstruasi, serta luka atau lesi pada genital. Pada infeksi tertentu seperti herpes genital, dapat ditemukan vesikel atau ulkus yang nyeri, sedangkan pada sifilis dapat muncul luka tanpa nyeri (chancre) pada tahap awal. Karena banyak IMS bersifat laten atau tanpa gejala, skrining rutin menjadi sangat penting, terutama pada kelompok berisiko tinggi.

Diagnosis IMS dilakukan melalui kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan laboratorium seperti tes amplifikasi asam nukleat (NAAT), serologi, serta pemeriksaan mikroskopis digunakan untuk mengidentifikasi agen penyebab secara spesifik. Deteksi dini sangat penting untuk mencegah komplikasi dan penularan lebih lanjut. Selain itu, skrining IMS sering dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan ginekologi rutin, termasuk Pap smear untuk deteksi perubahan sel serviks akibat infeksi HPV.

Penatalaksanaan IMS bergantung pada jenis patogen penyebab. Infeksi bakteri umumnya diobati dengan antibiotik yang sesuai, sedangkan infeksi virus seperti HSV dan HIV memerlukan terapi antivirus jangka panjang untuk mengendalikan penyakit. Pada kasus tertentu seperti HPV, penanganan difokuskan pada pengobatan lesi dan pencegahan komplikasi seperti kanker serviks. Penting untuk mengobati pasangan seksual secara bersamaan guna mencegah reinfeksi. Selain itu, pasien dianjurkan untuk menunda aktivitas seksual hingga pengobatan selesai.

### **E. Penatalaksanaan dan Pencegahan**

Penatalaksanaan infeksi saluran reproduksi wanita merupakan langkah penting dalam mencegah komplikasi jangka panjang serta memutus rantai penularan penyakit. Prinsip utama penatalaksanaan adalah mengidentifikasi penyebab infeksi secara tepat dan memberikan terapi yang sesuai berdasarkan etiologi. Infeksi bakteri umumnya ditangani dengan antibiotik yang spesifik atau spektrum luas sesuai dengan pedoman klinis, sedangkan infeksi jamur diobati dengan antijamur, dan infeksi parasit dengan agen antiparasit. Pada kasus infeksi virus, seperti herpes simpleks atau HIV, terapi difokuskan pada pengendalian gejala dan menekan replikasi virus melalui obat antivirus. Pemilihan terapi harus mempertimbangkan

kondisi pasien, tingkat keparahan infeksi, serta kemungkinan resistensi obat.

Selain terapi farmakologis, pendekatan komprehensif dan holistik sangat diperlukan dalam penatalaksanaan. Hal ini mencakup edukasi pasien mengenai penyakit yang diderita, pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan, serta anjuran untuk menghindari hubungan seksual selama masa terapi hingga infeksi dinyatakan sembuh. Pada infeksi menular seksual, pengobatan pasangan seksual merupakan langkah krusial untuk mencegah reinfeksi dan penyebaran penyakit lebih lanjut. Dalam kasus tertentu seperti penyakit radang panggul (PID) yang berat, pasien mungkin memerlukan perawatan di rumah sakit dengan terapi intravena dan pemantauan ketat.

Penatalaksanaan juga mencakup pengelolaan komplikasi yang mungkin timbul akibat infeksi. Misalnya, pada kasus anemia akibat perdarahan kronis, diperlukan terapi tambahan seperti suplementasi zat besi. Pada kondisi dengan komplikasi struktural seperti abses atau jaringan parut, tindakan bedah mungkin diperlukan. Evaluasi lanjutan setelah terapi juga penting untuk memastikan keberhasilan pengobatan dan mencegah kekambuhan. Dengan demikian, penatalaksanaan tidak hanya berfokus pada eradikasi infeksi, tetapi juga pada pemulihan fungsi reproduksi secara optimal.

Sementara itu, pencegahan infeksi saluran reproduksi wanita merupakan strategi yang sangat penting dalam menurunkan angka kejadian penyakit. Upaya pencegahan primer meliputi edukasi mengenai kebersihan genital, seperti menjaga area genital tetap kering dan bersih, menghindari penggunaan produk iritan, serta menggunakan pakaian dalam yang menyerap keringat. Selain itu, praktik seksual yang aman, seperti penggunaan kondom dan membatasi jumlah pasangan seksual, sangat efektif dalam mencegah infeksi menular seksual.

Pencegahan sekunder dilakukan melalui skrining dan deteksi dini, seperti pemeriksaan Pap smear, IVA, serta tes laboratorium untuk mendeteksi infeksi menular seksual. Vaksinasi juga merupakan bagian penting dari pencegahan, terutama vaksin human papillomavirus (HPV) yang efektif dalam mencegah kanker serviks. Edukasi masyarakat mengenai pentingnya pemeriksaan rutin dan kesadaran terhadap gejala awal infeksi sangat berperan dalam meningkatkan deteksi dini dan penanganan yang tepat.

## BAB 7

# GANGGUAN ENDOKRIN REPRODUKSI

Gangguan endokrin reproduksi merupakan kondisi yang terjadi akibat ketidakseimbangan hormon yang mengatur fungsi sistem reproduksi wanita. Sistem reproduksi dikendalikan oleh interaksi kompleks antara hipotalamus, hipofisis, dan ovarium yang dikenal sebagai poros hipotalamus–hipofisis–ovarium (HPO axis). Selain itu, organ lain seperti kelenjar tiroid dan adrenal juga turut berperan dalam regulasi hormonal. Gangguan pada salah satu komponen sistem ini dapat menyebabkan berbagai masalah klinis, seperti gangguan siklus menstruasi, infertilitas, gangguan ovulasi, hingga perubahan karakteristik seksual sekunder.

Salah satu gangguan endokrin reproduksi yang paling umum adalah sindrom ovarium polikistik (PCOS), yang ditandai dengan gangguan ovulasi, hiperandrogenisme, dan gambaran ovarium polikistik pada ultrasonografi. PCOS sering menyebabkan oligomenore atau amenore, infertilitas, serta gejala seperti hirsutisme dan jerawat. Selain itu, gangguan lain yang sering dijumpai adalah hiperprolaktinemia, yaitu peningkatan kadar hormon prolaktin yang dapat menghambat ovulasi dan menyebabkan amenore serta galaktorea. Kondisi ini dapat disebabkan oleh tumor hipofisis (prolaktinoma), penggunaan obat tertentu, atau gangguan sistemik.

Gangguan fungsi tiroid juga memiliki pengaruh signifikan terhadap sistem reproduksi. Hipotiroidisme dapat menyebabkan siklus menstruasi yang tidak teratur, menoragia, atau infertilitas, sedangkan hipertiroidisme dapat menyebabkan oligomenore atau amenore. Selain itu, gangguan pada kelenjar adrenal, seperti hiperplasia adrenal kongenital atau sindrom Cushing, dapat

menyebabkan kelebihan hormon androgen yang berdampak pada gangguan menstruasi dan perubahan fisik seperti hirsutisme.

Diagnosis gangguan endokrin reproduksi memerlukan pendekatan yang komprehensif, meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Anamnesis difokuskan pada pola menstruasi, gejala hormonal, serta riwayat kesehatan. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menilai tanda-tanda gangguan hormonal seperti obesitas, hirsutisme, atau perubahan kulit. Pemeriksaan laboratorium meliputi evaluasi hormon seperti FSH, LH, estrogen, progesteron, prolaktin, hormon tiroid, serta androgen. Pemeriksaan pencitraan seperti ultrasonografi (USG) juga digunakan untuk menilai kondisi ovarium dan organ reproduksi lainnya.

Penatalaksanaan gangguan endokrin reproduksi bergantung pada jenis dan penyebab gangguan. Terapi hormonal sering digunakan untuk mengembalikan keseimbangan hormon dan mengatur siklus menstruasi. Pada PCOS, pendekatan meliputi perubahan gaya hidup, penggunaan obat untuk menginduksi ovulasi, serta terapi untuk mengatasi gejala hiperandrogenisme. Pada hiperprolaktinemia, terapi dengan agonis dopamin dapat digunakan untuk menurunkan kadar prolaktin. Gangguan tiroid ditangani dengan terapi spesifik sesuai kondisi, baik berupa suplementasi hormon tiroid maupun obat antitiroid.

Dengan diagnosis yang tepat dan penatalaksanaan yang sesuai, sebagian besar gangguan endokrin reproduksi dapat dikendalikan dengan baik. Pendekatan yang holistik, termasuk edukasi pasien dan modifikasi gaya hidup, sangat penting dalam meningkatkan hasil terapi dan kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, gangguan endokrin reproduksi merupakan aspek penting dalam ginekologi yang memerlukan perhatian khusus dan penanganan yang berkelanjutan.

## A. Sindrom Ovarium Polikistik (PCOS)

Sindrom Ovarium Polikistik (Polycystic Ovary Syndrome/PCOS) merupakan salah satu gangguan endokrin reproduksi yang paling umum pada wanita usia reproduktif. PCOS ditandai oleh kombinasi gangguan ovulasi (oligo-ovulasi atau anovulasi), hiperandrogenisme (peningkatan hormon androgen), serta gambaran ovarium polikistik pada pemeriksaan ultrasonografi. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada sistem reproduksi, tetapi juga berkaitan dengan gangguan metabolik seperti resistensi insulin, obesitas, dan peningkatan risiko diabetes melitus tipe 2. Oleh karena itu, PCOS merupakan sindrom kompleks yang memerlukan pendekatan multidisiplin dalam diagnosis dan penatalaksanaannya.

Secara patofisiologi, PCOS melibatkan gangguan pada poros hipotalamus–hipofisis–ovarium yang menyebabkan peningkatan sekresi luteinizing hormone (LH) dibandingkan follicle-stimulating hormone (FSH). Ketidakseimbangan ini merangsang ovarium untuk memproduksi androgen dalam jumlah berlebih, yang kemudian menghambat pematangan folikel dan proses ovulasi. Selain itu, resistensi insulin yang sering ditemukan pada pasien PCOS juga berperan dalam meningkatkan produksi androgen, sehingga memperburuk kondisi hiperandrogenisme. Akibatnya, folikel yang tidak matang akan menumpuk di ovarium dan membentuk gambaran khas “polikistik”.

Secara klinis, PCOS dapat ditandai dengan berbagai gejala, seperti gangguan siklus menstruasi (oligomenore atau amenore), infertilitas akibat anovulasi, serta tanda-tanda hiperandrogenisme seperti hirsutisme, jerawat, dan alopecia androgenik. Selain itu, banyak pasien juga mengalami peningkatan berat badan atau obesitas, terutama dengan distribusi lemak sentral. Namun, manifestasi PCOS dapat sangat bervariasi antar individu, sehingga diagnosis memerlukan kriteria yang jelas, seperti kriteria Rotterdam,

yang mensyaratkan minimal dua dari tiga temuan utama: gangguan ovulasi, hiperandrogenisme, dan ovarium polikistik pada USG.

Diagnosis PCOS dilakukan melalui kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan laboratorium meliputi evaluasi hormon seperti LH, FSH, testosteron, serta pemeriksaan untuk menyingkirkan penyebab lain seperti gangguan tiroid atau hiperprolaktinemia. Ultrasonografi (USG) digunakan untuk melihat adanya banyak folikel kecil pada ovarium. Selain itu, pemeriksaan metabolik seperti kadar glukosa darah dan profil lipid juga penting untuk menilai risiko komplikasi jangka panjang.

Penatalaksanaan PCOS bersifat individual dan disesuaikan dengan tujuan terapi pasien, seperti mengatur siklus menstruasi, mengatasi gejala hiperandrogenisme, atau meningkatkan kesuburan. Perubahan gaya hidup, termasuk penurunan berat badan melalui diet sehat dan aktivitas fisik, merupakan langkah awal yang sangat penting. Terapi farmakologis meliputi penggunaan kontrasepsi oral kombinasi untuk mengatur siklus menstruasi dan menurunkan kadar androgen, serta obat seperti metformin untuk mengatasi resistensi insulin. Pada pasien yang menginginkan kehamilan, dapat diberikan obat induksi ovulasi seperti klomifen sitrat atau letrozole.

## **B. Hiperprolaktinemia**

Hiperprolaktinemia adalah kondisi meningkatnya kadar hormon prolaktin dalam darah di atas nilai normal, yang dapat mengganggu fungsi sistem reproduksi wanita. Prolaktin adalah hormon yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis anterior dan berperan utama dalam proses laktasi. Namun, kadar prolaktin yang berlebihan dapat menghambat sekresi gonadotropin-releasing hormone (GnRH) dari hipotalamus, sehingga menurunkan produksi follicle-stimulating hormone (FSH) dan luteinizing hormone (LH). Akibatnya, proses

ovulasi terganggu dan dapat menyebabkan gangguan menstruasi hingga infertilitas.

Penyebab hiperprolaktinemia dapat dibagi menjadi beberapa kategori, yaitu fisiologis, patologis, dan farmakologis. Penyebab fisiologis meliputi kehamilan, menyusui, stres, dan tidur. Penyebab patologis yang paling umum adalah prolaktinoma, yaitu tumor jinak pada kelenjar hipofisis yang menghasilkan prolaktin secara berlebihan. Selain itu, gangguan lain seperti hipotiroidisme, penyakit ginjal kronis, serta lesi pada hipotalamus juga dapat menyebabkan peningkatan kadar prolaktin. Dari sisi farmakologis, beberapa obat seperti antipsikotik, antidepresan, dan obat antihipertensi tertentu dapat meningkatkan kadar prolaktin dengan menghambat dopamin, yang merupakan inhibitor alami sekresi prolaktin.

Secara klinis, hiperprolaktinemia ditandai dengan gejala yang berkaitan dengan gangguan fungsi reproduksi. Pada wanita, gejala yang sering muncul meliputi amenore atau oligomenore, infertilitas, serta galaktorea, yaitu keluarnya cairan seperti susu dari payudara di luar masa menyusui. Selain itu, pasien juga dapat mengalami penurunan libido dan kekeringan vagina akibat rendahnya kadar estrogen. Pada kasus prolaktinoma yang besar, dapat timbul gejala tambahan seperti sakit kepala dan gangguan penglihatan akibat penekanan pada struktur di sekitarnya.

Diagnosis hiperprolaktinemia dilakukan melalui pemeriksaan kadar prolaktin serum. Jika ditemukan peningkatan kadar prolaktin, perlu dilakukan evaluasi lebih lanjut untuk menentukan penyebabnya, termasuk pemeriksaan fungsi tiroid, evaluasi riwayat penggunaan obat, serta pencitraan seperti MRI otak untuk mendeteksi adanya tumor hipofisis. Penting juga untuk memastikan bahwa pemeriksaan dilakukan dalam kondisi yang tepat, karena kadar prolaktin dapat meningkat sementara akibat stres atau stimulasi tertentu.

Penatalaksanaan hiperprolaktinemia bergantung pada penyebab yang mendasari. Pada kasus yang disebabkan oleh obat, penghentian atau penggantian obat dapat menjadi solusi. Pada hipotiroidisme, terapi hormon tiroid akan membantu menormalkan kadar prolaktin. Untuk prolaktinoma, terapi utama adalah penggunaan agonis dopamin seperti bromokriptin atau kabergolin, yang efektif menurunkan kadar prolaktin dan mengecilkan ukuran tumor. Tindakan bedah atau radioterapi jarang diperlukan, kecuali pada kasus yang tidak responsif terhadap terapi medis.

### **C. Gangguan Tiroid pada Wanita**

Gangguan tiroid pada wanita merupakan salah satu masalah endokrin yang memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan reproduksi. Kelenjar tiroid menghasilkan hormon tiroksin (T4) dan triiodotironin (T3) yang berperan dalam mengatur metabolisme tubuh, termasuk fungsi sistem reproduksi. Ketidakseimbangan hormon tiroid, baik berupa hipotiroidisme maupun hipertiroidisme, dapat memengaruhi siklus menstruasi, ovulasi, kesuburan, hingga kehamilan. Oleh karena itu, fungsi tiroid yang optimal sangat penting dalam menjaga keseimbangan hormonal wanita.

Hipotiroidisme, yaitu kondisi kekurangan hormon tiroid, merupakan gangguan yang cukup sering terjadi pada wanita. Penyebab tersering adalah penyakit autoimun seperti tiroiditis Hashimoto. Secara klinis, hipotiroidisme dapat menyebabkan siklus menstruasi yang tidak teratur, menoragia (perdarahan menstruasi berlebihan), atau bahkan amenore. Selain itu, pasien dapat mengalami infertilitas akibat gangguan ovulasi. Gejala sistemik seperti kelelahan, peningkatan berat badan, intoleransi terhadap dingin, serta kulit kering sering menyertai kondisi ini. Hipotiroidisme juga dapat meningkatkan kadar prolaktin melalui

peningkatan hormon thyrotropin-releasing hormone (TRH), sehingga memperburuk gangguan reproduksi.

Sebaliknya, hipertiroidisme adalah kondisi kelebihan hormon tiroid yang sering disebabkan oleh penyakit Graves. Pada wanita, hipertiroidisme dapat menyebabkan oligomenore atau amenore, serta menurunkan kesuburan. Gejala yang muncul meliputi penurunan berat badan, palpitasi, tremor, intoleransi panas, dan kecemasan. Pada beberapa kasus, gangguan ini juga dapat meningkatkan risiko komplikasi kehamilan seperti keguguran, kelahiran prematur, dan preeklamsia. Oleh karena itu, deteksi dini dan pengelolaan yang tepat sangat penting.

Gangguan tiroid juga memiliki hubungan erat dengan proses kehamilan dan perkembangan janin. Hormon tiroid berperan penting dalam perkembangan sistem saraf janin, terutama pada trimester pertama. Hipotiroidisme yang tidak terkontrol selama kehamilan dapat menyebabkan gangguan perkembangan kognitif pada anak, sedangkan hipertiroidisme dapat meningkatkan risiko komplikasi obstetri. Oleh karena itu, skrining fungsi tiroid pada wanita dengan gangguan menstruasi atau infertilitas menjadi bagian penting dalam evaluasi klinis.

Diagnosis gangguan tiroid dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium, terutama kadar thyroid-stimulating hormone (TSH), T3, dan T4. Pemeriksaan antibodi tiroid dapat membantu mengidentifikasi penyebab autoimun. Dalam beberapa kasus, pemeriksaan pencitraan seperti ultrasonografi tiroid juga diperlukan. Interpretasi hasil pemeriksaan harus dilakukan secara komprehensif dengan mempertimbangkan kondisi klinis pasien.

Penatalaksanaan gangguan tiroid bertujuan untuk mengembalikan kadar hormon ke kondisi normal. Pada hipotiroidisme, terapi utama adalah pemberian hormon tiroid sintetik (levotiroksin), sedangkan pada hipertiroidisme dapat digunakan obat

antitiroid seperti propiltiourasil atau metimazol, terapi yodium radioaktif, atau tindakan bedah pada kasus tertentu. Penanganan yang tepat tidak hanya memperbaiki gejala sistemik, tetapi juga membantu memulihkan fungsi reproduksi dan meningkatkan peluang kehamilan.

#### **D. Menopause dan Perimenopause**

Menopause dan perimenopause merupakan fase fisiologis dalam kehidupan wanita yang menandai berakhirnya fungsi reproduksi. Menopause secara klinis didefinisikan sebagai berhentinya menstruasi secara permanen selama 12 bulan berturut-turut tanpa penyebab patologis lain. Rata-rata usia menopause terjadi sekitar 45–55 tahun, meskipun dapat bervariasi tergantung faktor genetik, lingkungan, dan gaya hidup. Sementara itu, perimenopause adalah periode transisi sebelum menopause yang dapat berlangsung beberapa tahun, ditandai dengan perubahan hormonal yang fluktuatif dan gangguan siklus menstruasi.

Secara fisiologis, menopause terjadi akibat penurunan jumlah dan fungsi folikel ovarium, yang menyebabkan berkurangnya produksi hormon estrogen dan progesteron. Penurunan estrogen ini memicu peningkatan kadar follicle-stimulating hormone (FSH) dan luteinizing hormone (LH) sebagai respons kompensasi dari hipofisis. Ketidakseimbangan hormonal ini berdampak pada berbagai sistem tubuh, tidak hanya sistem reproduksi, tetapi juga sistem kardiovaskular, muskuloskeletal, dan saraf.

Gejala perimenopause sering kali menjadi tanda awal perubahan menuju menopause. Wanita dapat mengalami siklus menstruasi yang tidak teratur, baik berupa oligomenore maupun polimenore. Selain itu, gejala vasomotor seperti hot flashes (rasa panas mendadak) dan keringat malam (night sweats) merupakan keluhan yang paling umum. Gejala lain meliputi gangguan tidur, perubahan suasana hati,

penurunan konsentrasi, serta penurunan libido. Pada fase menopause, gejala-gejala ini dapat berlanjut dan disertai dengan perubahan urogenital seperti kekeringan vagina, dispareunia (nyeri saat berhubungan seksual), dan peningkatan risiko infeksi saluran kemih.

Dampak jangka panjang menopause berkaitan erat dengan defisiensi estrogen. Penurunan estrogen menyebabkan penurunan kepadatan tulang yang meningkatkan risiko osteoporosis dan fraktur. Selain itu, risiko penyakit kardiovaskular juga meningkat akibat perubahan profil lipid dan fungsi endotel. Oleh karena itu, menopause tidak hanya merupakan perubahan fisiologis, tetapi juga periode yang memerlukan perhatian medis untuk mencegah komplikasi jangka panjang.

Diagnosis menopause umumnya ditegakkan berdasarkan anamnesis klinis, terutama pada wanita usia di atas 45 tahun dengan riwayat amenore selama 12 bulan. Pemeriksaan kadar FSH dapat dilakukan untuk mendukung diagnosis, terutama pada kasus yang meragukan. Pada perimenopause, diagnosis lebih menantang karena fluktuasi hormonal, sehingga penilaian lebih banyak didasarkan pada gejala klinis.

Penatalaksanaan menopause dan perimenopause bertujuan untuk mengurangi gejala serta mencegah komplikasi. Pendekatan non-farmakologis meliputi perubahan gaya hidup seperti olahraga teratur, pola makan sehat, dan manajemen stres. Terapi farmakologis yang paling efektif untuk gejala vasomotor adalah terapi penggantian hormon (hormone replacement therapy/HRT), yang harus diberikan dengan pertimbangan manfaat dan risiko secara individual. Alternatif non-hormonal seperti antidepresan tertentu atau terapi herbal juga dapat digunakan pada pasien yang tidak dapat menerima HRT. Selain itu, suplementasi kalsium dan vitamin D

serta skrining kesehatan rutin penting untuk menjaga kesehatan tulang dan jantung.

### **E. Terapi Hormonal**

Terapi hormonal dalam ginekologi merupakan salah satu pendekatan utama dalam menangani berbagai gangguan sistem reproduksi wanita yang berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon. Terapi ini bertujuan untuk menggantikan, menekan, atau mengatur produksi hormon dalam tubuh guna mencapai keseimbangan fisiologis yang optimal. Penggunaan terapi hormonal sangat luas, mencakup pengelolaan gangguan siklus menstruasi, sindrom ovarium polikistik (PCOS), endometriosis, hiperprolaktinemia, hingga penanganan gejala menopause. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam mengenai prinsip kerja, indikasi, dan efek samping terapi hormonal sangat penting dalam praktik ginekologi klinis.

Secara umum, terapi hormonal dapat dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu terapi estrogen, progesteron (progestin), kombinasi estrogen-progestin, serta agen hormonal lainnya seperti agonis dan antagonis gonadotropin-releasing hormone (GnRH). Estrogen digunakan untuk mengatasi defisiensi hormon, terutama pada menopause, sedangkan progesteron berperan dalam mengatur siklus menstruasi dan melindungi endometrium dari hiperplasia. Kombinasi estrogen dan progestin banyak digunakan dalam kontrasepsi oral serta terapi penggantian hormon (HRT). Sementara itu, agonis GnRH digunakan untuk menekan fungsi ovarium secara sementara, misalnya pada endometriosis atau mioma uteri.

Indikasi terapi hormonal sangat beragam, tergantung pada kondisi klinis pasien. Pada gangguan menstruasi seperti amenore atau oligomenore, terapi hormonal dapat membantu mengembalikan siklus yang normal. Pada PCOS, terapi ini digunakan untuk

mengontrol hiperandrogenisme dan mengatur menstruasi. Dalam kasus endometriosis, terapi hormonal bertujuan menekan pertumbuhan jaringan endometrium ektopik. Pada menopause, terapi penggantian hormon efektif dalam mengurangi gejala vasomotor seperti hot flashes dan kekeringan vagina. Selain itu, terapi hormonal juga digunakan dalam penanganan infertilitas, terutama melalui induksi ovulasi.

Meskipun memiliki banyak manfaat, terapi hormonal juga memiliki potensi efek samping dan risiko yang perlu diperhatikan. Efek samping yang umum meliputi mual, nyeri payudara, peningkatan berat badan, dan perubahan suasana hati. Risiko jangka panjang dapat mencakup peningkatan risiko tromboemboli, kanker payudara, dan kanker endometrium, terutama pada penggunaan estrogen tanpa kombinasi progesteron pada wanita dengan uterus. Oleh karena itu, pemilihan terapi harus didasarkan pada evaluasi menyeluruh terhadap kondisi pasien, riwayat kesehatan, serta faktor risiko yang dimiliki.

Pendekatan individualisasi terapi merupakan prinsip penting dalam penggunaan terapi hormonal. Setiap pasien memiliki kebutuhan dan respons yang berbeda terhadap terapi, sehingga klinisi harus mempertimbangkan usia, status reproduksi, tujuan terapi, serta preferensi pasien. Pemantauan berkala juga diperlukan untuk menilai efektivitas terapi dan mendeteksi efek samping sejak dini. Edukasi kepada pasien mengenai manfaat dan risiko terapi hormonal menjadi bagian penting dalam meningkatkan kepatuhan dan keberhasilan terapi.

## BAB 8

# INFERTILITAS

Infertilitas adalah kondisi ketidakmampuan pasangan untuk mencapai kehamilan setelah melakukan hubungan seksual secara teratur tanpa menggunakan kontrasepsi selama minimal 12 bulan. Pada wanita usia di atas 35 tahun, evaluasi infertilitas biasanya sudah dianjurkan setelah 6 bulan. Infertilitas merupakan masalah kesehatan reproduksi yang kompleks dan dapat disebabkan oleh faktor wanita, pria, kombinasi keduanya, atau bahkan tidak diketahui (idiopatik). Kondisi ini tidak hanya berdampak secara fisik, tetapi juga memiliki implikasi psikologis, sosial, dan emosional yang signifikan bagi pasangan.

Dari sisi etiologi, infertilitas pada wanita dapat disebabkan oleh berbagai faktor, di antaranya gangguan ovulasi, kelainan tuba falopi, kelainan uterus, serta gangguan hormonal. Gangguan ovulasi merupakan penyebab paling umum, seperti pada sindrom ovarium polikistik (PCOS) atau gangguan endokrin lainnya. Kelainan tuba falopi, misalnya akibat infeksi atau penyakit radang panggul, dapat menghambat pertemuan sel telur dan sperma. Selain itu, kelainan anatomi uterus seperti mioma, polip endometrium, atau kelainan kongenital juga dapat mengganggu implantasi embrio. Faktor usia juga sangat berpengaruh, karena kualitas dan kuantitas sel telur menurun seiring bertambahnya usia wanita.

Sementara itu, infertilitas pada pria umumnya berkaitan dengan gangguan produksi, fungsi, atau transportasi sperma. Faktor-faktor seperti jumlah sperma yang rendah (oligospermia), motilitas yang buruk, atau bentuk sperma yang abnormal dapat memengaruhi kemampuan fertilisasi. Selain itu, faktor gaya hidup seperti merokok, konsumsi alkohol, obesitas, serta paparan lingkungan juga berkontribusi terhadap penurunan kualitas sperma. Oleh karena itu,

evaluasi infertilitas harus dilakukan secara menyeluruh pada kedua pasangan.

Secara klinis, pasangan dengan infertilitas sering kali tidak menunjukkan gejala spesifik selain tidak terjadinya kehamilan. Namun, pada wanita dapat ditemukan tanda-tanda seperti siklus menstruasi tidak teratur, nyeri panggul, atau riwayat infeksi saluran reproduksi. Pada pria, gangguan fungsi seksual atau riwayat penyakit tertentu dapat menjadi petunjuk. Pendekatan diagnosis dimulai dengan anamnesis lengkap, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang seperti analisis semen, evaluasi ovulasi, ultrasonografi, dan pemeriksaan patensi tuba (misalnya histerosalpingografi).

Penatalaksanaan infertilitas bergantung pada penyebab yang mendasari. Pada gangguan ovulasi, terapi dapat berupa induksi ovulasi menggunakan obat seperti klomifen sitrat atau letrozole. Jika terdapat kelainan struktural, tindakan bedah dapat menjadi pilihan. Teknologi reproduksi berbantu (assisted reproductive technology/ART) seperti inseminasi intrauterin (IUI) dan fertilisasi in vitro (IVF) menjadi alternatif bagi pasangan yang tidak berhasil dengan terapi konvensional. Selain itu, perubahan gaya hidup sehat seperti menjaga berat badan ideal, berhenti merokok, dan mengelola stres juga sangat penting dalam meningkatkan peluang kehamilan.

Infertilitas merupakan kondisi yang dapat ditangani dengan pendekatan yang tepat dan komprehensif. Dukungan psikologis serta konseling kepada pasangan sangat penting untuk membantu mereka menghadapi proses diagnosis dan terapi yang sering kali panjang dan emosional. Dengan kemajuan teknologi kedokteran reproduksi, peluang keberhasilan terapi infertilitas semakin meningkat, sehingga harapan untuk memperoleh keturunan tetap terbuka bagi banyak pasangan.

## A. Definisi dan Epidemiologi Infertilitas

Infertilitas didefinisikan sebagai ketidakmampuan pasangan untuk mencapai kehamilan setelah melakukan hubungan seksual secara teratur tanpa menggunakan kontrasepsi selama periode tertentu. Secara umum, batas waktu yang digunakan adalah 12 bulan pada pasangan usia reproduktif, sedangkan pada wanita usia di atas 35 tahun, evaluasi sudah dianjurkan setelah 6 bulan. Infertilitas dapat diklasifikasikan menjadi infertilitas primer, yaitu ketika pasangan belum pernah mencapai kehamilan sama sekali, dan infertilitas sekunder, yaitu ketika pasangan pernah mengalami kehamilan sebelumnya tetapi mengalami kesulitan untuk hamil kembali. Definisi ini penting sebagai dasar dalam menentukan waktu evaluasi klinis dan intervensi yang tepat.

Dari sudut pandang epidemiologi, infertilitas merupakan masalah kesehatan global yang cukup signifikan. Diperkirakan sekitar 10–15% pasangan usia reproduktif di seluruh dunia mengalami infertilitas. Prevalensi ini dapat bervariasi antar wilayah, dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, budaya, serta akses terhadap layanan kesehatan. Di negara berkembang, angka infertilitas cenderung lebih tinggi, terutama akibat tingginya angka infeksi saluran reproduksi, komplikasi persalinan, serta keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang memadai.

Distribusi penyebab infertilitas menunjukkan bahwa sekitar 30–40% kasus disebabkan oleh faktor wanita, 30–40% oleh faktor pria, dan sisanya merupakan kombinasi keduanya atau tidak diketahui (idiopatik). Pada wanita, penyebab utama meliputi gangguan ovulasi, kelainan tuba falopi, dan kelainan uterus. Sementara itu, pada pria, faktor yang paling sering adalah gangguan kualitas sperma. Data ini menegaskan bahwa infertilitas adalah masalah pasangan, sehingga evaluasi harus dilakukan secara komprehensif pada kedua pihak.

Faktor usia merupakan determinan penting dalam epidemiologi infertilitas. Kesuburan wanita mulai menurun secara signifikan setelah usia 35 tahun dan semakin menurun tajam setelah usia 40 tahun. Hal ini berkaitan dengan penurunan jumlah dan kualitas oosit. Pada pria, meskipun penurunan kesuburan terjadi lebih lambat, kualitas sperma juga dapat menurun seiring bertambahnya usia. Selain usia, faktor gaya hidup seperti merokok, konsumsi alkohol, obesitas, serta paparan polusi dan bahan kimia berbahaya juga berkontribusi terhadap meningkatnya angka infertilitas.

Selain aspek medis, infertilitas juga memiliki dampak sosial dan psikologis yang luas. Di banyak budaya, memiliki keturunan dianggap sebagai bagian penting dari kehidupan berkeluarga, sehingga pasangan yang mengalami infertilitas sering menghadapi tekanan sosial, stigma, bahkan konflik dalam hubungan. Oleh karena itu, pendekatan terhadap infertilitas tidak hanya berfokus pada aspek biologis, tetapi juga harus mempertimbangkan dimensi psikososial.

## **B. Faktor Penyebab pada Wanita**

Faktor penyebab infertilitas pada wanita sangat beragam dan dapat melibatkan gangguan pada berbagai komponen sistem reproduksi, mulai dari ovarium, tuba falopi, uterus, hingga sistem endokrin. Secara umum, penyebab infertilitas pada wanita dapat diklasifikasikan menjadi beberapa kelompok utama, yaitu gangguan ovulasi, kelainan tuba falopi, kelainan uterus, gangguan serviks, serta faktor endokrin dan sistemik. Pemahaman terhadap berbagai faktor ini sangat penting dalam menentukan pendekatan diagnosis dan terapi yang tepat.

Gangguan ovulasi merupakan penyebab paling umum infertilitas pada wanita. Kondisi ini terjadi ketika ovarium tidak melepaskan sel telur secara teratur atau tidak terjadi ovulasi sama sekali (anovulasi). Gangguan ini sering ditemukan pada kondisi

seperti sindrom ovarium polikistik (PCOS), hiperprolaktinemia, serta gangguan tiroid. Ketidakseimbangan hormon yang mengatur siklus menstruasi menyebabkan pematangan folikel terganggu, sehingga proses fertilisasi tidak dapat terjadi. Wanita dengan gangguan ovulasi biasanya memiliki siklus menstruasi yang tidak teratur, seperti oligomenore atau amenore.

Selain itu, kelainan tuba falopi juga merupakan faktor penting yang dapat menyebabkan infertilitas. Tuba falopi berperan sebagai tempat terjadinya fertilisasi, sehingga kerusakan atau sumbatan pada tuba dapat menghambat pertemuan antara sperma dan ovum. Penyebab utama kerusakan tuba adalah infeksi, terutama akibat penyakit radang panggul (*pelvic inflammatory disease*/PID), yang sering kali berkaitan dengan infeksi menular seksual. Selain infeksi, riwayat operasi panggul, endometriosis, atau kehamilan ektopik juga dapat menyebabkan gangguan pada tuba falopi.

Kelainan uterus juga berkontribusi terhadap infertilitas, terutama terkait dengan gangguan implantasi embrio. Kondisi seperti mioma uteri, polip endometrium, adhesi intrauterin (sindrom Asherman), serta kelainan kongenital seperti uterus septum dapat menghambat proses implantasi atau menyebabkan keguguran berulang. Selain itu, kualitas lapisan endometrium yang tidak optimal juga dapat memengaruhi keberhasilan kehamilan.

Faktor lain yang tidak kalah penting adalah gangguan serviks, meskipun relatif lebih jarang dibandingkan penyebab lainnya. Serviks berperan dalam memfasilitasi masuknya sperma ke dalam uterus melalui lendir serviks. Kelainan pada produksi atau kualitas lendir serviks dapat menghambat pergerakan sperma. Selain itu, adanya antibodi antisperma juga dapat menyebabkan gangguan fertilisasi.

Endometriosis merupakan kondisi lain yang sering dikaitkan dengan infertilitas. Pada kondisi ini, jaringan endometrium tumbuh

di luar rongga uterus, seperti pada ovarium atau peritoneum. Endometriosis dapat menyebabkan peradangan kronis, pembentukan adhesi, serta gangguan fungsi ovarium dan tuba falopi. Selain itu, lingkungan pelvis yang tidak kondusif akibat peradangan juga dapat mengganggu proses fertilisasi dan implantasi.

Selain faktor lokal pada organ reproduksi, faktor endokrin dan sistemik juga berperan dalam infertilitas. Gangguan seperti diabetes melitus, obesitas, serta gangguan hormonal lainnya dapat memengaruhi keseimbangan hormon reproduksi. Gaya hidup yang tidak sehat, seperti merokok, konsumsi alkohol, serta stres kronis, juga dapat menurunkan kesuburan wanita. Faktor usia juga menjadi determinan utama, karena kualitas dan jumlah oosit menurun seiring bertambahnya usia.

Dengan memahami berbagai faktor penyebab infertilitas pada wanita, klinisi dapat melakukan evaluasi secara sistematis dan menyeluruh. Pendekatan yang tepat akan membantu dalam menentukan strategi penatalaksanaan yang efektif, sehingga meningkatkan peluang keberhasilan kehamilan. Oleh karena itu, identifikasi faktor penyebab merupakan langkah kunci dalam manajemen infertilitas dalam praktik ginekologi klinis.

### **C. Evaluasi dan Diagnosis Infertilitas**

Evaluasi dan diagnosis infertilitas merupakan langkah penting dalam menentukan penyebab serta strategi penatalaksanaan yang tepat bagi pasangan yang mengalami kesulitan memperoleh keturunan. Pendekatan ini harus dilakukan secara komprehensif dan sistematis, dengan melibatkan kedua pasangan, karena infertilitas merupakan masalah bersama. Evaluasi biasanya dimulai setelah pasangan tidak berhasil mencapai kehamilan dalam waktu 12 bulan (atau 6 bulan pada wanita usia >35 tahun), dengan mempertimbangkan faktor risiko yang ada.

Tahap awal evaluasi adalah anamnesis yang mendalam pada kedua pasangan. Pada wanita, anamnesis mencakup riwayat menstruasi (teratur atau tidak), riwayat kehamilan sebelumnya, riwayat infeksi saluran reproduksi, penggunaan kontrasepsi, serta gejala yang mengarah pada gangguan hormonal seperti galaktorea atau hirsutisme. Riwayat penyakit kronis, operasi panggul, serta gaya hidup juga perlu digali. Pada pria, anamnesis meliputi riwayat pubertas, fungsi seksual, riwayat infeksi, paparan zat berbahaya, serta kebiasaan seperti merokok atau konsumsi alkohol.

Selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik, yang bertujuan untuk mengidentifikasi tanda-tanda klinis yang berkaitan dengan penyebab infertilitas. Pada wanita, pemeriksaan meliputi penilaian indeks massa tubuh (IMT), tanda hiperandrogenisme, serta pemeriksaan ginekologi untuk menilai kondisi uterus dan ovarium. Pada pria, pemeriksaan meliputi evaluasi ukuran testis, adanya varikokel, serta karakteristik seksual sekunder. Pemeriksaan ini memberikan petunjuk awal mengenai kemungkinan gangguan yang mendasari.

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian penting dalam proses diagnosis infertilitas. Pada wanita, evaluasi ovulasi dapat dilakukan dengan memantau siklus menstruasi, pengukuran suhu basal tubuh, atau pemeriksaan kadar progesteron pada fase luteal. Pemeriksaan hormonal seperti FSH, LH, prolaktin, dan hormon tiroid juga sering dilakukan. Ultrasonografi (USG) digunakan untuk menilai struktur ovarium dan uterus, serta mendeteksi adanya kelainan seperti kista atau mioma. Untuk menilai patensi tuba falopi, dapat dilakukan histerosalpingografi (HSG) atau laparoskopi.

Pada pria, pemeriksaan utama adalah analisis semen, yang menilai jumlah, motilitas, dan morfologi sperma. Jika ditemukan kelainan, pemeriksaan lanjutan seperti evaluasi hormonal atau pemeriksaan genetik dapat dilakukan. Analisis semen sebaiknya

dilakukan lebih dari satu kali untuk memastikan konsistensi hasil, karena kualitas sperma dapat bervariasi.

Dalam beberapa kasus, diperlukan pemeriksaan lanjutan untuk mendapatkan diagnosis yang lebih akurat. Laparoskopi dapat digunakan untuk mendeteksi endometriosis atau adhesi panggul, sedangkan histeroskopi berguna untuk mengevaluasi rongga uterus. Selain itu, tes khusus seperti pemeriksaan antibodi antisperma atau evaluasi cadangan ovarium (misalnya melalui kadar Anti-Müllerian Hormone/AMH) juga dapat dilakukan sesuai indikasi.

Pendekatan diagnosis infertilitas harus bersifat individual dan berbasis masalah, dengan mempertimbangkan kondisi masing-masing pasangan. Tujuan utama dari evaluasi ini adalah mengidentifikasi penyebab yang dapat diobati serta menentukan strategi terapi yang paling efektif. Dengan diagnosis yang tepat, peluang keberhasilan penatalaksanaan infertilitas dapat meningkat secara signifikan.

#### **D. Penatalaksanaan Infertilitas**

Penatalaksanaan infertilitas merupakan proses yang kompleks dan harus disesuaikan dengan penyebab yang mendasari, usia pasangan, durasi infertilitas, serta preferensi pasien. Tujuan utama dari penatalaksanaan adalah meningkatkan peluang terjadinya kehamilan secara efektif dan aman, baik melalui terapi sederhana maupun dengan bantuan teknologi reproduksi berbantu. Pendekatan yang digunakan bersifat individual dan sering kali memerlukan kerja sama multidisiplin antara dokter, tenaga kesehatan lainnya, serta pasangan itu sendiri.

Langkah awal dalam penatalaksanaan infertilitas adalah modifikasi gaya hidup. Faktor seperti obesitas, kekurangan berat badan, merokok, konsumsi alkohol, stres, serta pola makan yang tidak sehat dapat memengaruhi kesuburan. Penurunan atau

peningkatan berat badan hingga mencapai indeks massa tubuh yang ideal dapat membantu memperbaiki fungsi ovulasi. Selain itu, edukasi mengenai waktu yang tepat untuk melakukan hubungan seksual (timed intercourse) selama masa subur juga merupakan intervensi sederhana namun efektif dalam meningkatkan peluang kehamilan.

Penatalaksanaan selanjutnya adalah terapi medis berdasarkan penyebab spesifik. Pada gangguan ovulasi, terapi induksi ovulasi menggunakan obat seperti klomifen sitrat atau letrozole merupakan pilihan utama. Pada pasien dengan hiperprolaktinemia, diberikan agonis dopamin seperti bromokriptin atau kabergolin untuk menormalkan kadar prolaktin. Gangguan tiroid juga harus dikoreksi dengan terapi yang sesuai. Pada kasus infeksi saluran reproduksi, antibiotik diberikan untuk mengatasi penyebab infeksi dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

Jika terdapat kelainan struktural, maka tindakan bedah dapat menjadi pilihan. Misalnya, miomektomi untuk mengangkat mioma uteri, polipektomi untuk polip endometrium, serta adhesiolisis pada sindrom Asherman. Pada kasus endometriosis, laparoskopi dapat dilakukan untuk mengangkat jaringan endometrium ektopik dan memperbaiki kondisi anatomi panggul. Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan kemungkinan terjadinya fertilisasi dan implantasi.

Selain terapi konvensional, teknologi reproduksi berbantu (Assisted Reproductive Technology/ART) merupakan pilihan penting, terutama pada kasus infertilitas yang tidak responsif terhadap terapi lain. Inseminasi intrauterin (IUI) dilakukan dengan memasukkan sperma yang telah diproses langsung ke dalam uterus pada saat ovulasi. Fertilisasi in vitro (IVF) atau bayi tabung merupakan teknik di mana pembuahan dilakukan di luar tubuh, kemudian embrio yang terbentuk ditanamkan kembali ke dalam

uterus. Teknik lain seperti intracytoplasmic sperm injection (ICSI) digunakan pada kasus infertilitas pria berat.

Pemilihan metode terapi harus mempertimbangkan berbagai faktor, termasuk usia wanita, cadangan ovarium, kondisi kesehatan umum, serta aspek finansial dan psikologis. Semakin bertambah usia wanita, terutama di atas 35 tahun, pendekatan yang lebih agresif seperti ART sering kali dipertimbangkan lebih awal. Selain itu, keberhasilan terapi infertilitas juga dipengaruhi oleh kepatuhan pasien terhadap pengobatan dan dukungan emosional yang diberikan.

Aspek dukungan psikologis dan konseling juga merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan infertilitas. Proses diagnosis dan terapi yang panjang sering kali menimbulkan stres, kecemasan, dan tekanan emosional pada pasangan. Oleh karena itu, konseling yang baik dapat membantu pasangan memahami kondisi yang dihadapi, meningkatkan kesiapan mental, serta mendukung keberhasilan terapi.

## **E. Teknologi Reproduksi Berbantu**

Teknologi Reproduksi Berbantu atau *Assisted Reproductive Technology* (ART) merupakan serangkaian teknik medis yang digunakan untuk membantu pasangan yang mengalami infertilitas dalam mencapai kehamilan. Teknologi ini melibatkan manipulasi sel reproduksi, baik sperma maupun ovum, serta embrio, di luar proses reproduksi alami. ART menjadi solusi penting terutama bagi pasangan yang tidak berhasil dengan terapi konvensional atau memiliki kondisi tertentu seperti gangguan tuba falopi, infertilitas pria berat, atau infertilitas yang tidak diketahui penyebabnya (idiopatik).

Salah satu metode ART yang paling sederhana adalah inseminasi intrauterin (IUI). Prosedur ini dilakukan dengan

memasukkan sperma yang telah diproses dan dipilih kualitas terbaiknya langsung ke dalam rongga uterus pada saat ovulasi. IUI sering digunakan pada kasus infertilitas ringan, gangguan serviks, atau faktor pria dengan kualitas sperma yang sedikit menurun. Metode ini relatif sederhana, minim invasif, dan memiliki biaya yang lebih rendah dibandingkan teknik ART lainnya.

Metode yang lebih kompleks adalah fertilisasi in vitro (IVF), yang dikenal sebagai program bayi tabung. Dalam prosedur ini, sel telur diambil dari ovarium setelah dilakukan stimulasi hormonal, kemudian dibuahi oleh sperma di laboratorium. Embrio yang terbentuk selanjutnya dipantau perkembangannya dan ditransfer ke dalam uterus. IVF merupakan pilihan utama pada kasus infertilitas akibat sumbatan tuba, endometriosis berat, atau kegagalan terapi lain. Keberhasilan IVF dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk usia wanita, kualitas embrio, serta kondisi endometrium.

Pada kasus infertilitas pria berat, digunakan teknik intracytoplasmic sperm injection (ICSI), yaitu prosedur di mana satu sel sperma disuntikkan langsung ke dalam sitoplasma sel telur. Teknik ini sangat efektif pada kondisi jumlah sperma sangat rendah atau kualitas sperma yang buruk. Selain itu, terdapat pula teknik lain seperti donor gamet (donor sperma atau ovum) serta surrogacy (ibu pengganti), yang digunakan pada kondisi tertentu sesuai dengan indikasi medis dan pertimbangan etis serta hukum.

Perkembangan ART juga mencakup teknik lanjutan seperti kriopreservasi (pembekuan sel telur, sperma, atau embrio), yang memungkinkan penyimpanan untuk digunakan di masa depan. Teknologi ini sangat bermanfaat bagi wanita yang ingin menunda kehamilan atau pasien yang akan menjalani terapi yang dapat merusak fungsi ovarium, seperti kemoterapi. Selain itu, terdapat pula preimplantation genetic testing (PGT) yang memungkinkan

deteksi kelainan genetik pada embrio sebelum ditanamkan ke dalam uterus.

Meskipun ART menawarkan peluang besar untuk memperoleh keturunan, terdapat beberapa risiko dan tantangan yang perlu diperhatikan. Risiko medis meliputi sindrom hiperstimulasi ovarium (OHSS), kehamilan ganda, serta komplikasi prosedur. Selain itu, aspek etika, hukum, dan sosial juga menjadi pertimbangan penting, terutama terkait dengan penggunaan donor gamet dan surrogacy. Biaya yang relatif tinggi juga menjadi kendala bagi sebagian pasangan dalam mengakses layanan ini.

Keberhasilan ART sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, terutama usia wanita, cadangan ovarium, kualitas sperma, serta pengalaman dan fasilitas klinik. Oleh karena itu, pemilihan metode yang tepat harus dilakukan melalui evaluasi yang komprehensif dan konsultasi mendalam antara pasien dan tenaga kesehatan. Dukungan psikologis juga penting, mengingat proses ART sering kali memerlukan waktu, biaya, dan kesiapan emosional yang besar.

# KONTRASEPSI DAN KELUARGA BERENCANA

Kontrasepsi dan keluarga berencana (KB) merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi yang bertujuan untuk membantu individu atau pasangan dalam merencanakan jumlah dan jarak kelahiran anak. Konsep ini tidak hanya berfokus pada pencegahan kehamilan, tetapi juga mencakup upaya meningkatkan kesejahteraan keluarga, kesehatan ibu dan anak, serta pengendalian pertumbuhan penduduk. Melalui program KB, pasangan dapat menentukan waktu yang tepat untuk memiliki anak sesuai dengan kesiapan fisik, mental, dan sosial ekonomi.

Kontrasepsi adalah metode atau alat yang digunakan untuk mencegah terjadinya kehamilan. Secara umum, metode kontrasepsi dapat dibagi menjadi beberapa kategori, yaitu metode hormonal, metode non-hormonal, metode alami, serta metode permanen. Metode hormonal meliputi pil kontrasepsi, suntikan, implan, dan patch yang bekerja dengan cara menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks, serta mengubah kondisi endometrium. Metode ini memiliki efektivitas tinggi jika digunakan dengan benar, namun dapat menimbulkan efek samping seperti perubahan siklus menstruasi, mual, atau peningkatan berat badan.

Metode non-hormonal mencakup alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD), kondom, dan diafragma. IUD, baik yang mengandung tembaga maupun hormon, bekerja dengan menciptakan lingkungan yang tidak kondusif bagi fertilisasi dan implantasi. Kondom memiliki keunggulan tambahan dalam mencegah penularan infeksi menular seksual (IMS). Metode ini relatif aman dan dapat digunakan oleh berbagai kelompok usia, meskipun efektivitasnya bergantung pada kepatuhan penggunaan.

Selain itu, terdapat metode kontrasepsi alami, seperti metode kalender, pengamatan lendir serviks, dan metode suhu basal tubuh, yang memanfaatkan pemahaman terhadap siklus menstruasi untuk menghindari hubungan seksual pada masa subur. Metode ini tidak melibatkan alat atau obat, tetapi memerlukan disiplin dan pemahaman yang baik dari pasangan. Tingkat keberhasilannya cenderung lebih rendah dibandingkan metode modern.

Untuk pasangan yang tidak menginginkan kehamilan di masa depan, tersedia metode kontrasepsi permanen, yaitu sterilisasi. Pada wanita, prosedur ini dilakukan melalui tubektomi (ligasi tuba falopi), sedangkan pada pria melalui vasektomi. Metode ini sangat efektif, namun bersifat irreversibel sehingga memerlukan pertimbangan yang matang sebelum dilakukan.

Pemilihan metode kontrasepsi harus didasarkan pada berbagai faktor, termasuk usia, kondisi kesehatan, jumlah anak, keinginan memiliki anak di masa depan, serta preferensi individu. Konseling yang komprehensif dari tenaga kesehatan sangat penting untuk membantu pasangan memilih metode yang paling sesuai. Selain itu, aspek keamanan dan efektivitas harus menjadi pertimbangan utama dalam penggunaan kontrasepsi.

Program keluarga berencana memiliki dampak yang luas, tidak hanya pada kesehatan reproduksi, tetapi juga pada pembangunan sosial dan ekonomi. Dengan perencanaan keluarga yang baik, risiko kehamilan yang tidak diinginkan, kematian ibu dan bayi, serta masalah kesehatan lainnya dapat dikurangi. Oleh karena itu, kontrasepsi dan keluarga berencana merupakan komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada peningkatan kualitas hidup masyarakat.

## A. Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal merupakan salah satu pilihan paling efektif dalam mencegah kehamilan dengan memanfaatkan hormon sintetis yang menyerupai hormon alami tubuh wanita, terutama estrogen dan progesteron (progestin). Metode ini bekerja melalui beberapa mekanisme utama, yaitu menghambat ovulasi (pelepasan sel telur dari ovarium), mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat pergerakan sperma, serta mengubah lapisan endometrium sehingga tidak mendukung implantasi embrio. Karena mekanisme yang kompleks ini, kontrasepsi hormonal memiliki tingkat efektivitas yang tinggi jika digunakan secara tepat dan konsisten.

Salah satu bentuk yang paling umum adalah pil kontrasepsi oral, yang terdiri dari pil kombinasi (mengandung estrogen dan progestin) serta pil progestin saja (mini pill). Pil kombinasi bekerja dengan menekan ovulasi secara efektif dan mengatur siklus menstruasi, sedangkan pil progestin lebih sering digunakan pada wanita yang tidak dapat mengonsumsi estrogen, seperti ibu menyusui. Keunggulan pil kontrasepsi meliputi kemudahan penggunaan dan manfaat tambahan seperti mengurangi nyeri haid serta memperbaiki jerawat. Namun, penggunaannya memerlukan kepatuhan tinggi karena harus diminum setiap hari pada waktu yang sama.

Selain pil, terdapat kontrasepsi suntik, yang diberikan secara intramuskular dalam interval tertentu, biasanya setiap 1 bulan atau 3 bulan tergantung jenisnya. Suntikan progestin bekerja dengan menghambat ovulasi dan memberikan perlindungan jangka menengah tanpa perlu konsumsi harian. Metode ini sangat praktis bagi wanita yang menginginkan kontrasepsi yang tidak memerlukan perhatian setiap hari, namun dapat menyebabkan perubahan pola menstruasi, seperti amenore atau perdarahan tidak teratur.

Implan (susuk KB) merupakan metode kontrasepsi hormonal jangka panjang yang ditanam di bawah kulit lengan atas. Implan melepaskan hormon progesterin secara perlahan selama beberapa tahun (umumnya 3–5 tahun), sehingga memberikan perlindungan jangka panjang dengan efektivitas yang sangat tinggi. Keunggulan implan adalah tidak memerlukan kepatuhan harian serta cepat kembali subur setelah dilepas. Namun, efek samping seperti perubahan siklus menstruasi tetap dapat terjadi.

Metode lain adalah patch (plester kontrasepsi) dan cincin vagina (vaginal ring), yang merupakan inovasi dalam pemberian hormon secara transdermal atau intravaginal. Patch ditempelkan pada kulit dan diganti secara berkala, sedangkan cincin vagina dimasukkan ke dalam vagina dan melepaskan hormon secara lokal. Kedua metode ini menawarkan alternatif bagi wanita yang kesulitan mengonsumsi pil setiap hari, dengan efektivitas yang sebanding dengan pil kombinasi.

Meskipun efektif, metode kontrasepsi hormonal memiliki kontraindikasi dan efek samping yang perlu diperhatikan. Wanita dengan riwayat tromboemboli, penyakit hati berat, kanker payudara, atau hipertensi tidak terkontrol sebaiknya menghindari kontrasepsi yang mengandung estrogen. Efek samping yang umum meliputi mual, sakit kepala, perubahan berat badan, serta gangguan menstruasi. Oleh karena itu, pemilihan metode harus dilakukan melalui konsultasi medis yang mempertimbangkan kondisi kesehatan dan kebutuhan individu.

## **B. Metode Kontrasepsi Non-Hormonal**

Metode kontrasepsi non-hormonal adalah metode pencegahan kehamilan yang tidak melibatkan penggunaan hormon, sehingga menjadi alternatif bagi wanita yang memiliki kontraindikasi terhadap kontrasepsi hormonal atau yang memilih pendekatan alami

tanpa intervensi hormonal. Metode ini bekerja melalui berbagai mekanisme, seperti menghalangi pertemuan sperma dan ovum, menciptakan lingkungan yang tidak mendukung fertilisasi, atau mencegah implantasi. Secara umum, metode non-hormonal memiliki keunggulan dalam hal minimnya efek samping sistemik, namun efektivitasnya dapat bervariasi tergantung pada jenis metode dan konsistensi penggunaannya.

Salah satu metode non-hormonal yang paling efektif adalah alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) atau intrauterine device (IUD) non-hormonal, yang biasanya mengandung tembaga (copper IUD). IUD tembaga bekerja dengan melepaskan ion tembaga yang bersifat spermisidal, sehingga menghambat pergerakan dan viabilitas sperma serta mencegah fertilisasi. Selain itu, IUD juga menciptakan reaksi inflamasi lokal di dalam uterus yang tidak mendukung implantasi. Metode ini memiliki efektivitas tinggi dan dapat digunakan dalam jangka panjang (hingga 10 tahun), namun dapat menyebabkan efek samping seperti peningkatan volume perdarahan menstruasi dan dismenore pada sebagian pengguna.

Kondom merupakan metode kontrasepsi penghalang (barrier method) yang digunakan oleh pria atau wanita untuk mencegah masuknya sperma ke dalam saluran reproduksi wanita. Kondom pria adalah yang paling umum digunakan dan memiliki keunggulan tambahan dalam mencegah penularan infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV. Kondom wanita juga tersedia, meskipun penggunaannya lebih terbatas. Efektivitas kondom sangat bergantung pada penggunaan yang benar dan konsisten, sehingga edukasi mengenai cara penggunaan yang tepat sangat penting.

Metode penghalang lainnya adalah diafragma dan cervical cap, yaitu alat yang dimasukkan ke dalam vagina untuk menutupi serviks sehingga sperma tidak dapat masuk ke dalam uterus. Alat ini biasanya digunakan bersama spermisida untuk meningkatkan

efektivitas. Meskipun relatif aman, metode ini memerlukan keterampilan dalam pemasangan serta perawatan yang baik, sehingga kurang populer dibandingkan metode lain.

Selain itu, terdapat spermisida, yaitu zat kimia yang digunakan untuk membunuh atau melumpuhkan sperma. Spermisida tersedia dalam berbagai bentuk, seperti gel, krim, busa, atau supositoria, dan biasanya digunakan bersama metode penghalang lainnya. Namun, jika digunakan sendiri, efektivitasnya relatif lebih rendah dibandingkan metode kontrasepsi lainnya.

Metode non-hormonal lainnya termasuk metode kontrasepsi permanen, seperti tubektomi pada wanita dan vasektomi pada pria. Prosedur ini bertujuan untuk memutus jalur transportasi gamet sehingga fertilisasi tidak dapat terjadi. Metode ini sangat efektif dan cocok bagi pasangan yang tidak menginginkan keturunan lagi, namun bersifat permanen sehingga memerlukan pertimbangan yang matang sebelum dilakukan.

Keunggulan utama metode kontrasepsi non-hormonal adalah tidak adanya efek samping hormonal, sehingga aman digunakan oleh wanita dengan kondisi medis tertentu. Namun, beberapa metode memiliki tingkat kegagalan yang lebih tinggi dibandingkan kontrasepsi hormonal jika tidak digunakan dengan benar. Oleh karena itu, pemilihan metode harus disesuaikan dengan kebutuhan, kondisi kesehatan, serta tingkat kenyamanan pengguna.

### **C. Kontrasepsi Jangka Panjang (IUD, Implan)**

Kontrasepsi jangka panjang merupakan metode pencegahan kehamilan yang memberikan perlindungan dalam waktu lama tanpa memerlukan kepatuhan harian dari pengguna. Metode ini dikenal sebagai *long-acting reversible contraception* (LARC), yang mencakup intrauterine device (IUD) dan implan. Kedua metode ini memiliki tingkat efektivitas yang sangat tinggi, aman, serta dapat

digunakan dalam jangka waktu bertahun-tahun, sehingga menjadi pilihan yang ideal bagi wanita yang menginginkan kontrasepsi praktis dan jangka panjang.

Intrauterine device (IUD) atau alat kontrasepsi dalam rahim adalah alat kecil berbentuk huruf T yang dipasang di dalam rongga uterus oleh tenaga kesehatan. IUD terdiri dari dua jenis utama, yaitu IUD tembaga (non-hormonal) dan IUD hormonal. IUD tembaga bekerja dengan melepaskan ion tembaga yang bersifat spermisidal, sehingga menghambat pergerakan dan viabilitas sperma serta mencegah terjadinya fertilisasi. Selain itu, IUD juga menimbulkan reaksi inflamasi lokal pada endometrium yang tidak mendukung implantasi embrio. Sementara itu, IUD hormonal mengandung progestin yang dilepaskan secara perlahan untuk menebalkan lendir serviks, menipiskan endometrium, dan dalam beberapa kasus menghambat ovulasi. Metode ini memiliki keunggulan berupa efektivitas tinggi, durasi penggunaan yang panjang (3–10 tahun), serta kemampuan untuk segera kembali subur setelah alat dilepas. Namun, efek samping seperti peningkatan perdarahan menstruasi pada IUD tembaga atau amenore pada IUD hormonal dapat terjadi pada sebagian pengguna.

Selain IUD, implan merupakan metode kontrasepsi jangka panjang yang berbentuk batang kecil fleksibel yang ditanam di bawah kulit, biasanya di lengan atas. Implan mengandung hormon progestin yang dilepaskan secara bertahap ke dalam aliran darah selama periode 3 hingga 5 tahun. Mekanisme kerjanya meliputi penghambatan ovulasi, penebalan lendir serviks, serta perubahan pada endometrium yang tidak mendukung implantasi. Implan memiliki efektivitas yang sangat tinggi dan tidak memerlukan kepatuhan harian, sehingga sangat cocok bagi wanita yang menginginkan metode kontrasepsi yang praktis dan jangka panjang. Selain itu, kesuburan umumnya akan kembali dengan cepat setelah

implan dilepas. Namun, penggunaan implan dapat menyebabkan perubahan pola menstruasi, seperti perdarahan tidak teratur atau amenore, serta efek samping lain seperti sakit kepala atau perubahan berat badan.

Tabel Perbandingan IUD dan Implan

Aspek	IUD (Intrauterine Device)	Implan (Susuk KB)
Definisi	Alat kontrasepsi yang dipasang di dalam rahim	Batang kecil yang ditanam di bawah kulit lengan
Jenis	IUD tembaga dan IUD hormonal	Implan progestin
Mekanisme Kerja	Menghambat sperma, mencegah fertilisasi & implantasi	Menghambat ovulasi, menebalkan lendir serviks
Durasi Efektivitas	3–10 tahun	3–5 tahun
Efektivitas	Sangat tinggi (>99%)	Sangat tinggi (>99%)
Cara Pemasangan	Dipasang dalam rahim oleh tenaga medis	Ditanam di bawah kulit lengan
Pengaruh Menstruasi	Tembaga: lebih banyak/nyeri; Hormonal: lebih ringan	Tidak teratur, bisa amenore
Kembalinya Fertilitas	Cepat setelah dilepas	Cepat setelah dilepas
Keunggulan	Jangka panjang, tidak perlu ingat harian	Praktis, tidak terlihat, sangat efektif
Kekurangan	Perdarahan, nyeri, risiko infeksi awal	Gangguan siklus haid, efek hormonal

Aspek	IUD (Intrauterine Device)	Implan (Susuk KB)
Kontraindikasi	Infeksi panggul, kelainan uterus, kanker reproduksi	Gangguan hormonal tertentu, kanker payudara
Cocok untuk	Wanita ingin kontrasepsi jangka panjang non-harian	Wanita ingin metode praktis dan minim perawatan

Secara keseluruhan, kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan implan merupakan pilihan yang sangat efektif dan aman dalam program keluarga berencana. Kedua metode ini menawarkan kemudahan penggunaan, tingkat keberhasilan yang tinggi, serta fleksibilitas karena dapat dihentikan kapan saja sesuai keinginan pengguna. Pemilihan metode harus didasarkan pada kondisi kesehatan, kebutuhan reproduksi, serta preferensi individu, dengan mempertimbangkan manfaat dan potensi efek samping. Dengan edukasi yang tepat dan pelayanan kesehatan yang memadai, kontrasepsi jangka panjang dapat menjadi solusi optimal dalam mendukung kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga yang berkualitas.

#### **D. Konseling Pemilihan Kontrasepsi**

Konseling pemilihan kontrasepsi merupakan proses komunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien yang bertujuan membantu individu atau pasangan dalam memilih metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan kondisi kesehatan, kebutuhan reproduksi, serta preferensi pribadi. Konseling yang efektif tidak hanya berfokus pada pemberian informasi medis, tetapi juga mencakup pendekatan yang holistik, menghargai nilai, budaya, dan latar belakang sosial pasien. Dalam praktik klinis, konseling harus dilakukan secara sistematis,

dimulai dengan menggali riwayat kesehatan, riwayat reproduksi, serta tujuan penggunaan kontrasepsi, seperti penundaan kehamilan, pembatasan jumlah anak, atau pengaturan jarak kelahiran.

Dalam proses konseling, tenaga kesehatan harus menjelaskan berbagai pilihan metode kontrasepsi, baik hormonal, non-hormonal, maupun metode jangka panjang dan permanen, termasuk mekanisme kerja, efektivitas, cara penggunaan, keuntungan, serta potensi efek samping dari masing-masing metode. Informasi ini harus disampaikan secara jelas, objektif, dan mudah dipahami agar pasien dapat membuat keputusan yang tepat berdasarkan prinsip *informed choice*. Selain itu, penting untuk menilai adanya kontraindikasi medis yang dapat memengaruhi keamanan penggunaan metode tertentu, seperti riwayat penyakit kardiovaskular, gangguan hormonal, atau infeksi organ reproduksi.

Konseling juga harus bersifat partisipatif, di mana pasien diberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan, mengungkapkan kekhawatiran, serta mendiskusikan preferensinya. Tenaga kesehatan perlu menunjukkan empati, menjaga kerahasiaan, serta menghindari sikap menghakimi agar tercipta hubungan terapeutik yang baik. Dalam beberapa kasus, keterlibatan pasangan juga dianjurkan, terutama dalam pengambilan keputusan terkait metode kontrasepsi jangka panjang atau permanen. Hal ini penting untuk meningkatkan dukungan dan keberhasilan penggunaan kontrasepsi.

Selain pemilihan metode, konseling juga mencakup edukasi mengenai cara penggunaan yang benar, tanda-tanda efek samping yang perlu diwaspadai, serta pentingnya kunjungan tindak lanjut. Pasien juga perlu diberikan informasi mengenai kemungkinan perubahan metode kontrasepsi jika metode yang dipilih tidak sesuai atau menimbulkan efek yang tidak diinginkan. Dengan demikian, konseling tidak hanya berhenti pada tahap pemilihan, tetapi

berlanjut sebagai bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi yang berkesinambungan.

### **E. Efek Samping dan Komplikasi**

Efek samping dan komplikasi kontrasepsi merupakan aspek penting yang harus dipahami dalam penggunaan berbagai metode kontrasepsi, baik hormonal maupun non-hormonal. Efek samping umumnya bersifat ringan dan sementara, sedangkan komplikasi cenderung lebih jarang terjadi tetapi dapat bersifat serius dan memerlukan penanganan medis segera. Pemahaman yang baik mengenai hal ini sangat penting untuk meningkatkan kepatuhan penggunaan, mencegah penghentian metode secara dini, serta menjamin keselamatan pasien dalam jangka panjang.

Pada kontrasepsi hormonal, seperti pil, suntik, implan, dan IUD hormonal, efek samping yang sering dijumpai meliputi perubahan pola menstruasi, seperti perdarahan tidak teratur, spotting, amenore, atau menstruasi yang lebih ringan. Selain itu, beberapa pengguna dapat mengalami keluhan seperti mual, sakit kepala, nyeri payudara, perubahan berat badan, serta perubahan suasana hati. Pada sebagian kecil kasus, kontrasepsi hormonal terutama yang mengandung estrogen dapat meningkatkan risiko komplikasi serius seperti tromboemboli, hipertensi, atau gangguan kardiovaskular, terutama pada wanita dengan faktor risiko tertentu seperti merokok, usia di atas 35 tahun, atau riwayat penyakit pembuluh darah.

Pada kontrasepsi non-hormonal, seperti IUD tembaga, efek samping yang umum terjadi adalah peningkatan volume dan durasi perdarahan menstruasi serta dismenore, terutama pada bulan-bulan awal penggunaan. Selain itu, terdapat risiko komplikasi seperti perforasi uterus saat pemasangan (meskipun jarang), ekspulsi alat, serta infeksi panggul, terutama jika terdapat infeksi sebelumnya yang tidak terdeteksi. Oleh karena itu, seleksi pasien dan prosedur

pemasangan yang aseptik sangat penting untuk meminimalkan risiko tersebut.

Pada metode implan, efek samping utama adalah perubahan pola menstruasi yang tidak teratur, yang dapat berupa perdarahan memanjang atau amenore. Beberapa pengguna juga melaporkan efek sistemik seperti sakit kepala, jerawat, atau perubahan berat badan. Meskipun jarang, komplikasi seperti infeksi lokal atau kesulitan dalam pelepasan implan dapat terjadi jika pemasangan tidak dilakukan dengan teknik yang tepat.

Selain itu, pada metode kontrasepsi permanen seperti sterilisasi (tubektomi), komplikasi yang mungkin terjadi meliputi risiko bedah seperti infeksi, perdarahan, atau cedera organ di sekitarnya, meskipun kejadian ini relatif rendah jika dilakukan oleh tenaga medis yang berpengalaman. Efek psikologis juga perlu diperhatikan, terutama jika keputusan sterilisasi tidak direncanakan secara matang.

## BAB 10

# TUMOR JINAK GINEKOLOGI

Tumor jinak ginekologi merupakan pertumbuhan sel abnormal pada organ reproduksi wanita yang bersifat non-malignan, tidak menyebar ke jaringan lain (tidak metastasis), dan umumnya memiliki pertumbuhan yang lambat. Meskipun tidak bersifat kanker, tumor jinak tetap memiliki signifikansi klinis karena dapat menimbulkan berbagai gejala, gangguan fungsi organ, serta menurunkan kualitas hidup pasien. Tumor ini dapat berasal dari berbagai struktur dalam sistem reproduksi wanita, seperti uterus, ovarium, serviks, maupun jaringan penunjang lainnya.

Salah satu jenis tumor jinak yang paling sering ditemukan adalah mioma uteri (fibroid), yaitu tumor yang berasal dari jaringan otot polos uterus. Mioma dapat menyebabkan gejala seperti perdarahan menstruasi berlebihan (menoragia), nyeri panggul, tekanan pada organ di sekitarnya, serta gangguan fertilitas. Selain itu, terdapat kista ovarium fungsional, yang terbentuk akibat gangguan proses ovulasi dan umumnya bersifat sementara serta dapat menghilang secara spontan. Namun, beberapa kista ovarium lain seperti kista dermoid atau kistadenoma dapat bertahan lebih lama dan memerlukan penanganan lebih lanjut.

Jenis lain dari tumor jinak adalah polip endometrium, yaitu pertumbuhan jaringan endometrium yang menonjol ke dalam rongga uterus dan dapat menyebabkan perdarahan abnormal, terutama di luar siklus menstruasi. Selain itu, terdapat juga kista Bartholin, yang terjadi akibat sumbatan kelenjar Bartholin di area vulva dan dapat menyebabkan pembengkakan atau nyeri, terutama jika terjadi infeksi. Meskipun bersifat jinak, kondisi-kondisi ini tetap memerlukan evaluasi klinis untuk memastikan diagnosis dan menentukan penatalaksanaan yang tepat.

Diagnosis tumor jinak ginekologi dilakukan melalui pendekatan klinis yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi (USG), MRI, atau histeroskopi. Dalam beberapa kasus, pemeriksaan histopatologi diperlukan untuk memastikan bahwa tumor tersebut benar-benar bersifat jinak dan bukan keganasan. Penatalaksanaan tergantung pada jenis, ukuran, lokasi tumor, serta gejala yang ditimbulkan. Pendekatan dapat bersifat konservatif dengan observasi, terapi medikamentosa, hingga tindakan operatif seperti miomektomi atau kistektomi jika diperlukan.

### **A. Mioma Uteri**

Mioma uteri, yang juga dikenal sebagai fibroid atau leiomioma, merupakan tumor jinak yang berasal dari jaringan otot polos uterus (miometrium) dan merupakan salah satu tumor ginekologi yang paling sering ditemukan pada wanita usia reproduktif. Pertumbuhan mioma dipengaruhi oleh hormon estrogen dan progesteron, sehingga umumnya berkembang pada masa reproduksi dan cenderung mengecil setelah menopause. Mioma dapat muncul dalam berbagai jumlah, ukuran, dan lokasi, serta dapat bersifat asimtomatik maupun menimbulkan gejala klinis yang signifikan tergantung pada karakteristiknya.

Berdasarkan lokasinya, mioma uteri diklasifikasikan menjadi beberapa jenis, yaitu mioma intramural (terletak di dalam dinding uterus), mioma subserosal (menonjol ke arah luar uterus), dan mioma submukosal (menonjol ke dalam rongga uterus). Dari ketiga jenis tersebut, mioma submukosal paling sering menimbulkan gejala berupa perdarahan menstruasi berlebihan dan gangguan kesuburan. Sementara itu, mioma subserosal lebih sering menyebabkan tekanan pada organ di sekitarnya, seperti kandung kemih atau rektum, yang dapat menimbulkan keluhan sering buang air kecil atau konstipasi.

Gejala klinis mioma uteri sangat bervariasi, mulai dari tidak ada keluhan hingga keluhan berat. Gejala yang umum meliputi menoragia (perdarahan menstruasi berlebihan), nyeri panggul, rasa penuh atau tekanan di perut bagian bawah, serta gangguan reproduksi seperti infertilitas atau keguguran berulang. Pada beberapa kasus, mioma berukuran besar dapat menyebabkan pembesaran abdomen yang menyerupai kehamilan. Selain itu, perdarahan kronis akibat mioma dapat menyebabkan anemia yang berdampak pada kondisi umum pasien.

Diagnosis mioma uteri ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) merupakan metode utama yang digunakan untuk mendeteksi lokasi, ukuran, dan jumlah mioma. Pada kasus tertentu, pemeriksaan tambahan seperti MRI dapat dilakukan untuk evaluasi yang lebih detail, terutama sebelum tindakan operatif. Pemeriksaan histeroskopi juga dapat digunakan untuk menilai mioma submukosal secara langsung di dalam rongga uterus.

Penatalaksanaan mioma uteri bergantung pada gejala, ukuran dan lokasi mioma, usia pasien, serta keinginan untuk mempertahankan fertilitas. Pada kasus tanpa gejala, pendekatan konservatif berupa observasi dapat dilakukan. Terapi medikamentosa meliputi penggunaan obat hormonal seperti agonis GnRH atau progestin untuk mengurangi ukuran mioma dan mengontrol gejala. Sementara itu, tindakan operatif seperti miomektomi dilakukan untuk mengangkat mioma dengan mempertahankan uterus, terutama pada wanita yang masih menginginkan kehamilan. Pada kasus tertentu, histerektomi dapat menjadi pilihan definitif, terutama pada wanita yang tidak lagi menginginkan fertilitas.

## **B. Kista Ovarium**

Kista ovarium merupakan salah satu bentuk tumor jinak ginekologi yang berupa kantung berisi cairan atau bahan semisolid yang berkembang di dalam atau pada permukaan ovarium. Kondisi ini sering ditemukan pada wanita usia reproduktif dan sebagian besar bersifat fungsional serta tidak menimbulkan gejala yang berarti. Kista ovarium umumnya terbentuk sebagai bagian dari proses fisiologis siklus menstruasi, namun dalam beberapa kasus dapat berkembang menjadi patologis dan memerlukan penanganan lebih lanjut.

Secara umum, kista ovarium dibagi menjadi dua kelompok besar, yaitu kista fungsional dan kista non-fungsional. Kista fungsional meliputi kista folikuler dan kista korpus luteum, yang terjadi akibat gangguan dalam proses ovulasi. Kista jenis ini biasanya berukuran kecil, bersifat sementara, dan dapat menghilang secara spontan dalam beberapa siklus menstruasi. Sementara itu, kista non-fungsional mencakup kista dermoid (teratoma matur), kistadenoma, dan endometrioma, yang memiliki karakteristik lebih kompleks dan cenderung menetap atau membesar seiring waktu.

Gejala kista ovarium sangat bervariasi, tergantung pada ukuran, jenis, dan adanya komplikasi. Banyak kista tidak menimbulkan gejala dan ditemukan secara kebetulan saat pemeriksaan USG. Namun, kista yang berukuran besar atau mengalami komplikasi dapat menyebabkan nyeri panggul, perasaan penuh di perut, gangguan menstruasi, atau nyeri saat berhubungan seksual. Komplikasi yang perlu diwaspadai antara lain torsi ovarium (perputaran ovarium yang mengganggu aliran darah), ruptur kista, serta perdarahan intraabdominal, yang dapat menimbulkan nyeri akut dan memerlukan penanganan segera.

Diagnosis kista ovarium ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Ultrasonografi

(USG) merupakan metode utama untuk menilai ukuran, bentuk, dan karakteristik kista, apakah sederhana atau kompleks. Pada kondisi tertentu, pemeriksaan tambahan seperti CT scan atau MRI dapat dilakukan untuk evaluasi lebih lanjut. Pemeriksaan penanda tumor seperti CA-125 juga dapat digunakan, terutama untuk membedakan antara kista jinak dan kemungkinan keganasan, meskipun tidak bersifat spesifik.

Penatalaksanaan kista ovarium bergantung pada jenis, ukuran, gejala, serta usia dan status reproduksi pasien. Pada kista fungsional yang kecil dan tanpa gejala, pendekatan observasi dengan pemantauan berkala sering kali cukup. Terapi hormonal, seperti pil kontrasepsi kombinasi, dapat digunakan untuk mencegah pembentukan kista baru. Namun, pada kista yang besar, menetap, atau menimbulkan gejala, tindakan operatif seperti kistektomi atau ooforektomi dapat dipertimbangkan. Penanganan yang tepat sangat penting untuk mencegah komplikasi dan mempertahankan fungsi reproduksi.

### **C. Polip Endometrium**

Polip endometrium merupakan pertumbuhan jaringan endometrium yang bersifat jinak dan menonjol ke dalam rongga uterus. Lesi ini terbentuk akibat proliferasi berlebihan dari kelenjar dan stroma endometrium yang membentuk struktur bertangkai atau berbasis lebar. Polip endometrium dapat terjadi pada wanita usia reproduktif maupun pascamenopause, meskipun lebih sering ditemukan pada usia perimenopause. Faktor risiko yang berperan dalam pembentukan polip antara lain paparan estrogen yang berlebihan, obesitas, hipertensi, serta penggunaan terapi hormon tertentu seperti tamoxifen.

Secara klinis, polip endometrium dapat bersifat asimtomatik dan sering ditemukan secara kebetulan saat pemeriksaan ultrasonografi.

Namun, pada banyak kasus, polip menimbulkan gejala berupa perdarahan uterus abnormal, seperti menoragia (perdarahan menstruasi berlebihan), metroragia (perdarahan di luar siklus menstruasi), atau perdarahan pascamenopause. Selain itu, polip juga dapat berkontribusi terhadap infertilitas atau keguguran berulang karena mengganggu proses implantasi embrio di dalam endometrium.

Diagnosis polip endometrium dilakukan melalui pendekatan klinis dan pemeriksaan penunjang. Ultrasonografi transvaginal merupakan metode awal yang sering digunakan untuk mendeteksi adanya penebalan atau massa di dalam rongga uterus. Pemeriksaan yang lebih spesifik seperti sonohisterografi (USG dengan infus cairan) dapat membantu memperjelas gambaran polip. Histeroskopi merupakan metode diagnostik sekaligus terapeutik yang paling akurat karena memungkinkan visualisasi langsung polip di dalam rongga uterus serta pengangkatan lesi secara langsung.

Penatalaksanaan polip endometrium bergantung pada ukuran, gejala, serta faktor risiko pasien. Pada polip kecil yang asimtomatik, observasi dapat dilakukan dengan pemantauan berkala. Namun, pada polip yang menimbulkan gejala, berukuran besar, atau terjadi pada wanita pascamenopause, tindakan pengangkatan melalui histeroskopi dianjurkan. Jaringan yang diangkat kemudian harus diperiksa secara histopatologi untuk memastikan sifat jinaknya dan menyingkirkan kemungkinan keganasan.

#### **D. Endometriosis**

Endometriosis merupakan kondisi ginekologi kronis yang ditandai dengan adanya jaringan endometrium (lapisan dalam rahim) yang tumbuh di luar rongga uterus, seperti pada ovarium, tuba falopi, peritoneum panggul, hingga organ lain di luar sistem reproduksi. Meskipun bersifat jinak, endometriosis dapat

menimbulkan peradangan kronis, pembentukan jaringan parut (adhesi), serta gangguan fungsi organ yang berdampak signifikan terhadap kualitas hidup dan kesuburan wanita. Penyebab pasti endometriosis belum sepenuhnya diketahui, namun beberapa teori yang menjelaskan patogenesisnya antara lain menstruasi retrograd (aliran balik darah menstruasi ke rongga panggul), metaplasia sel, serta faktor genetik dan imunologis.

Gejala endometriosis sangat bervariasi, namun yang paling khas adalah nyeri panggul kronis yang sering kali berhubungan dengan siklus menstruasi. Nyeri dapat dirasakan sebagai dismenore berat (nyeri haid), dispareunia (nyeri saat berhubungan seksual), serta nyeri saat buang air besar atau buang air kecil, terutama saat menstruasi. Selain itu, endometriosis juga merupakan salah satu penyebab utama infertilitas pada wanita, karena dapat mengganggu fungsi ovarium, tuba falopi, serta proses implantasi embrio. Namun, tingkat keparahan gejala tidak selalu sebanding dengan luasnya penyebaran jaringan endometriosis.

Diagnosis endometriosis sering kali menjadi tantangan karena gejalanya dapat menyerupai kondisi lain. Pendekatan diagnosis meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi (USG) dan MRI untuk mendeteksi adanya kista endometriosis (endometrioma) atau adhesi. Namun, diagnosis definitif ditegakkan melalui laparoskopi, yang memungkinkan visualisasi langsung lesi endometriosis sekaligus pengambilan sampel jaringan untuk pemeriksaan histopatologi.

Penatalaksanaan endometriosis bertujuan untuk mengurangi nyeri, memperbaiki kualitas hidup, serta mempertahankan atau meningkatkan fertilitas. Terapi dapat bersifat medikamentosa maupun operatif. Terapi medikamentosa meliputi penggunaan analgesik untuk mengatasi nyeri serta terapi hormonal seperti pil kontrasepsi kombinasi, progesterin, atau agonis GnRH untuk menekan

pertumbuhan jaringan endometrium ektopik. Pada kasus yang lebih berat atau tidak responsif terhadap terapi obat, tindakan operatif seperti laparoskopi dilakukan untuk mengangkat lesi endometriosis dan melepaskan adhesi. Pada pasien dengan infertilitas, teknologi reproduksi berbantu dapat menjadi pilihan tambahan.

### **E. Pendekatan Diagnosis dan Terapi**

Pendekatan diagnosis dan terapi pada tumor jinak ginekologi memerlukan strategi yang sistematis, komprehensif, dan berbasis bukti untuk memastikan penanganan yang tepat serta mencegah komplikasi. Proses diagnosis diawali dengan anamnesis yang mendalam untuk menggali keluhan utama seperti perdarahan abnormal, nyeri panggul, gangguan menstruasi, atau masalah kesuburan. Riwayat kesehatan reproduksi, siklus menstruasi, penggunaan kontrasepsi, serta faktor risiko seperti usia, riwayat keluarga, dan paparan hormonal juga perlu dievaluasi secara menyeluruh. Informasi ini menjadi dasar dalam menentukan kemungkinan jenis tumor dan arah pemeriksaan selanjutnya.

Pemeriksaan fisik, khususnya pemeriksaan ginekologi, merupakan langkah penting dalam evaluasi klinis. Melalui inspeksi, palpasi, dan pemeriksaan bimanual, klinisi dapat menilai adanya massa, ukuran uterus atau ovarium, serta nyeri tekan yang mungkin mengindikasikan kelainan. Pemeriksaan penunjang kemudian digunakan untuk mengonfirmasi diagnosis, dengan ultrasonografi (USG) sebagai modalitas utama karena mudah diakses, non-invasif, dan memiliki sensitivitas yang baik dalam mendeteksi massa ginekologi. Pada kasus tertentu, pemeriksaan lanjutan seperti MRI atau CT scan dilakukan untuk mendapatkan gambaran yang lebih detail, terutama dalam menilai ukuran, lokasi, dan karakteristik tumor.

Selain itu, pemeriksaan laboratorium dan penanda tumor seperti CA-125 dapat digunakan sebagai alat bantu, terutama untuk membedakan antara tumor jinak dan kemungkinan keganasan, meskipun hasilnya tidak bersifat definitif. Pada kondisi tertentu, prosedur diagnostik invasif seperti histeroskopi atau laparoskopi diperlukan untuk visualisasi langsung dan pengambilan jaringan (biopsi) guna pemeriksaan histopatologi. Pemeriksaan ini sangat penting untuk memastikan sifat jinak dari tumor serta menyingkirkan kemungkinan keganasan.

Pendekatan terapi pada tumor jinak ginekologi sangat bergantung pada jenis tumor, ukuran, lokasi, gejala yang ditimbulkan, serta kondisi dan kebutuhan pasien, termasuk keinginan untuk mempertahankan fertilitas. Pada kasus tanpa gejala atau dengan gejala ringan, pendekatan konservatif berupa observasi dan pemantauan berkala dapat dilakukan. Terapi medikamentosa digunakan untuk mengontrol gejala, misalnya pemberian obat hormonal untuk mengurangi perdarahan atau nyeri. Sementara itu, pada kasus dengan gejala berat, ukuran tumor besar, atau adanya komplikasi, tindakan operatif menjadi pilihan utama.

Tindakan bedah dapat berupa prosedur konservatif seperti miomektomi atau kistektomi yang bertujuan mengangkat tumor tanpa mengganggu organ reproduksi, hingga tindakan definitif seperti histerektomi pada kasus tertentu. Pemilihan jenis tindakan harus mempertimbangkan usia pasien, status reproduksi, serta risiko dan manfaat dari prosedur tersebut. Selain itu, pendekatan multidisiplin yang melibatkan berbagai tenaga kesehatan dapat meningkatkan keberhasilan terapi dan kualitas perawatan pasien.

## BAB 11

# KANKER GINEKOLOGI

Kanker ginekologi merupakan kelompok keganasan yang menyerang organ reproduksi wanita, meliputi serviks, uterus (endometrium), ovarium, tuba falopi, vulva, dan vagina. Kanker ini menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada wanita di seluruh dunia, terutama di negara berkembang, akibat keterlambatan diagnosis dan keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan. Berbeda dengan tumor jinak, kanker ginekologi memiliki sifat invasif, dapat menyebar ke jaringan sekitar (infiltratif), serta bermetastasis ke organ lain melalui sistem limfatik maupun peredaran darah.

Setiap jenis kanker ginekologi memiliki faktor risiko, gejala, dan perjalanan penyakit yang berbeda. Kanker serviks, misalnya, sangat berkaitan dengan infeksi persisten Human Papillomavirus (HPV), terutama tipe onkogenik. Sementara itu, kanker endometrium sering dikaitkan dengan paparan estrogen yang tidak seimbang, obesitas, dan sindrom metabolik. Kanker ovarium dikenal sebagai “silent killer” karena sering tidak menimbulkan gejala spesifik pada tahap awal, sehingga banyak kasus ditemukan pada stadium lanjut. Faktor genetik, seperti mutasi gen BRCA1 dan BRCA2, juga berperan penting dalam meningkatkan risiko kanker ovarium dan payudara.

Gejala kanker ginekologi sering kali tidak spesifik, terutama pada stadium awal. Keluhan yang umum meliputi perdarahan abnormal (misalnya perdarahan di luar siklus menstruasi atau pascamenopause), nyeri panggul, keputihan abnormal, perut kembung, penurunan berat badan tanpa sebab jelas, serta gangguan fungsi organ di sekitarnya. Oleh karena itu, deteksi dini melalui

skrining seperti Pap smear dan tes HPV sangat penting, khususnya untuk kanker serviks, guna meningkatkan peluang kesembuhan.

Diagnosis kanker ginekologi dilakukan melalui kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Modalitas diagnostik meliputi ultrasonografi (USG), CT scan, MRI, serta pemeriksaan histopatologi melalui biopsi sebagai standar emas untuk memastikan diagnosis. Selain itu, pemeriksaan penanda tumor tertentu juga dapat membantu dalam evaluasi dan pemantauan terapi. Penentuan stadium kanker sangat penting karena akan memengaruhi pilihan terapi dan prognosis pasien.

Penatalaksanaan kanker ginekologi bersifat multimodal dan disesuaikan dengan jenis serta stadium kanker. Terapi dapat meliputi pembedahan untuk mengangkat tumor, kemoterapi untuk membunuh sel kanker, radioterapi untuk menghancurkan jaringan kanker, serta terapi target atau imunoterapi pada kasus tertentu. Pendekatan ini sering kali melibatkan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter spesialis obstetri dan ginekologi, onkologi, radiologi, dan tenaga kesehatan lainnya.

### **A. Kanker Serviks**

Kanker serviks merupakan keganasan yang terjadi pada leher rahim (serviks), yaitu bagian bawah uterus yang menghubungkan rahim dengan vagina. Penyakit ini menjadi salah satu kanker paling umum pada wanita di dunia, terutama di negara berkembang, dan merupakan penyebab utama kematian akibat kanker pada wanita jika tidak terdeteksi sejak dini. Penyebab utama kanker serviks adalah infeksi persisten oleh Human Papillomavirus (HPV) tipe onkogenik, terutama HPV tipe 16 dan 18, yang ditularkan melalui kontak seksual. Infeksi HPV yang tidak teratasi dapat menyebabkan perubahan sel serviks secara bertahap, mulai dari lesi prakanker hingga berkembang menjadi kanker invasif.

Faktor risiko kanker serviks meliputi aktivitas seksual pada usia muda, memiliki banyak pasangan seksual, merokok, sistem imun yang lemah, serta kurangnya akses terhadap skrining rutin seperti Pap smear. Selain itu, penggunaan kontrasepsi hormonal jangka panjang dan riwayat infeksi menular seksual juga dapat meningkatkan risiko. Namun demikian, kanker serviks merupakan salah satu jenis kanker yang paling dapat dicegah melalui vaksinasi HPV dan deteksi dini.

Gejala kanker serviks pada tahap awal sering kali tidak spesifik atau bahkan tidak menimbulkan keluhan. Seiring perkembangan penyakit, gejala yang muncul dapat berupa perdarahan vagina abnormal, seperti perdarahan setelah hubungan seksual (postcoital bleeding), perdarahan di luar siklus menstruasi, atau perdarahan pascamenopause. Selain itu, pasien juga dapat mengalami keputihan abnormal yang berbau, nyeri panggul, serta nyeri saat berhubungan seksual. Pada stadium lanjut, gejala dapat meluas menjadi gangguan buang air kecil atau besar akibat penyebaran ke organ sekitar.

Diagnosis kanker serviks dilakukan melalui skrining dan pemeriksaan lanjutan. Pap smear dan tes HPV merupakan metode utama untuk mendeteksi perubahan sel serviks sejak dini. Jika ditemukan kelainan, pemeriksaan lanjutan seperti kolposkopi dan biopsi dilakukan untuk memastikan diagnosis melalui pemeriksaan histopatologi. Pemeriksaan pencitraan seperti MRI atau CT scan digunakan untuk menentukan stadium penyakit dan melihat penyebaran kanker ke jaringan sekitarnya.

Penatalaksanaan kanker serviks tergantung pada stadium penyakit, ukuran tumor, serta kondisi umum pasien. Pada stadium awal, tindakan pembedahan seperti konisasi atau histerektomi dapat dilakukan untuk mengangkat jaringan yang terkena. Pada stadium yang lebih lanjut, terapi kombinasi seperti radioterapi dan kemoterapi sering menjadi pilihan utama. Selain itu, terapi target

dan imunoterapi mulai berkembang sebagai alternatif pengobatan pada kasus tertentu.

Pencegahan kanker serviks merupakan aspek yang sangat penting dan efektif. Vaksinasi HPV pada remaja perempuan sebelum aktif secara seksual dapat secara signifikan menurunkan risiko infeksi HPV. Selain itu, skrining rutin melalui Pap smear atau IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) memungkinkan deteksi dini lesi prakanker sehingga dapat ditangani sebelum berkembang menjadi kanker. Edukasi masyarakat mengenai pentingnya kesehatan reproduksi juga menjadi kunci dalam menekan angka kejadian kanker serviks.

## **B. Kanker Endometrium**

Kanker endometrium merupakan keganasan yang berasal dari lapisan dalam rahim (endometrium) dan merupakan salah satu jenis kanker ginekologi yang paling sering terjadi, terutama pada wanita pascamenopause. Penyakit ini umumnya berkembang akibat stimulasi estrogen yang tidak diimbangi oleh progesteron, sehingga menyebabkan proliferasi berlebihan pada jaringan endometrium. Faktor risiko utama kanker endometrium meliputi obesitas, diabetes mellitus, hipertensi, menarke dini, menopause terlambat, serta kondisi yang menyebabkan anovulasi kronis seperti sindrom ovarium polikistik (PCOS). Selain itu, penggunaan terapi estrogen tanpa progesteron dan riwayat keluarga dengan kanker tertentu juga dapat meningkatkan risiko.

Gejala utama kanker endometrium yang paling sering ditemukan adalah perdarahan uterus abnormal, terutama perdarahan pascamenopause yang harus selalu dianggap sebagai tanda peringatan hingga terbukti sebaliknya. Pada wanita usia reproduktif, gejala dapat berupa perdarahan menstruasi yang tidak teratur atau berlebihan. Selain itu, pasien juga dapat mengalami nyeri panggul,

keputihan abnormal, serta pada stadium lanjut dapat terjadi penurunan berat badan dan kelemahan umum.

Diagnosis kanker endometrium dilakukan melalui pendekatan klinis dan pemeriksaan penunjang. Ultrasonografi transvaginal sering digunakan sebagai pemeriksaan awal untuk menilai ketebalan endometrium. Jika ditemukan penebalan yang mencurigakan, dilanjutkan dengan biopsi endometrium sebagai metode utama untuk memastikan diagnosis melalui pemeriksaan histopatologi. Pada beberapa kasus, histeroskopi juga dapat dilakukan untuk melihat langsung kondisi rongga uterus dan mengambil sampel jaringan secara lebih akurat. Pemeriksaan lanjutan seperti CT scan atau MRI digunakan untuk menentukan stadium dan penyebaran kanker.

Penatalaksanaan kanker endometrium bergantung pada stadium penyakit, derajat keganasan, serta kondisi pasien secara keseluruhan. Terapi utama pada sebagian besar kasus adalah pembedahan, yaitu histerektomi total dengan pengangkatan tuba falopi dan ovarium (salpingo-ooforektomi bilateral). Pada kasus tertentu, terutama dengan risiko tinggi atau stadium lanjut, terapi tambahan seperti radioterapi, kemoterapi, atau terapi hormonal dapat diberikan. Terapi hormonal, seperti penggunaan progestin, juga dapat menjadi pilihan pada pasien tertentu yang masih ingin mempertahankan fertilitas dengan pengawasan ketat.

Secara umum, kanker endometrium memiliki prognosis yang relatif baik dibandingkan dengan kanker ginekologi lainnya, terutama jika didiagnosis pada stadium awal. Hal ini karena gejala perdarahan abnormal sering muncul lebih awal sehingga mendorong pasien untuk mencari pertolongan medis. Oleh karena itu, deteksi dini dan penanganan yang tepat sangat penting untuk meningkatkan angka kesembuhan dan kualitas hidup pasien. Edukasi mengenai faktor risiko serta pentingnya pemeriksaan kesehatan secara rutin

juga berperan penting dalam pencegahan dan pengendalian penyakit ini.

### C. Kanker Ovarium

Kanker ovarium merupakan keganasan yang berasal dari ovarium dan dikenal sebagai salah satu kanker ginekologi yang paling mematikan karena sering terdiagnosis pada stadium lanjut. Ovarium berfungsi dalam produksi sel telur dan hormon reproduksi, sehingga gangguan pada organ ini dapat berdampak luas terhadap kesehatan wanita. Kanker ovarium sering disebut sebagai *silent killer* karena pada tahap awal biasanya tidak menimbulkan gejala yang spesifik, sehingga banyak pasien datang dalam kondisi penyakit yang sudah berkembang.

Faktor risiko kanker ovarium meliputi usia yang semakin lanjut, riwayat keluarga dengan kanker ovarium atau kanker payudara, serta mutasi genetik seperti BRCA1 dan BRCA2. Selain itu, wanita yang belum pernah hamil (nulipara), mengalami menarke dini atau menopause terlambat, serta memiliki riwayat endometriosis juga memiliki risiko yang lebih tinggi. Sebaliknya, penggunaan kontrasepsi hormonal jangka panjang dan riwayat kehamilan diketahui dapat memberikan efek protektif terhadap perkembangan kanker ovarium.

Gejala kanker ovarium umumnya tidak spesifik dan sering disalahartikan sebagai gangguan pencernaan atau kondisi lain. Keluhan yang sering dilaporkan meliputi perut kembung, rasa penuh atau cepat kenyang, nyeri panggul atau perut bawah, serta peningkatan frekuensi buang air kecil. Pada stadium lanjut, dapat terjadi pembesaran perut akibat penumpukan cairan (asites), penurunan berat badan, serta kelelahan. Karena gejalanya yang samar, penting untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap keluhan yang menetap dan tidak membaik.

Diagnosis kanker ovarium dilakukan melalui kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Ultrasonografi (USG) transvaginal merupakan pemeriksaan awal yang penting untuk menilai adanya massa ovarium. Pemeriksaan penanda tumor seperti CA-125 sering digunakan sebagai alat bantu, meskipun tidak spesifik. Untuk memastikan diagnosis, diperlukan pemeriksaan histopatologi melalui tindakan pembedahan. Pemeriksaan pencitraan seperti CT scan atau MRI juga digunakan untuk menilai penyebaran penyakit dan menentukan stadium.

Penatalaksanaan kanker ovarium umumnya melibatkan pendekatan multimodal yang mencakup pembedahan dan kemoterapi. Pembedahan bertujuan untuk mengangkat tumor sebanyak mungkin (*debulking surgery*), termasuk pengangkatan ovarium, tuba falopi, uterus, serta jaringan yang terlibat. Setelah itu, kemoterapi diberikan untuk menghancurkan sel kanker yang tersisa. Pada beberapa kasus, terapi target seperti inhibitor PARP juga digunakan, terutama pada pasien dengan mutasi genetik tertentu. Penanganan yang tepat memerlukan kerja sama tim multidisiplin untuk mencapai hasil yang optimal.

#### **D. Kanker Vulva dan Vagina**

Kanker vulva dan vagina merupakan jenis kanker ginekologi yang relatif jarang dibandingkan dengan kanker serviks, ovarium, dan endometrium, namun tetap memiliki dampak klinis yang signifikan terhadap kesehatan dan kualitas hidup wanita. Kanker vulva terjadi pada bagian luar organ genital wanita, termasuk labia mayora, labia minora, klitoris, dan perineum, sedangkan kanker vagina berkembang pada saluran vagina yang menghubungkan serviks dengan vulva. Kedua jenis kanker ini umumnya terjadi pada wanita usia lanjut, meskipun dapat juga ditemukan pada usia yang lebih muda, terutama yang memiliki faktor risiko tertentu.

Faktor risiko utama kanker vulva dan vagina meliputi infeksi Human Papillomavirus (HPV) tipe onkogenik, terutama pada wanita yang aktif secara seksual. Selain itu, faktor lain seperti merokok, sistem imun yang lemah (misalnya pada penderita HIV), riwayat lesi prakanker seperti vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) atau vaginal intraepithelial neoplasia (VAIN), serta kebersihan genital yang kurang baik juga dapat meningkatkan risiko. Pada kanker vulva, kondisi kronis seperti lichen sclerosus juga berperan sebagai faktor predisposisi.

Gejala kanker vulva biasanya lebih mudah dikenali karena lokasinya yang eksternal, seperti adanya benjolan, luka yang tidak sembuh, perubahan warna kulit, atau rasa gatal dan nyeri yang menetap pada area vulva. Sementara itu, kanker vagina sering kali tidak menimbulkan gejala pada tahap awal, namun dapat berkembang menjadi perdarahan vagina abnormal, keputihan yang tidak biasa, nyeri panggul, atau nyeri saat berhubungan seksual. Pada stadium lanjut, gejala dapat melibatkan gangguan buang air kecil atau besar akibat penyebaran ke organ di sekitarnya.

Diagnosis kanker vulva dan vagina dilakukan melalui pemeriksaan klinis yang teliti, termasuk inspeksi visual dan palpasi pada area genital. Lesi yang mencurigakan harus segera dilakukan biopsi untuk memastikan diagnosis melalui pemeriksaan histopatologi. Pemeriksaan penunjang seperti kolposkopi dapat membantu dalam evaluasi lesi prakanker atau kanker pada vagina. Selain itu, pencitraan seperti MRI atau CT scan digunakan untuk menentukan stadium dan penyebaran penyakit.

Penatalaksanaan kanker vulva dan vagina tergantung pada stadium, ukuran, dan lokasi tumor, serta kondisi pasien secara keseluruhan. Terapi utama pada kanker vulva umumnya adalah pembedahan, yang dapat berupa eksisi lokal hingga vulvektomi, tergantung luasnya lesi. Pada kanker vagina, radioterapi sering

menjadi pilihan utama, terutama pada stadium awal hingga menengah, dengan atau tanpa kombinasi kemoterapi. Pada kasus tertentu, terapi kombinasi antara pembedahan, radioterapi, dan kemoterapi dapat dilakukan untuk hasil yang optimal.

## **E. Skrining dan Pencegahan**

Skrining dan pencegahan kanker ginekologi merupakan langkah strategis yang sangat penting dalam menurunkan angka kejadian dan kematian akibat kanker pada wanita. Skrining bertujuan untuk mendeteksi perubahan pra-kanker atau kanker pada tahap awal sebelum muncul gejala, sehingga memungkinkan penanganan yang lebih efektif dan meningkatkan angka kesembuhan. Sementara itu, pencegahan berfokus pada upaya mengurangi faktor risiko serta mencegah terjadinya penyakit sejak awal melalui intervensi medis dan perubahan gaya hidup.

Salah satu program skrining yang paling efektif adalah skrining kanker serviks melalui Pap smear dan tes Human Papillomavirus (HPV). Pap smear digunakan untuk mendeteksi perubahan sel serviks yang bersifat prakanker, sedangkan tes HPV bertujuan mengidentifikasi infeksi virus penyebab utama kanker serviks. Selain itu, metode skrining sederhana seperti IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) juga banyak digunakan, terutama di daerah dengan keterbatasan sumber daya. Skrining rutin yang dilakukan secara berkala terbukti mampu menurunkan angka kejadian kanker serviks secara signifikan.

Pada kanker endometrium dan ovarium, skrining rutin pada populasi umum belum direkomendasikan secara luas karena keterbatasan metode yang efektif. Namun, pada individu dengan risiko tinggi, seperti riwayat keluarga atau mutasi genetik tertentu (misalnya BRCA), pemantauan khusus dapat dilakukan melalui pemeriksaan ultrasonografi transvaginal dan penanda tumor seperti

CA-125. Selain itu, kewaspadaan terhadap gejala awal seperti perdarahan abnormal atau keluhan perut yang menetap sangat penting untuk deteksi dini.

Pencegahan primer kanker ginekologi meliputi upaya menghindari faktor risiko serta meningkatkan perlindungan terhadap penyebab utama kanker. Vaksinasi HPV merupakan salah satu langkah pencegahan yang sangat efektif dalam menurunkan risiko kanker serviks, serta beberapa jenis kanker lain yang berhubungan dengan HPV. Selain itu, penerapan gaya hidup sehat seperti menjaga berat badan ideal, berhenti merokok, aktivitas fisik teratur, serta pola makan seimbang juga berperan dalam menurunkan risiko kanker, terutama kanker endometrium.

Pencegahan sekunder dilakukan melalui deteksi dini dan penanganan lesi prakanker sebelum berkembang menjadi kanker invasif. Sementara itu, pencegahan tersier bertujuan untuk mencegah kekambuhan dan komplikasi pada pasien yang telah didiagnosis kanker, melalui pengobatan yang tepat dan pemantauan jangka panjang. Edukasi masyarakat mengenai pentingnya pemeriksaan rutin, kesadaran terhadap gejala awal, serta akses terhadap layanan kesehatan menjadi faktor kunci dalam keberhasilan program skrining dan pencegahan.

## **BAB 12**

# **PERDARAHAN UTERUS ABNORMAL**

Perdarahan Uterus Abnormal (PUA) adalah kondisi ginekologi yang ditandai oleh perdarahan menstruasi yang tidak normal baik dari segi frekuensi, durasi, volume, maupun pola siklus menstruasi. PUA dapat terjadi pada wanita usia reproduksi maupun pascamenopause dan merupakan salah satu keluhan ginekologi yang paling sering ditemui di praktik klinis. Kondisi ini dapat memengaruhi kualitas hidup, aktivitas sehari-hari, serta menyebabkan komplikasi seperti anemia jika perdarahan berlangsung dalam jumlah banyak atau berkepanjangan.

Penyebab PUA bersifat multifaktorial dan dapat dibedakan menjadi faktor organik dan non-organik. Faktor organik meliputi kelainan struktural pada uterus, seperti mioma, polip endometrium, adenomyosis, serta keganasan endometrium. Selain itu, gangguan hormonal yang menyebabkan ketidakseimbangan estrogen dan progesteron juga merupakan penyebab umum, terutama pada remaja dan wanita perimenopause. Faktor lain termasuk infeksi, koagulopati, obat-obatan tertentu, dan komplikasi dari prosedur medis.

Diagnosa PUA dilakukan melalui anamnesis rinci untuk mengevaluasi pola perdarahan, riwayat menstruasi, penggunaan obat, serta kondisi sistemik yang menyertai. Pemeriksaan fisik, termasuk pemeriksaan ginekologi, sangat penting untuk menilai adanya massa atau kelainan anatomi. Pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi transvaginal dapat membantu mendeteksi mioma, polip, atau penebalan endometrium, sedangkan histeroskopi memungkinkan visualisasi langsung rongga uterus dan pengambilan sampel untuk pemeriksaan histopatologi. Pemeriksaan laboratorium

juga dilakukan untuk menilai kadar hormon, status koagulasi, serta tanda anemia jika perdarahan berkepanjangan.

Penatalaksanaan PUA disesuaikan dengan penyebab, usia pasien, serta keinginan untuk mempertahankan fertilitas. Terapi konservatif dapat mencakup obat-obatan hormonal seperti pil kontrasepsi kombinasi, progestin, atau terapi hormonal lainnya untuk mengatur siklus menstruasi. Obat antifibrinolitik atau antiinflamasi nonsteroid dapat digunakan untuk mengurangi volume perdarahan dan nyeri. Pada kasus yang disebabkan oleh kelainan struktural atau gagal terapi konservatif, intervensi bedah seperti histeroskopi operatif, miomektomi, atau histerektomi dapat dilakukan.

#### **A. Klasifikasi AUB (PALM-COEIN)**

Klasifikasi Perdarahan Uterus Abnormal (AUB) menurut PALM-COEIN merupakan pendekatan modern yang dikembangkan oleh International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) untuk memudahkan diagnosis dan manajemen AUB secara sistematis. Sistem ini membagi penyebab AUB menjadi dua kategori besar: struktur organik (PALM) dan non-struktural atau fungsional (COEIN). Pendekatan ini mempermudah klinisi dalam menilai kelainan berdasarkan bukti anatomi, patofisiologi, dan klinis, sehingga terapi dapat disesuaikan dengan penyebab spesifik.

Bagian PALM meliputi:

1. P – Polip: Lesi jinak pada endometrium yang dapat menyebabkan perdarahan intermenstrual atau perdarahan berlebihan.
2. A – Adenomiosis: Kondisi di mana jaringan endometrium tumbuh di dalam myometrium, sering menimbulkan perdarahan berlebih dan nyeri.

3. L – Leiomioma (Mioma Uteri): Tumor jinak otot rahim yang sering menyebabkan perdarahan berat tergantung lokasi dan ukuran.
4. M – Malignansi dan Pra-malignansi: Meliputi keganasan endometrium, serviks, atau kondisi prakanker yang menyebabkan perdarahan abnormal.

Bagian COEIN mencakup penyebab non-struktural atau fungsional:

1. C – Coagulopathy (Kelainan Koagulasi): Perdarahan abnormal akibat gangguan pembekuan darah, misalnya hemofilia atau penyakit von Willebrand.
2. O – Ovulatory Dysfunction (Gangguan Ovulasi): Perdarahan akibat ketidakaturan siklus menstruasi, biasanya karena anovulasi atau ketidakseimbangan hormon.
3. E – Endometrial: Perdarahan yang terjadi akibat abnormalitas lokal endometrium, bukan disebabkan oleh tumor atau kelainan sistemik.
4. I – Iatrogenic (Iatrogenik): Perdarahan akibat efek obat, kontrasepsi hormonal, atau prosedur medis tertentu.
5. N – Not yet classified (Belum diklasifikasi): Penyebab perdarahan yang belum dapat dikategorikan dalam kelompok di atas.

Klasifikasi PALM-COEIN mempermudah komunikasi antarprofesional, penentuan diagnosis, serta perencanaan terapi yang sesuai. Dengan mengetahui penyebab yang spesifik—apakah organik atau fungsional—klinik dapat memilih strategi manajemen konservatif, medikamentosa, atau bedah yang paling tepat, sehingga mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

## **B. Evaluasi Klinis**

Evaluasi klinis Perdarahan Uterus Abnormal (AUB) merupakan langkah penting untuk menentukan penyebab, menilai derajat keparahan, dan merencanakan terapi yang tepat. Evaluasi ini dimulai dengan anamnesis rinci, mencakup riwayat perdarahan menstruasi (frekuensi, durasi, jumlah darah, pola siklus), onset perdarahan, serta hubungan dengan siklus menstruasi sebelumnya. Selain itu, riwayat medis umum, penggunaan obat, riwayat kehamilan, dan faktor risiko penyakit sistemik seperti gangguan koagulasi juga dikaji secara menyeluruh. Pertanyaan terkait gejala tambahan seperti nyeri panggul, nyeri saat berhubungan seksual, keputihan abnormal, atau tanda anemia sangat penting untuk menilai dampak klinis AUB.

Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan umum untuk menilai tanda vital, status gizi, dan tanda anemia, serta pemeriksaan ginekologi lengkap. Pemeriksaan inspeksi eksternal, palpasi abdomen, dan bimanual examination membantu mengidentifikasi adanya massa, pembesaran uterus, atau kelainan adnexa. Inspeksi serviks dan vagina dapat menunjukkan lesi, polip, atau tanda infeksi. Evaluasi fisik yang teliti sangat penting untuk mengarahkan pemeriksaan penunjang lebih lanjut dan membedakan penyebab struktural dari non-struktural.

Pemeriksaan penunjang biasanya melibatkan ultrasonografi transvaginal untuk menilai ketebalan endometrium, mioma, atau polip, serta histeroskopi bila diperlukan untuk visualisasi rongga uterus. Pemeriksaan laboratorium meliputi hitung darah lengkap untuk menilai anemia, pemeriksaan hormon reproduksi untuk menilai gangguan ovulasi, serta pemeriksaan koagulasi jika dicurigai kelainan darah. Pada wanita perimenopause atau pascamenopause, biopsi endometrium dianjurkan untuk menyingkirkan keganasan.

Evaluasi klinis AUB harus dilakukan secara sistematis dan holistik, mengintegrasikan data anamnesis, pemeriksaan fisik, dan

pemeriksaan penunjang. Pendekatan ini memungkinkan klinisi untuk mengidentifikasi penyebab AUB sesuai klasifikasi PALM-COEIN, membedakan antara kelainan organik dan non-organik, serta merencanakan penatalaksanaan yang paling efektif. Dengan evaluasi yang tepat, komplikasi seperti anemia berat, gangguan kesuburan, atau progresi penyakit serius dapat dicegah, serta kualitas hidup pasien dapat ditingkatkan.

### **C. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang pada Perdarahan Uterus Abnormal (AUB) merupakan langkah penting untuk memastikan penyebab, menilai derajat kelainan, dan membantu perencanaan terapi yang tepat. Pemeriksaan ini digunakan untuk membedakan antara penyebab struktural (PALM) dan non-struktural atau fungsional (COEIN), serta menyingkirkan kemungkinan keganasan endometrium atau kelainan sistemik.

Pemeriksaan laboratorium meliputi hitung darah lengkap untuk menilai anemia akibat perdarahan yang berlebihan, serta pemeriksaan koagulasi pada pasien yang dicurigai memiliki kelainan pembekuan darah. Pemeriksaan hormon, seperti FSH, LH, estradiol, progesteron, dan prolaktin, dapat dilakukan untuk menilai gangguan ovulasi atau kondisi endokrin yang mendasari AUB. Pada kasus tertentu, tes tiroid juga dianjurkan karena gangguan tiroid dapat memengaruhi siklus menstruasi.

Pemeriksaan pencitraan memainkan peran utama dalam mendeteksi kelainan struktural. Ultrasonografi transvaginal (USG TVS) merupakan metode awal untuk menilai ketebalan endometrium, adanya mioma, polip, atau kista ovarium. Pada kasus yang lebih kompleks, MRI atau CT scan dapat digunakan untuk evaluasi lanjutan, terutama jika dicurigai adanya adenomyosis atau keganasan.

Histeroskopi diagnostik memungkinkan visualisasi langsung rongga uterus dan pengambilan sampel jaringan untuk biopsi, yang penting terutama pada wanita perimenopouse atau pascamenopouse. Pemeriksaan ini membantu mendeteksi polip, submukosa mioma, atau lesi lain yang tidak terlihat pada USG. Biopsi endometrium adalah standar untuk menyingkirkan keganasan pada pasien yang berisiko tinggi.

#### **D. Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan medis Perdarahan Uterus Abnormal (AUB) bertujuan untuk menghentikan perdarahan, memperbaiki anemia, mengatur siklus menstruasi, dan menangani penyebab yang mendasari, terutama pada kasus non-struktural atau ketika pasien ingin mempertahankan fertilitas. Terapi medis sering menjadi pilihan awal sebelum intervensi bedah, terutama pada pasien dengan perdarahan ringan hingga sedang, gangguan hormonal, atau kondisi medis yang membatasi tindakan operatif.

Terapi hormonal merupakan salah satu pendekatan utama. Pil kontrasepsi kombinasi (estrogen-progesteron) dapat digunakan untuk menstabilkan endometrium, mengatur siklus menstruasi, dan mengurangi perdarahan berlebihan. Progestin oral, injeksi, atau intrauterin juga dapat diberikan untuk menghentikan perdarahan dan menormalkan siklus menstruasi pada pasien dengan gangguan ovulasi. Selain itu, intrauterine device (IUD) hormonal seperti levonorgestrel dapat mengurangi perdarahan menorrhagia secara signifikan pada wanita yang tidak ingin hamil.

Obat antifibrinolitik seperti asam traneksamat dapat digunakan untuk menurunkan volume perdarahan, terutama pada AUB yang bukan disebabkan oleh kelainan struktural. Obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) juga berguna dalam mengurangi perdarahan

dan nyeri menstruasi, karena menekan produksi prostaglandin yang berperan dalam perdarahan berlebih.

Selain terapi farmakologis, penatalaksanaan medis AUB harus disertai pemantauan yang cermat terhadap respons pasien, termasuk pengukuran hemoglobin, volume perdarahan, dan efek samping obat. Terapi medis lebih efektif pada pasien dengan AUB fungsional (COEIN), seperti gangguan ovulasi atau disfungsi endometrium, namun mungkin tidak cukup pada kasus AUB akibat kelainan struktural (PALM), di mana intervensi bedah mungkin diperlukan.

### **E. Penatalaksanaan Bedah**

Penatalaksanaan bedah pada Perdarahan Uterus Abnormal (AUB) dilakukan apabila terapi medis tidak efektif, perdarahan berat mengancam kesehatan, atau terdapat kelainan struktural pada rahim yang memerlukan intervensi. Pilihan bedah tergantung pada penyebab AUB, keinginan pasien untuk mempertahankan fertilitas, ukuran dan lokasi lesi, serta kondisi umum pasien. Intervensi ini dapat dilakukan melalui pendekatan konvensional atau minim invasif, dengan tujuan menghentikan perdarahan dan memperbaiki kualitas hidup.

Histeroskopi operatif merupakan metode bedah minimal invasif yang banyak digunakan untuk mengatasi AUB akibat kelainan endometrium seperti polip, submukosa mioma, atau jaringan hiperplastik. Prosedur ini memungkinkan visualisasi rongga uterus secara langsung dan pengangkatan lesi tanpa membuka perut, sehingga pasien mengalami pemulihan lebih cepat dan risiko komplikasi lebih rendah.

Miomektomi dapat dilakukan pada pasien dengan AUB akibat mioma uteri, terutama jika pasien masih ingin mempertahankan fertilitas. Prosedur ini bertujuan mengangkat mioma tanpa mengangkat seluruh rahim. Pilihan teknik bedah dapat berupa

laparoskopi, histeroskopi, atau laparotomi, tergantung ukuran, jumlah, dan lokasi mioma.

Histerektomi atau pengangkatan rahim total menjadi pilihan pada pasien yang tidak ingin mempertahankan fertilitas, mengalami perdarahan berat yang tidak responsif terhadap terapi lain, atau pada kasus AUB yang disebabkan oleh keganasan atau prakanker endometrium. Histerektomi dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan: abdominal, vaginal, atau laparoskopi.

Selain itu, beberapa intervensi minim invasif seperti embolization arteri uterina dapat digunakan pada kasus AUB akibat mioma yang menyebabkan perdarahan berat. Prosedur ini bekerja dengan menutup suplai darah ke mioma sehingga perdarahan berkurang, tanpa menghilangkan rahim, dan menjadi alternatif bagi pasien yang tidak bisa menjalani operasi besar.

## **BAB 13**

# **NYERI PANGGUL DAN KELUHAN GINEKOLOGI LAIN**

Nyeri panggul merupakan salah satu keluhan ginekologi yang paling sering ditemui pada wanita usia reproduksi. Nyeri ini dapat bersifat akut atau kronis, ringan hingga berat, dan berhubungan dengan siklus menstruasi, aktivitas fisik, atau kondisi patologis tertentu. Nyeri panggul dapat berasal dari organ reproduksi, saluran kemih, gastrointestinal, atau muskuloskeletal, sehingga evaluasi yang cermat sangat penting untuk menentukan penyebabnya.

Pada wanita, nyeri panggul akut sering terkait dengan kondisi seperti kista ovarium yang pecah, torsio ovarium, kehamilan ektopik, atau infeksi saluran reproduksi. Nyeri kronis, di sisi lain, biasanya berkaitan dengan endometriosis, adenomiosis, peradangan pelvis kronis, atau nyeri fungsional yang tidak disertai kelainan organik. Pola nyeri, durasi, lokasi, intensitas, dan faktor pemicu harus dicatat dengan rinci dalam anamnesis untuk membantu diagnosis diferensial.

Selain nyeri panggul, wanita juga dapat mengalami keluhan ginekologi lain seperti keputihan abnormal, perdarahan intermenstrual, dispareunia (nyeri saat berhubungan seksual), atau gangguan buang air kecil. Keputihan yang abnormal dapat menjadi tanda infeksi bakteri, jamur, atau infeksi menular seksual, sedangkan perdarahan intermenstrual dapat menunjukkan kelainan endometrium, polip, atau gangguan hormonal. Dispareunia dapat berhubungan dengan kelainan anatomi, infeksi, atau kondisi psikoseksual, sedangkan gangguan urin bisa menandakan adanya kista, prolaps, atau infeksi saluran kemih yang bersamaan.

Evaluasi nyeri panggul dan keluhan ginekologi lain melibatkan anamnesis mendetail, pemeriksaan fisik ginekologi lengkap, dan pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi transvaginal, tes laboratorium, dan kadang-kadang laparoskopi diagnostik. Pendekatan multidisiplin sering diperlukan ketika nyeri panggul disertai keluhan non-ginekologi seperti gangguan saluran kemih atau gastrointestinal.

Penatalaksanaan nyeri panggul bergantung pada penyebab yang mendasari. Untuk nyeri akibat endometriosis, obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) dan terapi hormonal dapat diberikan, sedangkan nyeri akut akibat kista ovarium atau torsio ovarium mungkin memerlukan intervensi bedah segera. Pendekatan holistik, termasuk konseling nyeri, perubahan gaya hidup, dan terapi fisik, juga penting untuk kasus nyeri kronis yang kompleks.

### **A. Nyeri Panggul Akut**

Nyeri panggul akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan intens di daerah panggul, biasanya membutuhkan evaluasi medis segera karena dapat mengindikasikan kondisi yang mengancam nyawa atau fungsi reproduksi. Nyeri jenis ini sering dikaitkan dengan gangguan organ reproduksi, namun juga dapat berasal dari organ gastrointestinal, saluran kemih, atau muskuloskeletal. Pada wanita usia reproduksi, penyebab ginekologis merupakan penyumbang utama nyeri panggul akut dan harus dipertimbangkan secara cepat untuk mencegah komplikasi serius.

Penyebab ginekologis utama nyeri panggul akut meliputi torsi ovarium, yaitu terpuntirnya ovarium atau kista ovarium sehingga mengganggu suplai darah, yang dapat menyebabkan nekrosis jaringan jika tidak segera ditangani. Kista ovarium pecah juga dapat menimbulkan nyeri hebat yang mendadak, sering disertai perdarahan intraperitoneal ringan. Kondisi kehamilan ektopik merupakan

urgensi ginekologi lain yang ditandai nyeri unilateral tajam, perdarahan vagina, dan gejala syok jika terjadi ruptur. Selain itu, infeksi saluran reproduksi akut seperti penyakit radang panggul (PID) berat dapat menimbulkan nyeri panggul mendadak, demam, dan keluhan sistemik.

Anamnesis nyeri panggul akut harus mendetail, meliputi onset, lokasi, intensitas, durasi, pola, dan faktor yang memperburuk atau meredakan nyeri. Riwayat menstruasi, aktivitas seksual, riwayat kehamilan, serta penggunaan kontrasepsi atau obat-obatan juga penting untuk mengidentifikasi penyebab. Pemeriksaan fisik mencakup pemeriksaan vital, palpasi abdomen, dan pemeriksaan ginekologi, termasuk bimanual examination, untuk menilai adanya massa, nyeri tekan, atau perdarahan abnormal.

Pemeriksaan penunjang pada nyeri panggul akut biasanya melibatkan ultrasonografi transvaginal untuk menilai ovarium, uterus, dan kemungkinan cairan bebas intraabdomen. Pemeriksaan laboratorium meliputi hitung darah lengkap, kadar  $\beta$ -hCG untuk menyingkirkan kehamilan ektopik, serta tes infeksi jika dicurigai PID. Pada kasus yang tidak jelas atau darurat, laparoskopi diagnostik dapat dilakukan untuk identifikasi langsung penyebab nyeri dan intervensi segera.

Penatalaksanaan nyeri panggul akut disesuaikan dengan penyebab yang mendasari. Torsi ovarium, kista pecah dengan perdarahan signifikan, dan kehamilan ektopik ruptur biasanya memerlukan intervensi bedah darurat. Nyeri akibat PID atau infeksi dapat ditangani dengan antibiotik intravena dan terapi suportif. Analgesik digunakan untuk kontrol nyeri sementara, tetapi tidak boleh menunda evaluasi sebab utama.

## **B. Nyeri Panggul Kronis**

Nyeri panggul kronis didefinisikan sebagai nyeri di daerah panggul yang berlangsung selama lebih dari enam bulan, bersifat persisten atau berulang, dan dapat memengaruhi kualitas hidup serta fungsi fisik dan psikososial wanita. Berbeda dengan nyeri panggul akut, nyeri kronis sering tidak mengancam nyawa secara langsung, tetapi menimbulkan gangguan jangka panjang, seperti ketidaknyamanan saat beraktivitas, dispareunia (nyeri saat berhubungan seksual), dan gangguan psikologis. Evaluasi nyeri panggul kronis memerlukan pendekatan holistik karena penyebabnya multifaktorial, meliputi organ reproduksi, saluran kemih, gastrointestinal, serta sistem muskuloskeletal dan saraf.

Penyebab ginekologis utama nyeri panggul kronis meliputi endometriosis, yaitu pertumbuhan jaringan endometrium di luar rahim yang menimbulkan inflamasi dan nyeri berulang, serta adenomiosis, di mana endometrium menembus myometrium sehingga menimbulkan nyeri menstruasi dan perdarahan berlebih. Adhesi pascaoperasi dan penyakit radang pelvis kronis juga dapat menjadi sumber nyeri jangka panjang. Faktor hormonal, gangguan ovulasi, dan kondisi psikoseksual turut memengaruhi intensitas nyeri kronis.

Evaluasi nyeri panggul kronis dimulai dengan anamnesis mendetail, mencakup onset nyeri, karakteristik (tajam, tumpul, terbakar), pola hubungan dengan siklus menstruasi, aktivitas, hubungan seksual, serta gejala penyerta seperti keputihan atau perdarahan abnormal. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi abdomen dan pelvis, serta bimanual examination untuk menilai adanya massa, nyeri tekan, atau ketegangan otot panggul. Pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi transvaginal, histeroskopi, dan laparoskopi diagnostik sering diperlukan untuk

menegakkan diagnosis, terutama pada kasus endometriosis atau adhesi.

Penatalaksanaan nyeri panggul kronis bersifat multimodal. Terapi farmakologis meliputi analgesik (NSAID), terapi hormonal untuk menekan ovulasi dan proliferasi endometrium, serta agonis GnRH pada kasus endometriosis berat. Pendekatan non-farmakologis, termasuk fisioterapi panggul, konseling psikologis, dan teknik manajemen nyeri, juga penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi bedah, seperti laparoskopi untuk pengangkatan endometriosis atau adhesiolisis, dipertimbangkan jika terapi konservatif gagal atau terdapat kelainan struktural signifikan.

### **C. Dispareunia**

Dispareunia adalah kondisi nyeri yang terjadi sebelum, selama, atau setelah berhubungan seksual. Kondisi ini dapat bersifat superficial (nyeri pada vulva atau vagina bagian luar) atau deep (nyeri pada panggul bagian dalam), dan dapat bersifat akut atau kronis. Dispareunia merupakan salah satu keluhan ginekologi yang sering dilaporkan oleh wanita, memengaruhi kualitas hubungan seksual, kesejahteraan psikologis, serta kualitas hidup secara keseluruhan.

Penyebab dispareunia bersifat multifaktorial dan dapat dibagi menjadi organik dan non-organik. Penyebab organik meliputi infeksi pada vulva atau vagina, atrofi vulvovaginal pada wanita menopause, endometriosis, adesi panggul, prolaps organ panggul, atau kelainan anatomi seperti septum vagina. Faktor non-organik mencakup masalah psikologis, trauma seksual, kecemasan, depresi, atau ketegangan otot panggul akibat stres. Pemahaman terhadap faktor penyebab sangat penting untuk menentukan strategi manajemen yang efektif.

Evaluasi dispareunia dimulai dengan anamnesis rinci, termasuk onset nyeri, lokasi nyeri, durasi, hubungan dengan siklus menstruasi, jenis aktivitas seksual yang memicu nyeri, serta adanya gejala penyerta seperti keputihan, perdarahan, atau infeksi sebelumnya. Pemeriksaan fisik ginekologi mencakup inspeksi vulva, vagina, serviks, serta pemeriksaan bimanual untuk menilai nyeri tekan, adanya massa, atau kelainan anatomi. Pemeriksaan penunjang seperti swab infeksi, ultrasonografi, atau laparoskopi dapat dilakukan sesuai indikasi untuk menyingkirkan penyebab organik.

Penatalaksanaan dispareunia bersifat individual dan multimodal, tergantung penyebabnya. Terapi medikamentosa dapat mencakup antibiotik atau antijamur jika terdapat infeksi, serta terapi hormonal topikal pada kasus atrofi vulvovaginal. Pendekatan non-farmakologis meliputi fisioterapi otot panggul, konseling seksual, teknik relaksasi, dan terapi perilaku kognitif untuk menangani aspek psikologis. Intervensi bedah dipertimbangkan pada kelainan anatomi atau adesi yang signifikan.

#### **D. Keputihan Abnormal**

Keputihan abnormal atau leukorea patologis merupakan salah satu keluhan ginekologi yang sering dijumpai pada wanita, ditandai dengan keluarnya cairan dari vagina yang berbeda dari keputihan fisiologis normal. Keputihan abnormal dapat memiliki variasi warna, konsistensi, bau, dan volume yang berbeda, serta sering disertai gejala tambahan seperti gatal, nyeri, atau perdarahan intermenstrual. Kondisi ini penting untuk dievaluasi karena bisa menjadi tanda infeksi, gangguan hormonal, atau bahkan kelainan premalignan dan malignan pada organ reproduksi.

Penyebab keputihan abnormal bersifat multifaktorial dan dapat dibagi menjadi infeksi, inflamasi, dan non-infeksi. Penyebab infeksi meliputi vaginosis bakterialis, kandidiasis vulvovaginal,

trikomonirosis, serta infeksi menular seksual (IMS) seperti gonore atau klamidia. Infeksi ini biasanya menimbulkan perubahan warna cairan (misal putih kekuningan atau keabuan), bau tidak sedap, serta gejala tambahan seperti gatal, nyeri saat berkemih, atau dispareunia. Penyebab non-infeksi dapat meliputi gangguan hormonal (atrofi vulvovaginal pada menopause), penggunaan obat tertentu, reaksi alergi, atau kelainan struktural pada vagina atau serviks.

Evaluasi keputihan abnormal dimulai dengan anamnesis rinci, termasuk onset, durasi, volume, warna, konsistensi, dan bau cairan, serta gejala penyerta. Riwayat seksual, penggunaan kontrasepsi, riwayat kehamilan, dan riwayat medis penting untuk membantu menentukan penyebab. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi vulva dan vagina untuk menilai tanda inflamasi, ulkus, atau kelainan anatomi, serta pemeriksaan serviks dengan spekulum untuk menilai lesi serviks. Pemeriksaan bimanual dapat membantu menyingkirkan kelainan adnexa atau uterus.

Pemeriksaan penunjang meliputi pengambilan swab vaginal dan serviks untuk analisis mikroskopis, kultur bakteri atau jamur, serta tes PCR untuk IMS. Pemeriksaan tambahan seperti ultrasonografi transvaginal dapat dilakukan jika dicurigai adanya abses atau kelainan struktural pada organ reproduksi.

Penatalaksanaan keputihan abnormal disesuaikan dengan penyebabnya. Infeksi bakteri atau jamur diobati dengan antibiotik atau antijamur sesuai hasil kultur, sedangkan IMS memerlukan pengobatan spesifik untuk patogen terkait dan edukasi pasangan. Penatalaksanaan non-infeksi fokus pada koreksi faktor pemicu, terapi hormonal jika diperlukan, serta edukasi higiene vagina. Pencegahan meliputi praktik seksual yang aman, penggunaan pakaian dalam yang bersih dan berbahan katun, serta pemeriksaan ginekologi rutin.

## E. Pendekatan Diagnosis

Pendekatan diagnosis pada keluhan ginekologi, termasuk nyeri panggul, keputihan abnormal, dan perdarahan intermenstrual, memerlukan strategi sistematis untuk mengidentifikasi penyebab yang mendasari, membedakan kondisi jinak dari kondisi yang memerlukan penanganan segera, serta menentukan rencana terapi yang tepat. Pendekatan ini diawali dengan anamnesis komprehensif, yang mencakup riwayat nyeri (onset, durasi, karakter, lokasi, dan faktor pemicu), riwayat menstruasi (siklus, volume perdarahan, durasi), riwayat keputihan (warna, bau, konsistensi, volume), serta riwayat reproduksi, seksual, dan penggunaan kontrasepsi.

Pemeriksaan fisik menjadi langkah selanjutnya, dimulai dari inspeksi umum dan panggul untuk menilai tanda-tanda inflamasi, massa, atau kelainan anatomi. Pemeriksaan ginekologi, termasuk pemeriksaan spekulum, bimanual, dan palpasi abdomen, membantu menilai kondisi serviks, vagina, uterus, dan adnexa. Temuan pada pemeriksaan fisik akan memandu pemilihan pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan penunjang meliputi laboratorium dan pencitraan. Pemeriksaan laboratorium mencakup hitung darah lengkap untuk menilai anemia, tes infeksi (mikroskopis, kultur, PCR), serta pemeriksaan hormonal jika dicurigai gangguan endokrin. Ultrasonografi transvaginal merupakan modalitas utama untuk menilai uterus, ovarium, kista, mioma, atau adanya cairan bebas intraabdomen. Pada kasus yang memerlukan evaluasi lebih lanjut, histeroskopi diagnostik, laparoskopi, atau biopsi endometrium dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis.

Pendekatan diagnosis juga mempertimbangkan faktor risiko pasien, seperti usia, status reproduksi, riwayat infeksi atau operasi, dan riwayat keluarga terhadap penyakit ginekologi tertentu. Setelah integrasi hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, penyebab keluhan dapat diklasifikasikan menjadi kategori struktural, fungsional, inflamasi, infeksi, atau neoplastik.

## BAB 14

# UROGINEKOLOGI

Uroginekologi merupakan cabang ilmu kedokteran yang berfokus pada diagnosis, penatalaksanaan, dan pencegahan gangguan pada sistem urogenital wanita, yang sering kali melibatkan interaksi antara sistem kemih dan organ reproduksi. Bidang ini menekankan peran klinis dalam menangani keluhan seperti inkontinensia urin, prolaps organ panggul, infeksi saluran kemih berulang, dan disfungsi seksual yang berhubungan dengan anatomi atau fungsi panggul. Uroginekologi menjadi sangat penting karena gangguan pada sistem urogenital dapat memengaruhi kualitas hidup, kesehatan reproduksi, dan kesejahteraan psikologis wanita.

Kelainan yang ditangani dalam uroginekologi meliputi prolaps organ panggul, termasuk cystocele (prolaps kandung kemih), rectocele (prolaps rektum), uterine prolapse, dan enterocele, yang sering menimbulkan gejala nyeri panggul, kesulitan berkemih, atau gangguan fungsi seksual. Selain itu, inkontinensia urin menjadi keluhan umum, dibagi menjadi tipe stress, urge, atau mixed, dengan penyebab mulai dari kelemahan otot dasar panggul hingga gangguan saraf atau struktur organ. Gangguan ini dapat terjadi akibat kehamilan, persalinan, penuaan, atau kondisi neurologis tertentu.

Pendekatan uroginekologi dimulai dengan anamnesis mendetail, termasuk riwayat urinasi, keluhan prolaps, nyeri panggul, dan gejala penyerta seperti infeksi berulang atau dispareunia. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi vulva, palpasi panggul, pemeriksaan bimanual, serta pemeriksaan khusus uroginekologi seperti tes stress, urodinamik sederhana, atau evaluasi prolaps dengan skala tertentu. Pemeriksaan penunjang tambahan, termasuk ultrasonografi, urodinamik, cystoscopy, atau MRI panggul, membantu menilai anatomi, fungsi kandung kemih, dan integritas otot panggul.

Penatalaksanaan uroginekologi bersifat individual, mencakup terapi konservatif dan intervensi bedah. Terapi konservatif meliputi latihan otot dasar panggul (Kegel), terapi fisik, modifikasi gaya hidup, dan penggunaan alat penopang (pessary) pada prolaps ringan. Terapi farmakologis diberikan untuk gangguan seperti overactive bladder atau infeksi berulang. Intervensi bedah dilakukan pada kasus yang tidak responsif terhadap terapi konservatif atau kelainan struktural berat, termasuk prosedur rekonstruktif pelvis, sling uretra, dan perbaikan prolaps dengan pendekatan laparoskopi, vaginal, atau robotik.

### **A. Inkontinensia Urin**

Inkontinensia urin adalah kondisi yang ditandai dengan hilangnya kontrol kandung kemih sehingga terjadi keluarnya urin secara tidak sengaja. Kondisi ini merupakan keluhan umum pada wanita, terutama setelah kehamilan, persalinan, atau pada usia lanjut, dan dapat berdampak signifikan pada kualitas hidup, kesehatan psikologis, dan aktivitas sosial. Inkontinensia urin bukanlah penyakit tunggal, melainkan gejala dari gangguan fungsi atau anatomi saluran kemih dan pelvis.

Berdasarkan mekanisme dan gejala klinis, inkontinensia urin dibagi menjadi beberapa tipe. Stress incontinence terjadi ketika tekanan intra-abdomen meningkat, misalnya saat batuk, bersin, atau aktivitas fisik, karena lemahnya otot dasar panggul atau disfungsi sfingter uretra. Urge incontinence ditandai oleh dorongan mendesak untuk berkemih yang sulit ditahan, sering disebabkan oleh overactive bladder atau gangguan saraf. Mixed incontinence adalah kombinasi kedua tipe tersebut. Selain itu, terdapat tipe kurang umum seperti overflow incontinence akibat obstruksi atau gangguan neuromuskular kandung kemih.

Evaluasi inkontinensia urin dimulai dengan anamnesis mendetail, termasuk pola kebocoran urin, frekuensi, faktor pemicu, gejala penyerta (nyeri, infeksi, dispareunia), serta riwayat kehamilan, persalinan, operasi panggul, atau penyakit neurologis. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi vulva, palpasi abdomen, pemeriksaan bimanual, dan tes khusus seperti Valsalva untuk menilai stress incontinence atau urodinamik sederhana untuk mengevaluasi fungsi kandung kemih. Pemeriksaan penunjang tambahan dapat meliputi ultrasonografi panggul, cystoscopy, atau urodinamik lengkap untuk menilai kapasitas kandung kemih, tekanan uretra, dan kelainan anatomi.

Penatalaksanaan inkontinensia urin bersifat multimodal dan disesuaikan dengan tipe dan beratnya keluhan. Terapi konservatif meliputi latihan otot dasar panggul (Kegel), fisioterapi panggul, modifikasi gaya hidup, dan penggunaan pessary atau perangkat penopang uretra. Terapi farmakologis dapat diberikan pada kasus urge incontinence, termasuk antimuskarinik atau agonis beta-3. Intervensi bedah dipertimbangkan pada pasien dengan stress incontinence yang berat atau tidak responsif terhadap terapi konservatif, misalnya prosedur sling uretra, colposuspensi, atau perbaikan anatomi panggul.

## **B. Prolaps Organ Panggul**

Prolaps organ panggul adalah kondisi di mana satu atau lebih organ panggul wanita, seperti uterus, kandung kemih, rektum, atau usus halus, turun dari posisi normalnya ke dalam atau melalui vagina akibat kelemahan atau kerusakan struktur penopang panggul. Kondisi ini sering terjadi pada wanita usia lanjut, setelah persalinan, atau pada mereka yang mengalami trauma atau operasi panggul. Prolaps organ panggul dapat menimbulkan berbagai gejala, termasuk perasaan berat atau tekanan di panggul, nyeri, kesulitan

berkemih, inkontinensia urin, konstipasi, atau gangguan fungsi seksual, yang secara signifikan memengaruhi kualitas hidup.

Jenis prolaps panggul diklasifikasikan berdasarkan organ yang turun: cystocele (prolaps kandung kemih), rectocele (prolaps rektum), uterine prolapse (prolaps uterus), dan enterocele (prolaps usus halus). Faktor risiko utama meliputi persalinan vaginal multipel, usia lanjut, menopause, obesitas, konstipasi kronis, dan trauma atau operasi panggul sebelumnya. Patofisiologi prolaps melibatkan melemahnya otot dasar panggul, ligamenta penopang, dan fascia yang menopang organ panggul, sehingga organ-organ panggul tidak lagi berada pada posisi normal.

Evaluasi prolaps organ panggul dimulai dengan anamnesis menyeluruh, termasuk keluhan utama, durasi, gejala penyerta seperti nyeri panggul, kesulitan berkemih, konstipasi, dispareunia, atau infeksi berulang. Pemeriksaan fisik ginekologi meliputi inspeksi vulva, pemeriksaan spekulum untuk menilai derajat prolaps, dan bimanual examination untuk mengevaluasi uterus dan adnexa. Skala pengukuran prolaps seperti POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) digunakan untuk menilai derajat prolaps secara objektif.

Penatalaksanaan prolaps organ panggul bersifat individual, bergantung pada derajat prolaps, gejala, usia, dan keinginan pasien. Terapi konservatif meliputi latihan otot dasar panggul (Kegel), penggunaan pessary vaginal untuk menopang organ yang turun, dan modifikasi gaya hidup seperti menghindari angkat berat dan mengatur berat badan. Intervensi bedah dipertimbangkan pada prolaps derajat lanjut, gagal terapi konservatif, atau menimbulkan gejala signifikan. Prosedur bedah dapat dilakukan melalui pendekatan vaginal, abdominal, laparoskopi, atau robotik, tergantung jenis prolaps dan kondisi pasien.

Secara keseluruhan, penatalaksanaan prolaps organ panggul menekankan pendekatan multidisipliner yang mempertimbangkan faktor anatomi, fisiologis, dan psikososial. Diagnosis tepat, edukasi pasien, pemilihan terapi yang sesuai, dan tindak lanjut rutin sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup, mencegah komplikasi, serta memulihkan fungsi normal organ panggul.

### **C. Fistula Urogenital**

Fistula urogenital adalah suatu kondisi patologis yang ditandai dengan terbentuknya saluran abnormal antara saluran kemih (uretra, kandung kemih, atau ureter) dan saluran reproduksi wanita (vagina atau uterus). Fistula ini menyebabkan keluarnya urin secara tidak sengaja melalui vagina, yang berdampak signifikan terhadap kesehatan fisik, psikologis, dan sosial pasien. Kondisi ini sering dianggap sebagai komplikasi serius dari trauma obstetri, operasi panggul, atau infeksi berat, dan merupakan masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus dalam praktik uroginekologi.

Penyebab utama fistula urogenital meliputi trauma obstetri, terutama persalinan lama atau distosia, komplikasi bedah seperti histerektomi, operasi caesar, atau prosedur urologi, serta infeksi kronis atau radiasi pelvis. Fistula dapat terjadi di berbagai lokasi, termasuk vesikovaginal fistula (VVF) antara kandung kemih dan vagina, ureterovaginal fistula (UVF) antara ureter dan vagina, dan urethrovaginal fistula antara uretra dan vagina. Setiap tipe memiliki manifestasi klinis dan pendekatan penatalaksanaan yang berbeda.

Evaluasi fistula urogenital dimulai dengan anamnesis rinci, termasuk onset keluarnya urin, sejarah persalinan atau operasi, gejala penyerta seperti infeksi berulang, iritasi kulit vulva, dan dampak psikososial. Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi vulva dan vagina, serta pemeriksaan spekulum untuk menilai lokasi dan ukuran fistula. Pemeriksaan penunjang penting meliputi urografi

intravena, cystoscopy, ultrasonografi, atau MRI pelvis, untuk menilai anatomi saluran kemih, lokasi fistula, dan kelainan pendukung lain.

Penatalaksanaan fistula urogenital bersifat bedah definitif, dengan tujuan menutup fistula dan memulihkan kontinensia urin. Pendekatan bedah tergantung lokasi dan ukuran fistula, termasuk perbaikan melalui vaginal, abdominal, laparoskopi, atau kombinasi. Persiapan preoperatif meliputi pengendalian infeksi, hidrasi yang adekuat, dan optimalisasi status nutrisi pasien. Terapi suportif, seperti kateterisasi jangka pendek dan perawatan kulit, membantu meminimalkan iritasi dan komplikasi sebelum operasi.

#### **D. Evaluasi dan Diagnosis**

Evaluasi dan diagnosis dalam uroginekologi merupakan langkah krusial untuk menentukan penyebab, derajat keparahan, dan rencana penatalaksanaan gangguan urogenital wanita, termasuk inkontinensia urin, prolaps organ panggul, dan fistula urogenital. Pendekatan ini harus sistematis, menyeluruh, dan individual, karena keluhan uroginekologi sering bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi antara organ reproduksi, saluran kemih, dan sistem muskuloskeletal panggul.

Pendekatan dimulai dengan anamnesis komprehensif, yang mencakup keluhan utama, durasi, frekuensi, faktor pemicu, gejala penyerta, serta riwayat medis, obstetri, operasi, atau trauma sebelumnya. Riwayat ini membantu membedakan gangguan fungsi, kelainan struktural, atau komplikasi pascaoperasi, serta memberikan gambaran awal tentang dampak psikososial dan kualitas hidup pasien.

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi vulva, vagina, dan perineum, pemeriksaan spekulum untuk menilai prolaps, fistula, atau kelainan serviks, serta pemeriksaan bimanual untuk mengevaluasi

uterus dan adnexa. Penilaian fungsi otot dasar panggul dan tes khusus seperti Valsalva atau pad test dapat dilakukan untuk menilai stress incontinence. Penentuan derajat prolaps menggunakan skala POP-Q memberikan dasar objektif untuk rencana terapi.

Pemeriksaan penunjang melengkapi evaluasi fisik. Ultrasonografi transvaginal membantu menilai anatomi uterus, ovarium, kandung kemih, dan keberadaan massa atau cairan bebas. Urodinamik dipergunakan untuk menilai kapasitas kandung kemih, tekanan uretra, dan fungsi sfingter. Pada kasus fistula, pemeriksaan tambahan seperti cystoscopy, urografi intravena, atau MRI pelvis dapat diperlukan untuk menentukan lokasi, ukuran, dan hubungan fistula dengan organ sekitarnya. Laboratorium meliputi analisis urin, kultur, atau pemeriksaan hormon jika dicurigai gangguan endokrin.

Integrasi hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang memungkinkan diagnosis yang akurat, klasifikasi gangguan, dan penentuan strategi penatalaksanaan yang tepat, baik konservatif maupun bedah. Evaluasi menyeluruh juga penting untuk merencanakan tindak lanjut jangka panjang, mencegah komplikasi, dan meningkatkan kualitas hidup serta fungsi reproduksi pasien.

## **E. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan uroginekologi bertujuan untuk mengatasi gangguan pada sistem urogenital wanita, memperbaiki fungsi kandung kemih dan organ panggul, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Strategi penatalaksanaan harus bersifat individualisasi, bergantung pada jenis kelainan, derajat keparahan, penyebab mendasar, usia pasien, kondisi kesehatan umum, dan preferensi pasien. Pendekatan ini biasanya mencakup terapi konservatif, farmakologis, dan intervensi bedah.

Terapi konservatif merupakan langkah awal, terutama pada kasus ringan hingga sedang. Pendekatan ini meliputi latihan otot

dasar panggul (Kegel) untuk memperkuat otot levator ani dan sfingter uretra, penggunaan pessary vaginal untuk menopang organ panggul yang prolaps, modifikasi gaya hidup seperti pengelolaan berat badan, pengaturan aktivitas fisik, dan penghindaran angkat berat. Fisioterapi panggul, biofeedback, dan edukasi tentang kebiasaan berkemih juga berperan penting dalam meningkatkan kontinensia dan fungsi organ panggul.

Terapi farmakologis digunakan untuk gangguan spesifik. Pada kasus urge incontinence, obat-obatan antimuskarinik atau agonis beta-3 dapat diberikan untuk mengurangi kontraksi kandung kemih yang berlebihan. Infeksi saluran kemih atau infeksi kronis lain ditangani dengan antibiotik atau antimikroba sesuai hasil kultur. Terapi hormonal topikal dapat digunakan pada wanita menopause dengan atrofi vulvovaginal yang menyebabkan nyeri atau inkontinensia.

Intervensi bedah dipertimbangkan pada kasus yang tidak responsif terhadap terapi konservatif atau pada kelainan struktural yang signifikan. Prosedur bedah termasuk sling uretra, colposuspensi, perbaikan prolaps melalui pendekatan vaginal, abdominal, atau laparoskopi, serta perbaikan fistula urogenital. Teknik bedah modern, termasuk robotik atau laparoskopi minimal invasif, memungkinkan rekonstruksi anatomi yang presisi dengan pemulihan lebih cepat dan komplikasi lebih rendah.

## **BAB 15**

# **KETERAMPILAN KLINIS DAN INTEGRASI KASUS**

Keterampilan klinis dalam praktik ginekologi merupakan fondasi utama bagi seorang klinisi untuk melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, dan tindak lanjut pasien secara akurat dan aman. Keterampilan ini mencakup kemampuan teknis, pengambilan keputusan klinis, komunikasi efektif dengan pasien, serta penerapan prinsip etika dan keselamatan pasien. Keterampilan klinis yang baik memungkinkan identifikasi awal gangguan reproduksi, penyusunan diagnosis diferensial, dan implementasi intervensi yang tepat.

Penguasaan keterampilan klinis dimulai dari anamnesis yang terstruktur, di mana klinisi harus mampu menggali informasi tentang riwayat menstruasi, kehamilan, persalinan, penggunaan kontrasepsi, infeksi saluran reproduksi, serta keluhan lain seperti nyeri panggul atau keputihan abnormal. Kemampuan mendengar dan menafsirkan gejala pasien secara holistik sangat penting, karena keluhan ginekologi sering memiliki penyebab multifaktorial.

Pemeriksaan fisik merupakan langkah inti, termasuk inspeksi, palpasi, pemeriksaan spekulum, bimanual, dan pemeriksaan perineum. Keterampilan teknis yang tepat sangat penting untuk meminimalkan ketidaknyamanan pasien, mencegah cedera, dan memperoleh data yang akurat. Penguasaan prosedur penunjang seperti USG transvaginal, urodinamik, pap smear, atau biopsi endometrium juga termasuk keterampilan klinis yang esensial, karena pemeriksaan ini mendukung diagnosis dan rencana terapi.

Integrasi kasus klinis merupakan langkah lanjutan di mana pengetahuan teoretis diterapkan dalam praktik nyata. Dalam

pendekatan berbasis kasus, klinisi mengevaluasi informasi anamnesis, temuan pemeriksaan fisik, dan hasil pemeriksaan penunjang untuk merumuskan diagnosis diferensial, menentukan prioritas penatalaksanaan, dan menyusun rencana tindak lanjut yang individualisasi. Pendekatan ini juga menekankan pentingnya diskusi multidisipliner pada kasus kompleks, misalnya pada infertilitas, tumor ginekologi, atau prolaps organ panggul, untuk memastikan keputusan klinis optimal.

Selain itu, integrasi kasus mengajarkan klinisi untuk mengembangkan keterampilan komunikasi, pengambilan keputusan berbasis bukti, dan manajemen risiko. Hal ini mencakup edukasi pasien, konseling keluarga, dan penerapan prinsip keselamatan pasien serta etika profesional. Evaluasi hasil intervensi dan tindak lanjut rutin merupakan bagian penting dari keterampilan klinis yang lengkap, memastikan pasien mendapatkan perawatan kontinu dan komplikasi dapat diminimalkan.

### **A. Clinical Reasoning dalam Ginekologi**

Clinical reasoning atau penalaran klinis adalah proses kognitif yang digunakan oleh dokter atau klinisi untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menafsirkan informasi klinis guna membuat keputusan yang tepat dalam diagnosis dan penatalaksanaan pasien. Dalam ginekologi, clinical reasoning menjadi sangat penting karena keluhan pasien sering bersifat kompleks dan multifaktorial, melibatkan sistem reproduksi, hormonal, urogenital, dan kadang kondisi multisistemik lainnya.

Proses clinical reasoning dimulai dengan pengumpulan data melalui anamnesis yang terstruktur dan pemeriksaan fisik yang menyeluruh. Pada pasien ginekologi, hal ini meliputi riwayat menstruasi, obstetri, penggunaan kontrasepsi, keluhan nyeri panggul, keputihan, perdarahan abnormal, infertilitas, atau gejala

menopause. Data ini kemudian dikombinasikan dengan pemeriksaan fisik, seperti inspeksi, palpasi, pemeriksaan spekulum, bimanual, serta pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi, pap smear, urodinamik, atau pemeriksaan hormonal.

Tahap berikutnya adalah pengolahan informasi dan formulasi hipotesis diagnostik. Klinik menggunakan data yang terkumpul untuk menyusun diagnosis diferensial, menilai kemungkinan penyebab yang paling mungkin, serta menentukan prioritas intervensi. Misalnya, nyeri panggul kronis pada wanita muda dapat berasal dari endometriosis, infeksi saluran reproduksi, atau gangguan muskuloskeletal; oleh karena itu, data anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang harus dievaluasi secara sistematis.

Clinical reasoning juga melibatkan pengambilan keputusan berbasis bukti (evidence-based), mempertimbangkan risiko dan manfaat intervensi, serta preferensi pasien. Keputusan ini mencakup pemilihan terapi konservatif atau bedah, jenis obat-obatan, serta tindak lanjut yang sesuai. Penalaran klinis yang baik juga mempertimbangkan faktor sosial, psikologis, dan budaya pasien yang dapat memengaruhi kepatuhan dan hasil terapi.

Selain itu, clinical reasoning bersifat dinamis dan reflektif. Seorang klinisi harus mampu mengevaluasi ulang diagnosis dan rencana terapi berdasarkan respons pasien, temuan baru, atau hasil pemeriksaan tambahan. Integrasi antara pengetahuan teoretis, keterampilan klinis, dan pengalaman praktik membentuk kemampuan reasoning yang efektif, sehingga pasien mendapatkan diagnosis yang tepat, terapi optimal, dan keselamatan klinis terjaga.

## **B. Pendekatan Kasus Berbasis Masalah**

Pendekatan kasus berbasis masalah atau Case-Based Learning (CBL) dalam ginekologi adalah metode pembelajaran dan praktik klinis yang menggunakan kasus nyata atau simulasi pasien sebagai

dasar untuk mengembangkan keterampilan klinis, clinical reasoning, dan pengambilan keputusan. Pendekatan ini mengintegrasikan teori, keterampilan teknis, dan kemampuan analisis, sehingga mahasiswa atau klinisi dapat memahami kompleksitas keluhan ginekologi dan meresponsnya dengan tepat.

Dalam pendekatan ini, seorang klinisi atau peserta didik diperkenalkan pada kasus pasien secara holistik, termasuk anamnesis, pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, dan temuan penunjang lain. Misalnya, kasus seorang wanita dengan nyeri panggul kronis, perdarahan abnormal, dan riwayat persalinan multipel akan dianalisis untuk menilai kemungkinan diagnosis seperti endometriosis, prolaps organ panggul, atau gangguan hormonal. Setiap langkah memaksa peserta untuk memikirkan diagnosis diferensial, penyebab utama, dan strategi penatalaksanaan.

Pendekatan berbasis kasus juga menekankan diskusi kolaboratif dan interdisipliner, di mana peserta membandingkan hipotesis mereka, menilai bukti klinis, dan merencanakan intervensi. Hal ini menumbuhkan kemampuan pengambilan keputusan berbasis bukti, komunikasi klinis, dan evaluasi risiko, sambil memperkuat pemahaman anatomi, fisiologi, dan patofisiologi reproduksi wanita. Selain itu, kasus dapat disesuaikan untuk menekankan berbagai aspek seperti manajemen medis, bedah, terapi hormonal, atau pencegahan komplikasi.

Kelebihan pendekatan kasus berbasis masalah adalah kemampuannya untuk menghubungkan teori dengan praktik nyata, meningkatkan daya ingat, dan membentuk penalaran klinis yang kritis. Peserta belajar tidak hanya mengenali gejala, tetapi juga memahami mekanisme penyakit, memilih pemeriksaan penunjang yang tepat, dan menyusun rencana terapi individual. Evaluasi hasil pendekatan ini dapat dilakukan melalui diskusi kasus, simulasi klinis, uji keterampilan, dan tindak lanjut pasien.

### C. Simulasi OSCE Ginekologi

Simulasi OSCE (Objective Structured Clinical Examination) dalam ginekologi adalah metode evaluasi keterampilan klinis yang terstruktur dan objektif, dirancang untuk menilai kemampuan mahasiswa atau klinisi dalam menerapkan pengetahuan teoretis, keterampilan teknis, komunikasi, dan clinical reasoning pada situasi klinis yang realistis. OSCE menjadi standar internasional dalam pendidikan kedokteran dan spesialisasi, karena menilai kompetensi secara praktis dan sistematis, bukan hanya melalui ujian teori.

Dalam simulasi OSCE ginekologi, peserta biasanya melewati beberapa stasiun uji yang menilai keterampilan berbeda, seperti anamnesis, pemeriksaan fisik, interpretasi hasil pemeriksaan penunjang, konseling pasien, dan penatalaksanaan klinis. Misalnya, satu stasiun bisa menilai kemampuan anamnesis pasien dengan perdarahan uterus abnormal, stasiun lain menilai pemeriksaan spekulum dan bimanual, dan stasiun lain menilai interpretasi USG transvaginal atau pap smear. Setiap stasiun dilengkapi dengan skor rubrik yang objektif untuk menilai ketepatan prosedur, komunikasi, etika, dan keselamatan pasien.

Simulasi OSCE juga menggunakan manekin, model anatomi, atau pasien standar (standardized patients) untuk meniru situasi klinis nyata. Hal ini memungkinkan peserta belajar melakukan prosedur invasif dengan aman, memahami teknik yang tepat, dan mengembangkan keterampilan interpersonal tanpa risiko langsung terhadap pasien. Selain itu, OSCE memberikan umpan balik langsung yang membantu peserta mengenali kelemahan dan meningkatkan kompetensi praktis.

Kelebihan metode OSCE adalah evaluasi yang terstandarisasi, komprehensif, dan objektif, sehingga dapat menilai tidak hanya pengetahuan, tetapi juga keterampilan teknis, pengambilan keputusan, komunikasi, etika, dan profesionalisme. OSCE juga

mendukung pendekatan pembelajaran berbasis kasus, karena peserta menghadapi skenario klinis yang realistis dan harus mengintegrasikan teori dengan praktik.

#### **D. Komunikasi dan Konseling Pasien**

Komunikasi dan konseling pasien merupakan salah satu keterampilan inti dalam praktik ginekologi yang berdampak langsung pada keberhasilan diagnosis, penatalaksanaan, kepatuhan terapi, dan pengalaman pasien secara keseluruhan. Komunikasi yang efektif tidak hanya menyampaikan informasi medis, tetapi juga mencakup kemampuan untuk mendengarkan, memahami kekhawatiran pasien, menilai kebutuhan emosional, dan membangun hubungan saling percaya antara klinisi dan pasien.

Dalam praktik ginekologi, konseling pasien sering dilakukan pada berbagai situasi, termasuk perencanaan keluarga, pemilihan kontrasepsi, manajemen menopause, infertilitas, diagnosis kanker, atau prosedur invasif. Proses konseling yang baik harus bersifat individualisasi, memperhatikan usia, kondisi kesehatan, budaya, dan nilai-nilai pasien. Misalnya, saat mendiskusikan pilihan kontrasepsi, klinisi perlu menjelaskan efikasi, efek samping, durasi, dan metode alternatif, serta mendengarkan preferensi pasien sebelum membuat keputusan bersama.

Komunikasi klinis efektif juga mencakup pendekatan empatik. Klinisi harus mampu menenangkan kecemasan pasien, memberikan informasi yang jelas dan tidak membingungkan, serta mengatasi stigma atau rasa malu terkait masalah reproduksi. Pendekatan ini penting pada kasus seperti infertilitas, kanker ginekologi, infeksi menular seksual, atau prolaps organ panggul, di mana pasien mungkin merasa cemas, malu, atau takut akan prosedur medis.

Selain itu, komunikasi dan konseling mencakup penjelasan prosedur, risiko, manfaat, dan alternatif sebagai bagian dari

informed consent. Pasien diberi kesempatan untuk bertanya, menyatakan kekhawatiran, dan berpartisipasi aktif dalam keputusan klinis. Dokumentasi hasil konseling dalam rekam medis juga sangat penting untuk memastikan kontinuitas pelayanan dan kepatuhan terhadap standar profesional dan etika.

### **E. Evaluasi Kompetensi Klinik**

Evaluasi kompetensi klinik merupakan proses sistematis untuk menilai sejauh mana seorang mahasiswa, dokter residen, atau klinisi mampu menerapkan pengetahuan, keterampilan teknis, clinical reasoning, komunikasi, dan etika profesional dalam praktik ginekologi. Evaluasi ini bertujuan memastikan bahwa tenaga kesehatan memiliki kemampuan yang memadai untuk memberikan pelayanan reproduksi yang aman, efektif, dan berbasis bukti.

Evaluasi kompetensi klinik dilakukan melalui berbagai metode objektif dan terstruktur, termasuk OSCE (Objective Structured Clinical Examination), simulasi kasus, pemeriksaan langsung pasien (direct observation), dan penilaian portofolio klinik. OSCE memungkinkan penilaian keterampilan praktis, seperti anamnesis, pemeriksaan fisik, prosedur invasif, interpretasi hasil pemeriksaan penunjang, dan konseling pasien. Simulasi kasus dan manekin digunakan untuk menilai kemampuan pengambilan keputusan dan teknik prosedural dalam situasi aman.

Selain keterampilan teknis, evaluasi kompetensi klinik juga menekankan penalaran klinis (clinical reasoning), kemampuan membuat diagnosis diferensial, memilih pemeriksaan penunjang yang tepat, serta merencanakan dan menilai efektivitas terapi. Evaluasi komunikasi, konseling, dan etika profesional juga menjadi aspek penting, karena kemampuan ini berhubungan langsung dengan kepatuhan pasien, keselamatan klinis, dan kualitas pengalaman pelayanan.

Penilaian kompetensi klinik biasanya dilakukan secara formatif dan sumatif. Penilaian formatif memberikan umpan balik langsung yang membantu peserta mengenali kekuatan dan kelemahan, sementara penilaian sumatif digunakan untuk menentukan kelulusan atau sertifikasi kompetensi. Dokumentasi hasil evaluasi, rubrik penilaian standar, dan refleksi peserta membantu meningkatkan kemampuan klinis secara berkelanjutan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abrams P, Andersson KE, Birder L, et al. Fourth International Consultation on Incontinence recommendations. *Neurourol Urodyn*. 2013.
- ACOG Practice Bulletin No. 128: Diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol*. 2023.
- Chesson RE, Mayhew CA, Aral SO, et al. The role of sexually transmitted diseases in infertility. *Sex Transm Dis*. 2008.
- Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012.
- Critchley HO, Maybin JA, Armstrong GM, Williams ARW. Heavy menstrual bleeding. *Lancet*. 2020.
- Don EE, Middelkoop M-A, Hehenkamp WJK, et al. Endometrial angiogenesis and abnormal uterine bleeding in fibroids: A systematic review. *Int J Mol Sci*. 2023;24(8):7011.
- Elizur SE, Mostafa J, Berkowitz E, Orvi eto R. Endometriosis and infertility: Pathophysiology, treatment strategies, and reproductive outcomes. *Arch Gynecol Obstet*. 2025;312(4):1037–1048.
- ESHRE Guideline Group on RPL. European Society of Human Reproduction and Embryology guideline on recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod Open*. 2017.
- Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminology used to describe menstrual bleeding? *Hum Reprod*. 2007;22(3):635–643.
- Fritz MA, Speroff L. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

- Gallo MF, López LM, Grimes DA, et al. Combination contraceptives: Effectiveness, safety, and acceptability. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014.
- Ghetti C, Margolis DJ, Govindappagari S, et al. Prevalence and treatment of urinary incontinence in reproductive-age women. *Obstet Gynecol*. 2018.
- Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2010.
- Habiba M, Guo S-W, Benagiano G. Adenomyosis and abnormal uterine bleeding: Review of the evidence. *Biomolecules*. 2024;14(6):616.
- Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, et al. *Contraceptive Technology*. 21st ed. Ayer Co; 2018.
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010.
- Liu Z, Doan QV, Blumenthal P, Dubois RW. Health-related quality of life in abnormal uterine bleeding. *Value Health*. 2007;10(3):183–194.
- Macer ML, Taylor HS. Endometriosis and infertility: A review of pathogenesis and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2012;39(3):535–549.
- Moïse A, Dzeitova M, de Landsheere L, Nisolle M, Brichant G. Endometriosis and infertility: Gynecological examination guide. *J Clin Med*. 2025;14(6):1904.
- Moschos E, Twigg J. Complications of intrauterine devices. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018.
- Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of

- abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(3):3–13.
- Munro MG. Practical aspects for office hysteroscopy in abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol.* 2017.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril.* 2020.
- Practice Committee of the ASRM. Diagnostic evaluation of the infertile female. *Fertil Steril.* 2015.
- Schrager S, Fox K, Lee R. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. *Am Fam Physician.* 2024;109(2):161–166.
- Society of Gynecologic Oncology. Management of gynecologic cancer: Cervical, uterine, ovarian, vulvar, and vaginal cancers. *Gynecol Oncol.* 2022.
- Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: Pathogenesis and clinical features. *Lancet.* 2014.
- Whitaker L, Critchley HO. Abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;34:54–65.
- World Health Organization. Infertility definitions and terminology. WHO Reproductive Health Library; 2021.
- Zegers-Hochschild F, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) glossary. *Fertil Steril.* 2017.

## PROFIL PENULIS



**dr. Abitmer Gultom, Sp. OG.** Menyelesaikan program pendidikan profesi dokter (dr) pada tahun 2002 di Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia, Jakarta. Pada tahun 2009, menyelesaikan program pendidikan dokter spesialis di Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi. Penulis merupakan dosen Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia sejak tahun 2020 dengan jabatan akademik Lektor.

Pada tahun 2024, penulis telah lulus sebagai dosen profesional (Sertifikasi Dosen) yang diterbitkan oleh Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi. Sebagai seorang pendidik, penulis aktif dalam melaksanakan pengajar, penelitian, dan pengabdian masyarakat yang merupakan tugas tridarma seorang dosen. Beberapa karya ilmiah dan karya PKM telah dipublikasi pada jurnal nasional dan jurnal internasional.

Buku Referensi Ginekologi Klinis untuk Koas dan Dokter Muda disusun sebagai panduan praktis dan komprehensif bagi mahasiswa kedokteran tahap klinik (koas) serta dokter muda dalam memahami dan menangani berbagai kasus ginekologi. Buku ini membahas secara sistematis mulai dari konsep dasar kesehatan reproduksi wanita, anatomi dan fisiologi, hingga berbagai penyakit dan gangguan ginekologi yang sering ditemui dalam praktik klinis. Dengan pendekatan berbasis kasus dan evidence-based medicine, buku ini membantu pembaca dalam melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, penegakan diagnosis, serta penatalaksanaan yang tepat sesuai standar medis.



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

Office Yogyakarta : 087777899993  
Marketing 1 : 088221740145  
Marketing 2 : 085961447209  
Marketing 3 : 0882005806664  
Instagram : @ypad\_penerbit  
Website : <https://ypad.store>  
Email : [teampenerbit@ypad.store](mailto:teampenerbit@ypad.store)

