

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Konsep Dasar Usia Reproduksi

1. Pengertian

Usia reproduksi yang ideal sering kali merujuk pada rentang usia ketika sistem reproduksi seseorang (khususnya wanita) berada pada kondisi paling optimal untuk kehamilan dan persalinan yang aman. Rentang usia 18-33 tahun berada dalam periode yang dianggap paling sehat dan aman secara medis untuk bereproduksi, meskipun batasan yang lebih umum digunakan oleh otoritas kesehatan adalah antara 20 hingga 35 tahun (Hapsari, 2023).

Dalam penelitian ini usia reproduksi peneliti klasifikasikan menjadi 3 bagian yaitu usia < 20 tahun, usia 20-35 tahun dan usia > 35 tahun.

Berikut adalah penjelasan konsep dasar terkait rentang usia 18-33 tahun:

a. Kematangan Biologis dan Fisik

Pada usia 18-33 tahun, tubuh, terutama organ reproduksi wanita, telah mencapai kematangan fisik penuh. Hal ini mencakup:

- 1) Kualitas Sel Telur Optimal: Kualitas dan kuantitas sel telur berada pada puncaknya, mengurangi risiko kelainan kromosom dan keguguran dibandingkan usia yang lebih muda atau lebih tua.

2) Kesehatan Rahim dan Organ Terkait: Rahim dan organ pendukung lainnya lebih siap menampung kehamilan dan proses persalinan, dengan risiko komplikasi seperti preeklamsia, diabetes gestasional, atau kelahiran prematur yang lebih rendah.

3) Pemulihan Pascapersalinan: Tubuh yang lebih muda cenderung pulih lebih cepat dari proses persalinan.

b. Kesiapan Mental dan Emosional

1) Meskipun kematangan biologis dimulai lebih awal, rentang usia 18-33 tahun sering kali dikaitkan dengan kematangan mental dan emosional yang lebih baik dibandingkan masa remaja.

2) Tanggung Jawab: Individu dalam rentang usia ini umumnya lebih siap secara psikologis untuk mengambil tanggung jawab membesarkan anak.

3) Pengetahuan Kesehatan Reproduksi: Diharapkan individu pada usia ini memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan reproduksi, kontrasepsi, dan perawatan kehamilan yang baik (Tim Onkoloji UMJ, 2021).

c. Batasan Usia

1) Sebelum 18 tahun (Remaja): Kehamilan pada usia ini memiliki risiko medis yang lebih tinggi, baik bagi ibu (anemia, preeklamsia) maupun bayi (berat badan lahir rendah, prematuritas).

2) Di atas 33 tahun (Khususnya di atas 35 tahun): Kualitas dan kuantitas sel telur mulai menurun signifikan. Risiko komplikasi kehamilan, seperti tekanan darah tinggi, diabetes gestasional, kelainan genetik pada bayi, dan kesulitan hamil (infertilitas), meningkat seiring bertambahnya usia.

3) Secara keseluruhan, rentang usia 18-33 tahun dianggap ideal karena menawarkan keseimbangan antara kematangan fisik, kesehatan reproduksi yang optimal, dan kesiapan mental untuk menjalani kehamilan dan membesarkan anak dengan risiko kesehatan yang minimal (Afdalia Amanda et al., 2025).

2. Fase Usia Reproduksi

Secara umum, Wanita Usia Subur (WUS) didefinisikan dalam rentang usia yang cukup lebar, yaitu 15-49 tahun. Namun, kemampuan dan risiko reproduksi sangat bervariasi dalam rentang ini. Berdasarkan data dan anjuran dari berbagai lembaga kesehatan seperti BKKBN dan WHO, rentang usia yang Anda sebutkan dapat dikategorikan sebagai berikut (Sukowati, 2023):

a. Usia Reproduksi Optimal (Sekitar 18-33 tahun)

Fase ini dianggap sebagai periode paling ideal untuk kehamilan dan reproduksi yang sehat, terutama pada wanita, dengan puncak kesuburan di usia 20-an.

1) Kualitas Organ Reproduksi: Organ reproduksi wanita, termasuk rahim dan kualitas sel telur, berada dalam kondisi prima.

- 2) Risiko Komplikasi Rendah: Risiko komplikasi kehamilan, keguguran, dan kelainan genetik pada janin relatif rendah dibandingkan usia yang lebih muda atau lebih tua.
 - 3) Kesiapan Fisik dan Mental: Pada usia ini, individu umumnya sudah lebih siap secara fisik, mental, dan sosial untuk menjalani kehamilan dan membesarkan anak, terutama jika sudah menikah pada usia ideal (usia ideal menikah bagi perempuan adalah 21 tahun dan laki-laki 25 tahun menurut BKKBN) (Sukowati, 2023).
- b. Usia Reproduksi Menurun/Risiko Meningkat (Sekitar 34-49 tahun)
- 1) Fase ini ditandai dengan penurunan alami fungsi reproduksi dan peningkatan risiko tertentu.
 - 2) Penurunan Kesuburan: Kualitas dan kuantitas sel telur pada wanita mulai menurun signifikan setelah usia pertengahan 30-an. Kesuburan pria juga mulai berkurang sekitar usia 40-45 tahun.
 - 3) Peningkatan Risiko: Peluang untuk hamil masih ada, namun risiko komplikasi kehamilan, seperti tekanan darah tinggi, diabetes gestasional, keguguran, dan kelainan kromosom pada janin cenderung meningkat (Silaen & Dewi, 2024).

Batas Maksimal Kehamilan: BKKBN menyarankan agar perempuan hamil maksimal pada usia 35 tahun untuk mencegah risiko kesehatan pada ibu dan anak (misalnya stunting). Kehamilan di atas usia 40 tahun memerlukan pengawasan medis yang lebih ketat. Perbedaan utama antara

kedua rentang usia tersebut terletak pada tingkat kesuburan dan risiko kesehatan terkait reproduksi.

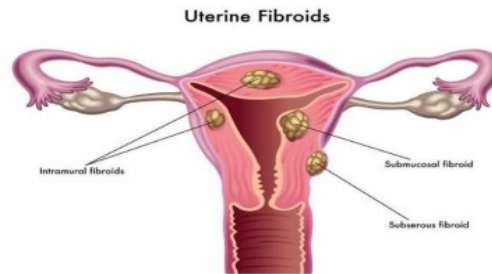
- 1) Periode 18-33 tahun adalah masa optimal dengan risiko minimal,
- 2) 34-49 tahun adalah masa di mana kesuburan menurun secara alami dan risiko komplikasi meningkat, membutuhkan perhatian kesehatan ekstra.

2.1.2 Konsep Dasar Mioma Uteri

1. Pengertian

Mioma uteri merupakan neoplasma jinak yang memiliki batas tegas, tidak berkapsul, dan berasal dari proliferasi otot polos uterus yang disertai jaringan ikat fibrosa. Kondisi ini dikenal dengan berbagai istilah, antara lain fibromioma uteri, leiomioma uteri, atau uterine fibroid. Mioma uteri umumnya ditemukan pada traktus genitalia perempuan, terutama pada kelompok usia 36 hingga 45 tahun maupun pada periode pascareproduktif atau menopause (Sefrina, 2023). Pada perempuan usia reproduktif, mioma uteri relatif jarang ditemukan. Namun demikian, apabila terjadi pada kelompok usia tersebut, kondisi ini berpotensi menimbulkan berbagai gangguan fungsi reproduksi, seperti infertilitas, abortus spontan, persalinan prematur, serta malpresentasi janin (Samuel, 2024). Secara anatomis, mioma uteri berkembang pada lapisan otot rahim atau miometrium dan disertai pertumbuhan jaringan ikat. Karakteristik tumor yang padat hingga relatif lunak dipengaruhi oleh dominasi komponen jaringan ikat dalam struktur mioma tersebut (Nadila & Zulala, 2024).

2. Klasifikasi Myoma Uteri



Gambar 2.1 anatomi myoma uteri menurut (Tim Onkoloji UMJ, 2021)

Klasifikasi Berdasarkan Lokasi dan Pertumbuhan Ditinjau dari aspek posisi anatomis serta orientasi ekspansi massa tumornya, mioma uteri dapat dikategorikan menjadi beberapa tipe spesifik. Pada umumnya, neoplasma ini menginvasi bagian korpus uteri dan secara sistematis dipisahkan ke dalam tiga klasifikasi primer, yakni:

a. Myoma Uteri Intramural

Mioma Intramural dan Manifestasi Klinisnya Jenis mioma ini merupakan varian yang paling sering diidentifikasi pada dinding rahim perempuan, di mana pertumbuhannya berlokasi pada lapisan tengah rahim yang paling tebal, yaitu miometrium. Neoplasma jinak ini berkembang dengan memberikan tekanan pada jaringan otot di sekitarnya, sehingga membentuk lapisan kapsul (simpai) yang menyelimuti massa tumor dengan tekstur atau konsistensi yang solid. Apabila tumor tersebut terletak pada dinding anterior (depan) uterus, maka seiring dengan pertumbuhannya yang membesar, massa tersebut akan menekan dan mendorong vesika urinaria (kandung kemih) ke arah atas. Menurut Sukowati (2023), tekanan mekanis ini

mengakibatkan kapasitas kandung kemih berkurang, yang secara klinis memicu keluhan miksi atau peningkatan frekuensi buang air kecil pada pasien.

b. Myoma Uteri Subserosa

Mioma subserosa merupakan salah satu jenis mioma uteri yang tumbuh ke arah luar dari lapisan terluar dinding rahim, yaitu serosa, dan menonjol ke dalam rongga peritoneum. Berdasarkan karakteristik morfologinya, mioma jenis ini dapat memiliki dasar perlekatan yang luas (sesil) maupun berkembang dengan tangkai (pedunculata) yang menghubungkan massa tumor dengan uterus. Pembesaran mioma subserosa yang signifikan dan menonjol ke luar dinding rahim berpotensi menimbulkan distensi yang tampak secara klinis pada regio abdomen bagian bawah. Selain itu, mioma subserosa juga dapat mengalami perluasan pertumbuhan ke arah ligamentum latum, sehingga diklasifikasikan sebagai mioma intraligamenter. Pada kondisi tertentu, mioma ini dapat terlepas sepenuhnya dari uterus dan mendapatkan suplai vaskular dari jaringan atau organ di sekitarnya. Keadaan tersebut dikenal sebagai wandering parasitic fibroid, yang merupakan variasi klinis khusus dari mioma subserosa (Tim Onkologi UMJ, 2021).

c. Myoma Uteri Submukosa

Mioma submukosa adalah mioma uteri yang tumbuh pada lapisan terdalam dinding rahim dan menonjol ke dalam kavum uteri. Mioma ini

dapat memiliki dasar lebar atau bertangkai, dan yang bertangkai dapat berkembang menjadi polip serta keluar melalui serviks, dikenal sebagai mioma geburt. Berbeda dengan jenis mioma lainnya, mioma submukosa meskipun berukuran kecil sering menimbulkan gangguan perdarahan dan memiliki risiko infeksi yang lebih tinggi, terutama pada tipe pedunculata (Silaen & Dewi, 2024).

Menurut Christopher Wisnu et al. (2023), mioma uteri dapat diklasifikasikan berdasarkan lokasi pertumbuhan tumornya ke dalam beberapa tipe, yaitu:

- a. Tipe 0, yaitu mioma submukosa yang seluruhnya berada di dalam rongga rahim dan bertangkai, dikenal sebagai pedunculated intracavitary myoma.
- b. Tipe 1, merupakan mioma submukosa dengan keterlibatan jaringan intramural kurang dari 50%.
- c. Tipe 2, yaitu mioma submukosa yang sebagian besar ($\geq 50\%$) pertumbuhannya melibatkan lapisan intramural.
- d. Tipe 3, seluruh massa tumor terletak pada dinding rahim yang berdekatan dengan endometrium tanpa menonjol ke kavum uteri.
- e. Tipe 4, merupakan mioma intramural murni yang sepenuhnya berada di dalam lapisan miometrium.
- f. Tipe 5, yaitu mioma subserosa dengan keterlibatan intramural sebesar $\geq 50\%$.

- g. Tipe 6, merupakan mioma subserosa dengan komponen intramural kurang dari 50%.
- h. Tipe 7, yaitu mioma subserosa yang tumbuh bertangkai di bagian luar rahim (pedunculated subserosal myoma).
- i. Tipe 8, merupakan tipe khusus mioma yang tumbuh di luar miometrium, seperti mioma serviks bertangkai (pedunculated cervical myoma).

3. Etiologi

Berdasarkan pandangan Aspiani, terdapat beragam elemen yang diidentifikasi sebagai pemicu atau faktor predisposisi dalam patogenesis mioma uteri. Yulianti (2023) menegaskan bahwa variabel-variabel tersebut memiliki pengaruh yang cukup krusial terhadap eskalasi risiko perkembangan tumor jinak pada jaringan rahim, yang meliputi:

a. Umur

Secara klinis, temuan mioma uteri yang dibuktikan melalui pemeriksaan patologi memiliki korelasi erat dengan peningkatan umur pasien, di mana angka kejadian tertinggi biasanya terdeteksi pada kisaran usia 50 tahun. Fenomena ini jarang teramati pada periode pubertas atau fase awal masa subur, dan prevalensinya cenderung melandai secara signifikan pasca-menopause (Afdalia Amanda dkk., 2025). Ditinjau dari perspektif epidemiologi, diperkirakan sekitar 20% wanita di masa produktif terdiagnosa mioma uteri, namun persentase ini melonjak hingga 40%–50% pada kelompok usia melampaui 40

tahun. Selain itu, manifestasi tumor jinak ini sangat jarang muncul pada anak perempuan sebelum fase menarke atau sebelum dimulainya siklus menstruasi perdana.

b. Hormon Endogen (endogenous hormonal)

Kadar stimulasi serta produksi hormon estrogen pada jaringan mioma uteri terdeteksi jauh lebih tinggi dibandingkan dengan jaringan miometrium yang sehat. Ketidakseimbangan konsentrasi hormonal pada tingkat jaringan tersebut menjadi mekanisme fundamental yang memicu proses patogenesis atau pembentukan massa tumor pada rahim.

c. Riwayat keluarga

Perempuan yang memiliki riwayat mioma uteri pada keluarga tingkat pertama diketahui memiliki risiko sekitar 2,5 kali lebih tinggi untuk mengalami kondisi yang sama dibandingkan dengan individu tanpa riwayat genetik tersebut. Keberadaan faktor keturunan dalam keluarga secara signifikan berkontribusi terhadap peningkatan risiko terjadinya mioma uteri.

d. Makanan

Pola konsumsi jenis pangan tertentu, seperti daging sapi, daging babi, maupun olahan daging merah yang dimasak kurang matang, terindikasi memiliki korelasi dengan eskalasi risiko mioma uteri. Di sisi lain, diet yang kaya akan sayuran hijau terbukti memberikan

dampak protektif bagi kesehatan rahim, sehingga mampu meminimalisir potensi pertumbuhan tumor tersebut.

e. Kehamilan

Kehamilan memiliki hubungan yang signifikan dengan mekanisme patogenesis mioma uteri, terutama akibat peningkatan kadar estrogen yang tajam serta bertambahnya aliran vaskular ke uterus. Perubahan hormonal dan hemodinamik tersebut dapat mempercepat pertumbuhan massa mioma, di mana estrogen berperan dengan berinteraksi bersama berbagai faktor pertumbuhan lainnya. Sejumlah temuan ilmiah menunjukkan bahwa meningkatnya ekspresi reseptor progesteron, disertai peran faktor pertumbuhan epidermal (epidermal growth factor/EGF), berkontribusi penting dalam merangsang perkembangan mioma uteri selama periode kehamilan.

f. Paritas

Mioma uteri lebih banyak ditemukan pada perempuan nullipara, yaitu mereka yang belum pernah melahirkan, dibandingkan dengan perempuan multipara yang memiliki riwayat persalinan satu kali atau lebih.

g. Obesitas

Kondisi obesitas atau berat badan berlebih, status nullipara (tidak memiliki keturunan), serta status tidak menikah merupakan variabel yang secara signifikan memperbesar risiko seorang perempuan mengidap mioma uteri. (Prasetyo, 2025).

Etiologi mioma uteri belum diketahui secara pasti dan bersifat multifaktorial. Mioma uteri diduga berasal dari mutasi somatik pada satu sel tunggal dengan adanya kelainan sitogenetik, serta dipengaruhi oleh faktor genetik dan peran hormon steroid seperti estrogen, progesteron, serta hormon pertumbuhan manusia. Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan tumor pada myoma, disamping pencetus genetik (Cahyani, 2022):

a. Estrogen

Mioma uteri umumnya berkembang setelah terjadinya menstruasi dan menunjukkan pertumbuhan yang lebih cepat selama kehamilan maupun pada penggunaan terapi estrogen eksogen. Sebaliknya, ukuran mioma cenderung mengecil pada masa menopause atau setelah pengangkatan ovarium, seiring dengan menurunnya produksi hormon estrogen. Mioma uteri juga sering ditemukan bersamaan dengan kondisi anovulasi ovarium serta pada perempuan dengan riwayat infertilitas. Secara biokimia, aktivitas enzim hidrosisteroid dehidrogenase yang berperan mengonversi estradiol, yaitu estrogen dengan potensi tinggi, menjadi estrogen yang lebih lemah diketahui menurun pada jaringan mioma. Selain itu, jaringan miomatosa memiliki jumlah reseptor estrogen yang lebih banyak dibandingkan dengan miometrium normal.

b. Progesteron

Hormon progesteron berfungsi sebagai antagonis biologis bagi estrogen yang mampu memberikan efek inhibisi terhadap ekspansi massa tumor. Proses penghambatan ini diatur melalui stimulasi enzim hidrosisteroid dehidrogenase serta melalui mekanisme penurunan densitas reseptor estrogen di dalam jaringan neoplasma tersebut.

c. Hormon pertumbuhan (*growth hormone*)

Selama masa kehamilan, konsentrasi hormon pertumbuhan cenderung mengalami penurunan, namun peranannya digantikan oleh Human Placental Lactogen (HPL) yang memiliki karakteristik struktur dan fungsi biologis serupa. Fenomena ekspansi leiomioma yang berlangsung pesat selama masa gestasi diduga kuat merupakan konsekuensi dari interaksi sinergis antara HPL dan hormon estrogen (Bunga Kharisma Arifiana Putri, 2020).

4. Manifestasi Klinik

Sebagian besar individu yang mengidap mioma uteri sering kali tidak mendeteksi adanya anomali pada rahim mereka, khususnya pada pasien yang mengalami obesitas. Manifestasi klinis yang timbul sangat dipengaruhi oleh posisi pertumbuhan serta klasifikasi jenis mioma tersebut. Gejala yang umum dilaporkan mencakup perdarahan uterus abnormal dengan volume yang besar, rasa nyeri yang intens, serta gangguan fungsional akibat kompresi massa terhadap organ-organ di sekitarnya (Pratama, 2022).

Agustin (2023) menyatakan bahwa gejala mioma uteri sangat variatif karena dipengaruhi oleh posisi, dimensi, dan jumlah tumor di rahim. Manifestasi utamanya meliputi gangguan menstruasi (perdarahan masif, nyeri hebat, dan siklus panjang), keluhan fisik (massa teraba di perut dan nyeri panggul), gangguan perkemihan (sering berkemih atau retensi urine akibat tekanan pada kandung kemih), serta dampak lain seperti nyeri punggung dan masalah fertilitas.

5. Patofisiologi

Mioma uteri berkembang melalui patogenesis multifaktorial yang bermula dari sel otot polos miometrium, kemudian mengalami proliferasi progresif hingga membentuk massa yang dikelilingi oleh pseudokapsul. Secara klinis, kondisi ini sering bersifat multipel meskipun berasal dari jaringan yang sama.

Ekspansi mioma jenis intramural dapat mengubah kontur uterus menjadi lebih padat dan bulat. Jika massa tumbuh pada dinding anterior, hal ini dapat memicu kompresi kandung kemih yang berakibat pada gangguan frekuensi berkemih (miksi). Dinamika pertumbuhan ini dipengaruhi secara signifikan oleh stimulasi estrogen, faktor usia, riwayat paritas, serta periode menarke (Umiyati, 2021).

Mioma uteri berkembang melalui patogenesis multifaktorial yang bermula dari sel otot polos miometrium, kemudian mengalami proliferasi progresif hingga membentuk massa yang dikelilingi oleh pseudokapsul. Secara klinis, neoplasma ini sering kali bersifat multipel meskipun secara

histologis berasal dari sel tunggal. Manifestasi Fisik dan Faktor Risiko Ekspansi mioma, khususnya jenis intramural, dapat mengubah kontur uterus menjadi lebih padat dan bulat. Jika massa tumbuh pada dinding anterior, hal ini memicu kompresi kandung kemih yang berakibat pada peningkatan frekuensi miksi (berkemih) disertai nyeri. Dinamika pertumbuhan ini dipengaruhi secara signifikan oleh stimulasi estrogen, faktor usia, riwayat paritas, serta periode menarke (Umiyati, 2021).

Ditinjau secara makroskopis, mioma uteri tampak sebagai massa padat berwarna abu-abu keputihan dengan batas yang sangat jelas. Struktur internalnya khas, menunjukkan pola kumparan panjang yang terbagi menjadi berkas-berkas oleh jaringan ikat. Hal ini berkaitan dengan sistem vaskularisasinya, di mana seluruh suplai darah hanya bersumber dari beberapa pembuluh darah yang menembus pseudokapsul. Laju pertumbuhan tumor ini sering kali melampaui kapasitas suplai darah yang tersedia, sehingga memicu proses degenerasi, terutama pada area sentral massa. Meskipun terkadang tampak sebagai lesi tunggal, mioma uteri pada umumnya bersifat multipel dan tersebar di dalam rahim, dengan dimensi yang bervariasi mulai dari ukuran sekecil benih hingga menjadi neoplasma masif yang ukurannya melebihi rahim itu sendiri (Hapsari, 2023).

Sekitar 50% penderita mioma uteri tidak menunjukkan gejala. Pada pasien yang bergejala, keluhan dipengaruhi oleh lokasi dan ukuran mioma, meliputi perdarahan abnormal, nyeri, rasa tertekan, gangguan reproduksi, hingga komplikasi kehamilan, termasuk nyeri akut akibat torsio pada

mioma bertangkai. Dari perspektif keperawatan, masalah utama yang sering muncul adalah nyeri akut pascaoperasi yang berdampak pada keterbatasan aktivitas, gangguan istirahat dan nutrisi, serta respons psikofisiologis seperti kecemasan dan perubahan tanda vital (Sefrina, 2023).

6. Komplikasi

a. Perdarahan dan Anemia

Perdarahan uterus yang berkepanjangan dapat menyebabkan anemia pada penderita mioma uteri.

b. Pertumbuhan Leiomioma Maligna.

Leiomioma yang tumbuh di lapisan miometrium menyumbang sekitar 50–70% dari seluruh kasus sarkoma uterus. Kecurigaan keganasan meningkat apabila mioma yang sebelumnya stabil mengalami pembesaran cepat, terutama setelah masa menopause.

c. Torsio Mioma Subserosa

Mioma subserosa bertangkai dapat mengalami perputaran (torsio) yang menyebabkan gangguan aliran darah secara akut hingga terjadi nekrosis jaringan. Kondisi ini muncul secara tiba-tiba dan menimbulkan gambaran klinis abdomen akut.

d. Nekrosis dan Infeksi

Pada mioma submukosa yang berkembang menjadi polip dan keluar melalui kanalis servikalis hingga vagina, dapat terjadi gangguan sirkulasi yang berujung pada nekrosis dan infeksi sekunder. Secara umum,

pertumbuhan mioma berlangsung lambat dan cenderung mengalami kalsifikasi setelah menopause, meskipun terapi pengganti hormon masih dapat merangsang pertumbuhan. Selain itu, mioma uteri juga dapat berinteraksi dengan kehamilan dan menimbulkan komplikasi seperti infeksi, abortus, persalinan prematur, kelainan letak janin, gangguan jalan lahir, retensio plasenta, serta infeksi saluran kemih (Samuel, 2024).

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nuraifin dan Kusuma (2020), penegakan diagnosis mioma uteri melibatkan serangkaian pemeriksaan penunjang sebagai berikut:

- Evaluasi Laboratorium & Klinis: Pemeriksaan darah lengkap bertujuan mendeteksi anemia sekunder (penurunan Hb, hematokrit, dan eritrosit) serta perubahan kadar albumin atau leukosit akibat perdarahan kronis. Selain itu, Pemeriksaan Fisik (Vaginal Toucher) dan Tes Kehamilan (hCG) dilakukan untuk mengevaluasi konsistensi uterus serta menyingkirkan kemungkinan kehamilan sebagai penyebab pembesaran rahim.
- Pencitraan Non-Invasif: Ultrasonografi (USG) menjadi instrumen utama untuk memetakan lokasi, jenis, dan dimensi tumor. Untuk akurasi yang lebih tinggi dalam menggambarkan topografi mioma, dapat digunakan MRI, meskipun penggunaannya terbatas karena faktor biaya.
- Prosedur Endoskopi & Bedah: Histeroskopi dan Laparoskopi memungkinkan visualisasi langsung massa di kavum uteri atau area

pelvis. Histeroskopi juga efektif untuk mendeteksi serta mengangkat mioma submukosa berukuran kecil.

- Pemeriksaan Patologi & Screening: Biopsi melalui sampel jaringan sangat krusial untuk menentukan sifat histopatologis tumor (jinak vs ganas). Sementara itu, Pap Smear berfungsi sebagai skrining keganasan serviks sebelum dilakukan tindakan operatif seperti histerektomi.
- Evaluasi Fertilitas: Pada pasien yang merencanakan kehamilan, Histerosalpingografi (HSG) digunakan untuk meninjau integritas rongga uterus dan patensi tuba falopi yang mungkin terdistorsi oleh massa mioma.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan mioma uteri ditentukan oleh beberapa faktor, antara lain usia pasien, riwayat paritas, serta ukuran dan lokasi massa mioma (Nadila & Zulala, 2024). Pendekatan awal yang dapat dilakukan adalah terapi konservatif melalui pemantauan klinis secara berkala, yang mencakup pemeriksaan pelvis setiap 3–6 bulan. Pada tahap ini, terapi difokuskan pada pengendalian gejala, seperti pemberian suplementasi zat besi untuk mengatasi anemia, serta penggunaan agonis hormon pelepas gonadotropin (GnRH) seperti leuprolid asetat untuk menurunkan kadar estrogen. Terapi hormonal tersebut bertujuan menciptakan kondisi hipoestrogenik sehingga dapat mengurangi ukuran mioma dan memperbaiki keluhan dalam waktu sekitar 12 minggu (Sukowati, 2023).

Apabila mioma menunjukkan ukuran yang besar, setara dengan uterus usia kehamilan 12–14 minggu, mengalami pertumbuhan cepat, atau menimbulkan komplikasi seperti torsio pada mioma subserosa bertangkai, maka tindakan pembedahan menjadi pilihan utama. Intervensi bedah juga diindikasikan pada kasus mioma submukosa yang menyebabkan hipermenore, menekan organ di sekitarnya, atau berpotensi mengganggu fertilitas. Pilihan tindakan operatif meliputi miomektomi, yaitu pengangkatan mioma dengan mempertahankan uterus bagi pasien yang masih menginginkan keturunan, serta histerektomi sebagai tindakan definitif melalui pengangkatan uterus secara keseluruhan (Silaen & Dewi, 2024).

9. Ukuran Mioma Uteri

Ukuran mioma uteri sangat bervariasi, mulai dari milimeter hingga lebih dari 20 cm. Miom yang berukuran kecil seringkali tidak menimbulkan gejala dan dapat diobservasi, sedangkan miom yang besar (umumnya lebih dari 9-10 cm) atau yang menimbulkan gejala berat seperti nyeri hebat atau perdarahan masif mungkin memerlukan penanganan medis seperti obat atau operasi. (Silaen & Dewi, 2024):

Ukuran mioma uteri

1) Ukuran kecil:

Mioma kecil (misalnya, kurang dari 20 mm) biasanya tidak menunjukkan gejala apa pun dan seringkali ditemukan secara tidak sengaja.

2) Ukuran sedang:

Mioma dengan ukuran sedang (20-60 mm) mungkin mulai menimbulkan gejala ringan.

3) Ukuran besar:

Mioma yang sangat besar (lebih dari 60 mm atau 6 cm) memiliki risiko lebih tinggi untuk menyebabkan gejala yang signifikan dan mungkin memerlukan penanganan lebih serius.

4) Ukuran berbahaya:

Mioma yang lebih besar dari 10 cm dianggap berbahaya karena berpotensi menekan organ lain seperti kandung kemih dan usus, dan ukurannya yang terus membesar bisa merusak organ-organ di sekitarnya.

10. Penanganan

Penanganan mioma uteri bergantung pada ukuran, posisi, dan gejala yang ditimbulkan. (Silaen & Dewi, 2024):

1) Observasi:

Jika miom berukuran kecil dan tidak menimbulkan keluhan, dokter mungkin akan merekomendasikan pemantauan rutin (observasi).

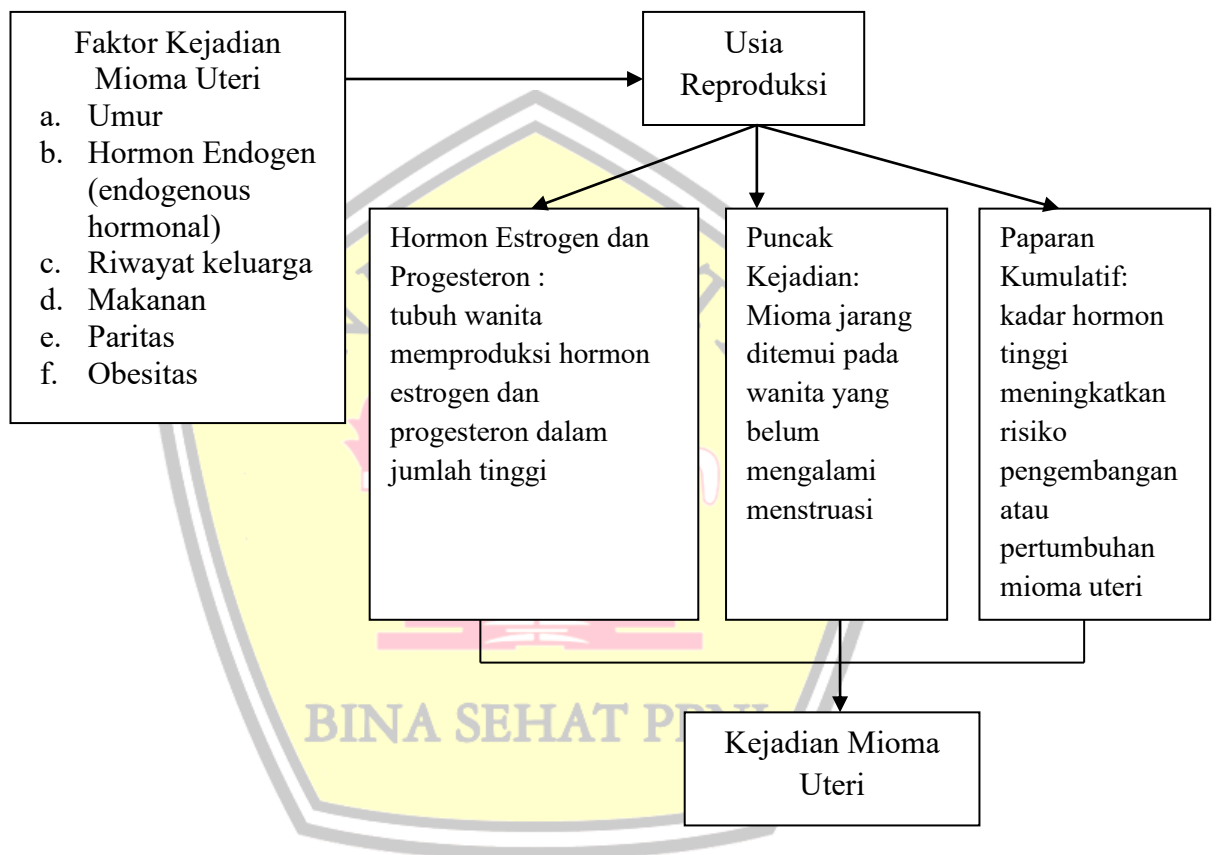
2) Terapi hormon:

Terapi hormon dapat dipertimbangkan untuk miom yang belum terlalu besar untuk menekan pertumbuhan miom.

3) Operasi:

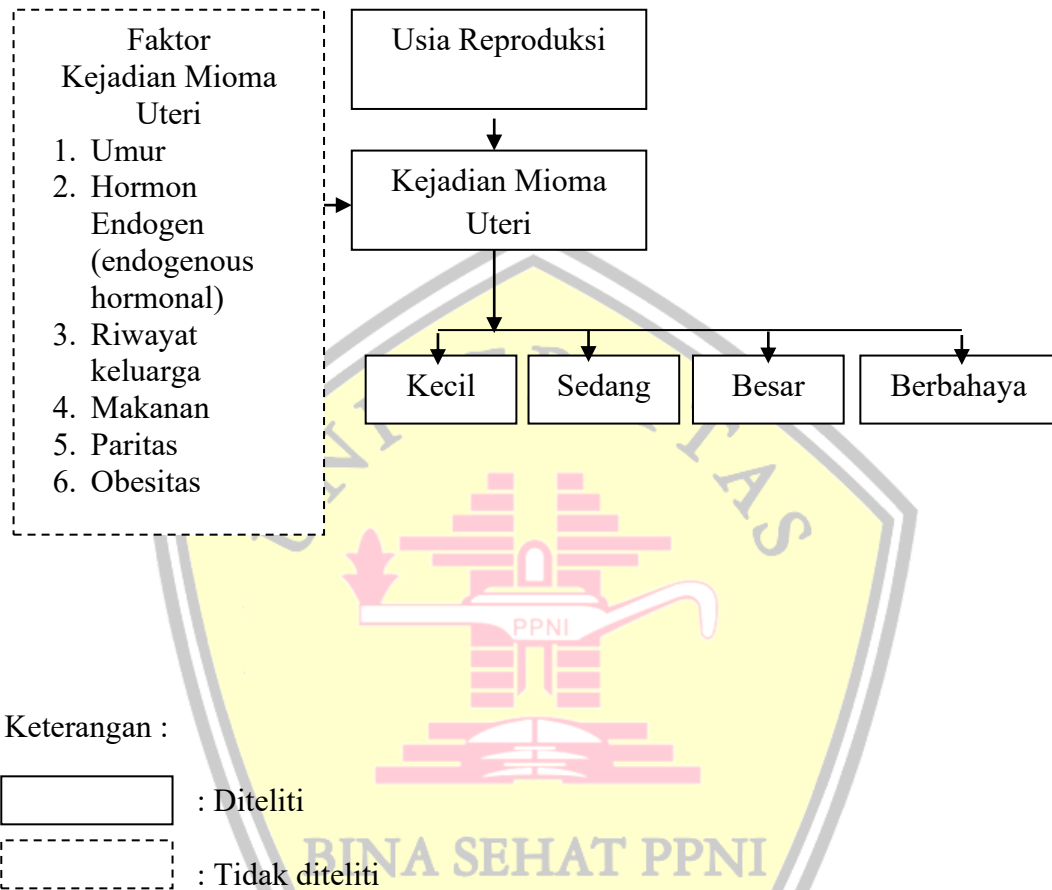
Operasi mungkin diperlukan untuk miom yang besar atau yang menyebabkan gejala parah, seperti perdarahan hebat, nyeri kronis, atau masalah kesuburan.

2.2 Kerangka Teori



Gambr 2.2 Kerangka Teori Hubungan Usia Reproduksi Dengan Kejadian Mioma Uteri di Rumah Sakit Bhayangkara Kediri

2.3 Kerangka Konseptual



Gambr 2.3 Kerangka Konseptual Hubungan Usia Reproduksi Dengan Kejadian Mioma Uteri di Rumah Sakit Bhayangkara Kediri

2.4 Hipotesis

- H1. Ada hubungan Usia Reproduksi Dengan Kejadian Mioma Uteri di Poli Kandungan Rumah Sakit Bhayangkara Kediri