

Buku Referensi
Diagnosis Medis & Tatalaksana Terupdate
Gangguan Ginekologi

Bryn A. Boslett, MD
Brian S. Schwartz, MD



Penerbit

CV Hanif Medisiana

Jl. Sirna Raga no 99, 8 Ilir, Ilir Timur 3, Palembang, Sumatera Selatan,
HP 081949581088, Email: hippocrates@medicalcoaching.page

PERDARAHAN UTERUS ABNORMAL PREMENOPAUSE

ESSENSIAL

- Diagnosis yang akurat dari perdarahan uterus abnormal (AUB) tergantung pada: kategorisasi yang tepat dan tes diagnostik.
- Kehamilan harus selalu disingkirkan sebagai penyebab AUB pada usia reproduktif perempuan.
- Evaluasi AUB tergantung pada usia dan faktor risiko pasien.

Pertimbangan Umum

Pendarahan menstruasi normal berlangsung rata-rata 5 hari (kisaran, 2-7 hari), dengan kehilangan darah rata-rata 40 mL per siklus. Perdarahan uterus abnormal (AUB) mengacu pada perdarahan menstruasi dengan jumlah, durasi, atau jadwal yang tidak normal. Federasi Internasional Ginekologi dan Obstetri (FIGO) memperkenalkan sistem klasifikasi saat ini untuk perdarahan uterus abnormal pada tahun 2011, yang kemudian didukung oleh *American College of Obstetrics and Gynecology*. Sistem

klasifikasi ini memasangkan AUB dengan istilah deskriptif yang menunjukkan pola perdarahan (yaitu, berat, ringan dan menstruasi, intermenstrual) dan etiologi (akronim PALM-COEIN singkatan dari Polip, Adenomiosis, Leiomioma, Keganasan dan hiperplasia, Koagulopati, Disfungsi ovulasi, Endometrium, Iatrogenik dan Belum diklasifikasikan). Pada remaja, AUB sering terjadi akibat anovulasi persisten akibat imaturitas aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium dan menunjukkan fisiologi normal. Setelah menstruasi teratur telah ditetapkan selama masa remaja, disfungsi ovulasi AUB (AUB-O) menyumbang sebagian besar kasus. AUB pada wanita usia 19-39 tahun sering disebabkan oleh kehamilan, lesi struktural, siklus anovulasi, penggunaan kontrasepsi hormonal, atau hiperplasia endometrium.

Manifestasi Klinis

A. Gejala dan Tanda

Diagnosis tergantung pada hal-hal berikut: (1) memastikan sumber perdarahan uterus; (2) mengecualikan kehamilan dan memastikan pasien adalah

premenopause; (3) memastikan apakah pola perdarahan menunjukkan perdarahan ovulasi yang teratur atau perdarahan anovulasi; (4) menentukan kontribusi kelainan struktural (PALM), termasuk risiko keganasan/hiperplasia; (5) mengidentifikasi risiko kondisi medis yang dapat berdampak pada perdarahan (misalnya, kelainan perdarahan bawaan, penyakit endokrin, risiko infeksi); dan (6) menilai kontribusi obat-obatan saat ini, termasuk kontrasepsi atau suplemen produk alami atau kombinasi yang dapat mempengaruhi perdarahan.

B. Temuan Laboratorium

Hitung darah lengkap, tes kehamilan, dan tes tiroid harus dilakukan. Untuk remaja dengan perdarahan menstruasi berat dan orang dewasa dengan riwayat skrining positif, studi koagulasi harus dipertimbangkan, karena hingga 18% wanita dengan menoragia berat memiliki koagulopati yang mendasarinya. Sampel vagina atau urin harus diperoleh untuk polymerase chain reaction (PCR) atau kultur untuk menyingkirkan penyebab infeksi. Jika diindikasikan, sitologi serviks juga harus diperoleh.

C. Pencitraan

Ultrasonografi transvaginal berguna untuk menilai adanya fibroid, kecurigaan adenomiosis, dan untuk mengevaluasi ketebalan endometrium. Sonohysterography orhysteroscopy dapat digunakan untuk mendiagnosis polip endometrium atau mioma subserosa. MRI bukan modalitas pencitraan utama untuk AUB tetapi dapat lebih definitif mendiagnosis mioma submukosa dan adenomiosis

D. Biopsi Serviks dan *Sampling Endometrium*

Tujuan pengambilan sampel endometrium adalah untuk menentukan apakah ada hiperplasia atau karsinoma. Metode pengambilan sampel dan prosedur diagnostik ginekologi lainnya dijelaskan pada Tabel 18-1. Polip, hiperplasia endometrium dan, kadang-kadang, mioma submukosa diidentifikasi pada biopsi endometrium. Pengambilan sampel endometrium harus dilakukan pada pasien dengan AUB yang berusia 45 tahun ke atas, atau pada pasien yang lebih muda dengan riwayat paparan estrogen yang tidak dilawan atau manajemen medis yang gagal dan AUB persisten. Jika kelainan Papanicolaou smear membutuhkannya atau lesi serviks terlihat,

biopsi terarah kolposkopi dan kuretase endoserviks biasanya diindikasikan.

Tabel 15-10 Pilihan Terapi Penyakit Ulkus Peptikum

Kolposkopi

Visualisasi serviks, vagina dan epitelium vulva dibawah pembesaran 5-50 x dengan atau tanpa enceran asam asetat untuk mengidentifikasi area abnormal yang memerlukan biopsi. *Office procedure*

Dilatasi & kuretase (D&C)

Dilatasi serviks dan kuretasi seluruh kavitas endometrium menggunakan kuret metal atau kanula isap dan sering menggunakan forcep untuk menyingkirkan polip endometrium. Dapat dilakukan pada kamar kerja (*office procedure*) dibawah anestesi atau kamar operasi dibawah sedasi atau anestesi umum. D&C sering dikombinasi dengan histeroskopi untuk meningkatkan sensitivitas.

Biopsi endometrium

Pengambilan sampel endometrium secara buta dengan menggunakan alat aspirasi kecil atau kuret tanpa dilatasi serviks. Akurasi diagnostik mirip dengan D&C. prosedur kamar kerja yang dilakukan dengan atau tanpa anestesi lokal

Kuretase endoserviks

Penghapusan epitel endoserviks dengan kuret kecil untuk diagnosis displasia serviks dan kanker. Prosedur kamar kerja yang dilakukan dengan atau tanpa anestesi lokal

Histerosalpingografi

Injeksi pewarna radiopak melalui serviks untuk memvisualisasikan kavum uterus dan tuba fallopi. Terutama digunakan dalam penyelidikan infertilitas, mengidentifikasi *space-occupying lesion* atau mengkonfirmasi penyisipan tuba fallopian (Essure^R)

Histeroskopi

Pemeriksaan visual kavum uterus dengan endoskopi serat optik kecil melewati serviks. Kuretase, ablasi

endometrium, biopsi lesi dan eksisi mioma atau polip dapat dilakukan secara bersamaan. Dapat dilakukan di kamar kerja dengan anestesi lokal atau di ruang operasi dengan sedasi atau anestesi umum. Sensitivitas yang lebih besar untuk diagnosis patologi rahim dibanding D&C.

Laparoskopi

Visualisasi kavum abdomen dan pelvis melalui endoskopi serat optik kecil melewati sayatan sub-umbilical. Metode ini memungkinkan diagnosis, sterilisasi tuba dan pengobatan banyak kondisi yang sebelumnya memerlukan laparotomi. Penggunaan anestesi umum.

Saline infusion sonohysterography

Pemberian larutan garam ke dalam rongga endometrium dengan kateter untuk memvisualisasikan mioma submukosa atau polip endometrium dengan USG transvaginal. Dapat dilakukan di kamar kerja dengan analgesia oral atau lokal maupun keduanya.

Tatalaksana

Pengobatan untuk pasien premenopause dengan AUB tergantung pada etiologi perdarahan, ditentukan oleh riwayat, pemeriksaan fisik, temuan laboratorium, pencitraan, dan pengambilan sampel endometrium. Pasien dengan AUB karena mioma submukosa, infeksi, kondisi trofoblas gestasional, trombofilia, atau neoplasma panggul mungkin memerlukan terapi definitif. Sebagian besar pasien

premenopause, bagaimanapun, memiliki disfungsi ovulasi AUB (AUB-O).

Perawatan untuk AUB-O harus mencakup pertimbangan kondisi medis yang berpotensi berkontribusi. Selanjutnya, AUB-O dapat diobati secara hormonal. Bagi wanita yang setuju untuk menggunakan kontrasepsi, kontrasepsi estrogen-progestin atau levonorgestrel-releasing intrauterine device (IUD) 52 mg adalah pengobatan yang efektif. Pilihan antara keduanya tergantung pada apakah ada kontraindikasi untuk perawatan ini serta preferensi pasien. Obat-obatan yang hanya mengandung progestin oral atau injeksi dosis tinggi juga umumnya efektif. Untuk pasien dengan perdarahan tidak teratur atau ringan, medroksiprogesteron asetat, 10 mg/hari per oral, atau norethindrone asetat, 5 mg/hari per oral, harus diberikan selama 10 hari, setelah itu perdarahan putus obat akan terjadi. Jika berhasil, pengobatan dapat diulang untuk beberapa siklus, memulai pengobatan pada hari ke 15 dari siklus berikutnya, atau dapat dilakukan kembali jika amenore atau

perdarahan disfungsi berulang. Pilihan nonhormonal termasuk obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), seperti naproxen atau asam mefenamat, dalam dosis antiinflamasi yang biasa dikonsumsi selama menstruasi, dan asam traneksamat 1300 mg tiga kali sehari secara oral hingga 5 hari. Keduanya telah terbukti mengurangi kehilangan darah menstruasi sekitar 40%, dengan asam traneksamat lebih unggul dari NSAID dalam studi perbandingan langsung.

Wanita yang mengalami perdarahan berat dapat diberikan kontrasepsi oral kombinasi (dengan 30-35 mcg estrogen estradiol) untuk mengontrol perdarahan. Ada beberapa rejimen dosis kontrasepsi yang umum digunakan, termasuk empat kali sehari selama 1 atau 2 hari diikuti dengan dua pil setiap hari hingga hari ke-5 dan kemudian satu pil setiap hari hingga hari ke-20; setelah pendarahan penarikan terjadi, pil diminum dalam dosis biasa selama tiga siklus. Dalam kasus perdarahan berat yang tidak dapat diatasi, agonis gonadotropin-releasing

hormone (GnRH) seperti depot leuprolide, 3,75 mg intramuskular setiap bulan, dapat digunakan hingga 6 bulan untuk membuat penghentian sementara menstruasi dengan penekanan ovarium. Terapi ini membutuhkan 2-4 minggu untuk menurunkan regulasi hipofisis dan menghentikan pendarahan dan tidak akan menghentikan pendarahan secara akut. Dalam kasus perdarahan berat yang memerlukan rawat inap, estrogen terkonjugasi intravena, 25 mg setiap 4 jam selama tiga atau empat dosis, dapat digunakan, diikuti oleh estrogen terkonjugasi oral, 2,5 mg setiap hari, atau etinil estradiol, 20 mcg per oral setiap hari, selama 3 minggu, dengan penambahan medroksiprogesteron asetat, 10 mg per oral setiap hari selama 10 hari terakhir pengobatan, atau kombinasi kontrasepsi oral setiap hari selama 3 minggu. Ini akan menebalkan endometrium dan mengontrol pendarahan.

Untuk wanita dengan hasil yang tidak efektif dari manajemen medis atau menginginkan terapi definitif, pilihan bedah dapat dipertimbangkan. Pendarahan

menstruasi yang berat karena lesi struktural (misalnya, fibroid, adenomiosis) adalah indikasi paling umum untuk pembedahan. Pilihan prosedur invasif minimal untuk fibroid termasuk embolisasi arteri uterina dan ablasi ultrasound terfokus. Pilihan pembedahan termasuk miomektomi atau histerektomi. Untuk wanita tanpa kelainan struktural, ablasi endometrium memiliki hasil yang serupa dibandingkan dengan IUD pelepas levonorgestrel dalam mengurangi kehilangan darah menstruasi. Pendekatan bedah histeroskopi termasuk ablasi endometrium dengan fotokoagulasi laser atau elektrokauter. Teknik nonhisteroskopi termasuk ablasi termal balon, cryoablasi, ablasi termal cairan bebas, ablasi frekuensi radio bipolar impedansi, dan ablasi gelombang mikro. Metode terakhir disesuaikan dengan baik untuk terapi rawat jalan di bawah anestesi lokal. Sementara histerektomi digunakan secara umum di masa lalu untuk perdarahan yang tidak responsif terhadap terapi medis, risiko komplikasi yang rendah dan hasil jangka pendek yang baik dari ablasi endometrium dan IUD yang

melepaskan levonorgestrel menjadikannya alternatif yang menarik untuk histerektomi.

Indikasi Rujuk

- Jika perdarahan tidak terkontrol dengan terapi lini pertama.
- Jika keahlian diperlukan untuk prosedur pembedahan.

Indikasi Rawat Inap

Jika perdarahan tidak dapat dikendalikan dengan terapi lini pertama atau pasien tidak stabil secara hemodinamik.

Bryant-Smith AC et al. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Apr 15;4:CD000249. [PMID: 29656433]

Munro MG et al; FIGO Menstrual Disorders Committee. The Two FIGO Systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Dec;143(3):393–408. [PMID: 30198563] Singh S et al. SOGC Clinical Practice Guideline No. 292. Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 May;40(5):e391–415. [PMID: 29731212]

PERDARAHAN PASCAMENOPAUSE

UTERUS

ESSENSIAL

- Setiap perdarahan uterus pada wanita pascamenopause (12 bulan atau lebih setelah penghentian siklus menstruasi).
- Pendarahan pascamenopause dalam jumlah berapa pun harus selalu dievaluasi.
- Pengukuran ultrasonografi transvaginal pada endometrium merupakan hal yang penting alat dalam mengevaluasi penyebab perdarahan pascamenopause.

Pertimbangan Umum

Penyebab paling umum adalah atrofi endometrium, proliferasi atau hiperplasia endometrium, kanker endometrium atau serviks, dan pemberian estrogen tanpa atau dengan tambahan progestin. Penyebab lain termasuk vaginitis atrofi, trauma, polip endometrium, abrasi serviks yang berhubungan dengan prolaps uterus, dan diskrasia darah.

Diagnosis

Vulva dan vagina harus diperiksa untuk mencari area perdarahan, borok, atau neoplasma. Sitologi serviks

harus diperoleh, jika diindikasikan. Sonografi transvaginal harus digunakan untuk mengukur ketebalan endometrium. Pengukuran garis endometrium 4 mm atau kurang menunjukkan kemungkinan rendah hiperplasia atau kanker endometrium. Jika ketebalan endometrium lebih besar dari 4 mm atau ada gambaran heterogen pada endometrium, pengambilan sampel endometrium diindikasikan. Sonohisterografi dapat membantu dalam menentukan apakah penebalan endometrium difus atau fokal. Jika penebalannya bersifat global, biopsi endometrium atau D&C adalah tepat. Jika fokal, pengambilan sampel dipandu dengan histeroskopi harus dilakukan.

Tatalaksana

Pilihan manajemen untuk hiperplasia endometrium sederhana tanpa atypia termasuk pengawasan, kontrasepsi oral, atau terapi progestin. Surveilans dapat digunakan jika risiko kanker tersembunyi atau perkembangan menjadi kanker rendah dan faktor pemicu (misalnya, anovulasi) telah dihilangkan. Terapi progestin dapat mencakup terapi siklik atau

berkelanjutan (medroksiprogesteron asetat, 10 mg/hari per oral, atau norethindrone asetat, 5 mg/hari per oral) selama 21 atau 30 hari setiap bulan selama 3 bulan atau penggunaan AKDR pelepas levonorgestrel. Pengambilan sampel ulang harus dilakukan jika gejala muncul kembali. Untuk hiperplasia kompleks tanpa atypia, pilihannya termasuk terapi progestin dengan pengambilan sampel endometrium berulang terjadwal atau histerektomi. Histerektomi diindikasikan untuk hiperplasia endometrium dengan atipia (juga disebut neoplasia intraepitel endometrium) atau karsinoma endometrium.

Indikasi Rujuk

- Keahlian dalam melakukan ultrasonografi diperlukan.
- Terdapat hiperplasia endometrium dengan atipia.
- Histeroskopi diindikasikan.

Bar-On S et al. Is outpatient hysteroscopy accurate for the diagnosis of endometrial pathology among perimenopausal and postmenopausal women?

- Menopause. 2018 Feb;25(2):160–4. [PMID: 28763396]
- Schramm A et al. Value of endometrial thickness assessed by transvaginal ultrasound for the prediction of endometrial cancer in patients with postmenopausal bleeding. Arch Gynecol Obstet. 2017 Aug;296(2):319–26. [PMID: 28634754]
- Turnbull HL et al. Investigating vaginal bleeding in postmenopausal women found to have an endometrial thickness of equal to or greater than 10 mm on ultrasonography. Arch Gynecol Obstet. 2017 Feb;295(2):445–50. [PMID: 27909879]

LEIOMIOMA UTERUS (TUMOR FIBROID)

ESSENSIAL

- Pembesaran uterus yang tidak teratur (mungkin tanpa gejala).
- Pendarahan vagina berat atau tidak teratur, dismenore.
- Nyeri dan tekanan panggul.

Pertimbangan Umum

Leiomioma uteri adalah neoplasma jinak yang paling umum dari saluran genital wanita. Mereka adalah tumor rahim diskrit, bulat, tegas, sering multipel, terdiri dari otot polos dan jaringan ikat. Klasifikasi yang paling sesuai adalah berdasarkan lokasi

anatomis: (1) intramural, (2) submukosa, (3) subserosa, dan (4) serviks. Mioma submukosa dapat menjadi bertangkai dan turun melalui serviks ke dalam vagina.

Manifestasi Klinis

A. Gejala dan Tanda

Pada wanita tidak hamil, mioma sering tidak menunjukkan gejala. Dua gejala yang paling umum dari leiomioma uteri yang wanita mencari pengobatan adalah AUB dan nyeri panggul atau tekanan. Kadang-kadang, degenerasi terjadi, menyebabkan rasa sakit yang hebat. Mioma yang secara signifikan mendistorsi rongga rahim dapat mempengaruhi kesuburan dengan mengganggu implantasi, distensi yang cepat pada awal kehamilan, atau mengganggu kontraktilitas rahim.

B. Temuan Laboratorium

Anemia defisiensi besi dapat terjadi akibat kehilangan darah.

C. Pencitraan

Ultrasonografi akan mengkonfirmasi adanya mioma uteri dan dapat digunakan secara berurutan untuk

memantau pertumbuhan. Ketika beberapa mioma subserosa atau pedunculated diikuti, ultrasonografi penting untuk menyingkirkan massa ovarium. MRI dapat menggambarkan mioma intramural dan submukosa secara akurat dan biasanya digunakan sebelum embolisasi arteri uterina untuk menentukan ukuran dan lokasi fibroid dalam kaitannya dengan suplai darah uterus. Histerografi atau histeroskopi juga dapat mengkonfirmasi mioma serviks atau submukosa.

Diagnosis Banding

Pembesaran mioma uteri yang tidak teratur harus dibedakan dari pembesaran yang serupa tetapi simetris yang mungkin terjadi pada kehamilan atau adenomiosis. Mioma subserosa harus dibedakan dari tumor ovarium. Leiomyosarcoma adalah tumor yang tidak biasa terjadi pada 0,5% wanita yang dioperasi untuk mioma simtomatik. Sangat jarang terjadi di bawah usia 40 tahun tetapi insidennya meningkat setelahnya.

Tatalaksana

A. Tindakan non-bedah

Wanita yang memiliki mioma asimtomatik kecil dapat dikelola dengan penuh harapan dan dievaluasi setiap tahun. Pada pasien yang ingin menunda manajemen bedah, terapi nonhormonal (seperti NSAID dan asam traneksamat) telah terbukti mengurangi kehilangan darah menstruasi. Wanita dengan perdarahan hebat yang berhubungan dengan fibroid sering merespon terhadap kontrasepsi oral estrogen-progesterin atau IUD levonorgestrel, meskipun IUD tidak dapat digunakan dengan rongga yang terdistorsi. Terapi hormonal, seperti agonis GnRH dan modulator reseptor progesteron selektif (misalnya, mifepristone dosis rendah dan ulipristal asetat), telah terbukti mengurangi volume mioma, ukuran uterus, dan kehilangan darah menstruasi. Modulator reseptor progesteron selektif tidak disetujui untuk pengobatan fibroid di Amerika Serikat. Intervensi bedah didasarkan pada gejala pasien dan keinginan untuk kesuburan di masa depan. Ukuran rahim saja bukan merupakan indikasi untuk operasi. Mioma serviks yang berdiameter lebih dari

3-4 cm atau mioma bertangkai yang menonjol melalui serviks dapat menyebabkan perdarahan, infeksi, degenerasi, nyeri, atau retensi urin dan seringkali memerlukan pengangkatan. Mioma submukosa dapat diangkat dengan reseksi histeroskopi.

Karena risiko komplikasi bedah meningkat dengan meningkatnya ukuran mioma, pengurangan ukuran mioma pra operasi kadang-kadang diinginkan sebelum histerektomi. Analog GnRH seperti depot leuprolide, 3,75 mg intramuskular setiap bulan, dapat digunakan sebelum operasi selama 3 hingga 4 bulan untuk menginduksi hipogonadisme reversibel, untuk sementara mengurangi ukuran mioma, dan untuk mengurangi vaskularisasi di sekitarnya

B. Tindakan Bedah

Berbagai tindakan bedah yang tersedia untuk pengobatan mioma: miomektomi (histeroskopi, laparoskopi, atau perut) dan histerektomi (vaginal, vagina dibantu laparoskopi, laparoskopi, perut, atau robot). Miomektomi adalah pengobatan pilihan bagi

wanita yang ingin mempertahankan kesuburan. Embolisasi arteri uterina adalah pengobatan minimal invasif untuk fibroid uteri. Dalam embolisasi arteri uterina, tujuannya adalah untuk memblokir pembuluh darah yang memasok fibroid, menyebabkannya menyusut. Ultrasonografi terfokus dengan intensitas tinggi yang dipandu resonansi magnetik, ablasi miolisis/frekuensi radio, dan laparoskopi atau oklusi pembuluh darah vagina adalah intervensi yang lebih baru, dengan bukti yang lebih kecil.

Prognosis

Pada wanita yang menginginkan kesuburan di masa depan, miomektomi dapat ditawarkan, tetapi pasien harus dinasihati bahwa kekambuhan sering terjadi, perlengketan panggul pasca operasi dapat mempengaruhi kesuburan, dan persalinan sesar mungkin diperlukan sekunder untuk gangguan miometrium. Sekitar 80% wanita mengalami perbaikan gejala jangka panjang setelah embolisasi arteri uterina. Terapi bedah definitif (yaitu, histerektomi) bersifat kuratif.

Indikasi Rujuk

Rujuk ke ginekolog untuk pengobatan leiomyomata simtomatik.

Indikasi Rawat Inap

Untuk perut akut yang berhubungan dengan leiomioma yang mengalami infark atau untuk perdarahan yang tidak dapat dikontrol dengan tindakan rawat jalan.

- Chudnoff S et al. Ultrasound-guided transcervical ablation of uterine leiomyomas. *Obstet Gynecol* 2019 Jan;133(1):13–22. [PMID: 30531573]
- Donnez J et al. The current place of medical therapy in uterine fibroid management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018 Jan;46:57–65. [PMID: 29169896]
- Havryliuk Y et al. Symptomatic fibroid management: systematic review of the literature. *JSLs*. 2017 Jul–Sep;21(3). [PMID: 28951653]
- Murji A et al. Selective progesterone receptor modulators (SPRMs) for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 26;4:CD010770. [PMID: 28444736]
- Osuga Y et al. Oral gonadotropin-releasing hormone antagonist relugolix compared with leuporelin injections for uterine leiomyomas: a randomized

clinical trial. *Obstet Gynecol.* 2019 Mar;133(3):423–33. [PMID: 30741797]

POLIP SERVIKS

Polip serviks umumnya terjadi selama tahun-tahun reproduksi, terutama setelah usia 40 tahun, dan kadang-kadang ditemukan pada wanita pascamenopause. Penyebabnya tidak diketahui, tetapi peradangan mungkin memainkan peran etiologis. Gejala utamanya adalah keputihan dan pendarahan vagina yang tidak normal. Namun, perdarahan abnormal tidak boleh dianggap berasal dari polip serviks tanpa pengambilan sampel endoserviks dan endometrium. Polip terlihat di os serviks pada pemeriksaan spekulum.

Polip serviks harus dibedakan dari penyakit neoplastik polipoid endometrium, mioma bertangkai submukosa kecil, kista nabothian besar, dan polip endometrium. Polip serviks jarang mengandung fokus displasia (0,5%) atau keganasan (0,5%). Polip

tanpa gejala pada wanita di bawah usia 45 tahun dapat dibiarkan tidak diobati.

Tatalaksana

Polip serviks umumnya dapat diangkat di kantor dengan avulsi dengan forsep pengepakan uterus atau forsep cincin.

Indikasi Rujuk

- Polip dengan dasar lebar hadir.
- Ketidakmampuan untuk membedakan endoserviks dari polip endometrium.

ENDOMETRIOSIS

ESSENSIAL

- Dismenore atau nyeri panggul adalah keluhan yang paling umum.
- Dispareunia.
- Peningkatan frekuensi di antara wanita tidak subur.

Pertimbangan Umum

Endometriosis adalah pertumbuhan endometrium yang menyimpang di luar rahim, terutama di bagian

yang bergantung pada panggul dan di ovarium. Manifestasi utamanya adalah nyeri kronis dan infertilitas. Sementara menstruasi retrograde adalah penyebab yang paling banyak diterima, patogenesis dan perjalanan alaminya tidak sepenuhnya dipahami. Prevalensi keseluruhan di Amerika Serikat adalah 6-10%.

Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis endometriosis bervariasi dan tidak dapat diprediksi baik dalam presentasi maupun perjalanan penyakit. Dismenore, nyeri panggul kronis, dan dispareunia, adalah salah satu manifestasi yang diakui dengan baik. Sejumlah besar wanita dengan endometriosis, bagaimanapun, tetap asimtomatik dan kebanyakan wanita dengan endometriosis memiliki pemeriksaan panggul yang normal. Namun, pada beberapa wanita, pemeriksaan panggul dapat mengungkapkan nodul lunak di cul-de-sac atau septum rektovaginal, retroversi uterus dengan penurunan mobilitas uterus, nyeri tekan uterus, atau massa atau nyeri adneksa.

Endometriosis harus dibedakan dari penyakit radang panggul (PID), neoplasma ovarium, dan mioma uteri. Invasi usus oleh jaringan endometrium dapat menghasilkan darah dalam tinja yang harus dibedakan dari neoplasma usus.

Pencitraan berguna terutama dengan adanya massa panggul atau adneksa. Ultrasonografi transvaginal adalah modalitas pencitraan pilihan untuk mendeteksi adanya penetrasi endometriosis yang dalam pada rektum atau septum rektovaginal; MRI harus disediakan untuk kasus samar-samar endometriosis rektovaginal atau kantung kemih. Diagnosis definitif endometriosis dibuat hanya dengan pemeriksaan histologi lesi yang diangkat saat pembedahan.

Tatalaksana

A. Medikamentosa

Meskipun tidak ada bukti konklusif bahwa NSAID meningkatkan rasa sakit yang terkait dengan endometriosis, agen ini adalah pilihan yang masuk akal pada pasien yang dipilih dengan tepat.

Perawatan medis, menggunakan berbagai terapi hormonal, efektif dalam mengurangi rasa sakit yang berhubungan dengan endometriosis. Sebagian besar rejimen ini dirancang untuk menghambat ovulasi selama 4-9 bulan dan untuk menurunkan kadar hormon, sehingga mencegah stimulasi siklik implan endometrium dan menginduksi atrofi. Durasi optimal terapi hormonal tidak jelas, dan manfaat relatifnya dalam hal efek samping dan risiko serta manfaat jangka panjang menunjukkan perbedaan yang tidak signifikan bila dibandingkan satu sama lain dan bahkan, dalam kasus ringan, dengan plasebo. Regimen medis yang umum digunakan meliputi:

1. Kontrasepsi estrogen-progestin adalah pengobatan lini pertama dan dapat diberikan secara siklis atau terus menerus; penekanan ovulasi yang berkepanjangan sering menghambat stimulasi lebih lanjut dari sisa endometriosis, terutama jika diambil setelah salah satu terapi yang disebutkan di sini. Salah satu kontrasepsi oral kombinasi, patch kontrasepsi, atau

cincin vagina dapat digunakan terus menerus. Pendarahan terobosan dapat diobati dengan estrogen terkonjugasi, 1,25 mg secara oral setiap hari selama 1 minggu, atau estradiol, 2 mg setiap hari secara oral selama 1 minggu. Sebagai alternatif, interval bebas hormon pendek untuk memungkinkan perdarahan penarikan dapat digunakan setiap kali terjadi perdarahan terobosan yang mengganggu.

2. Progestin, khususnya norethindrone acetate oral dan depomedroxyprogesterone acetate (DMPA) subkutan telah disetujui oleh FDA untuk pengobatan nyeri terkait endometriosis. Implan etonogestrel juga telah terbukti mengurangi nyeri terkait endometriosis.
3. Progestin intrauterin, menggunakan AKDR lepas levonorgestrel, telah terbukti efektif dalam mengurangi nyeri

panggul terkait endometriosis, dan dianjurkan sebelum operasi.

4. Agonis GnRH sangat efektif dalam mengurangi sindrom nyeri yang berhubungan dengan endometriosis. Namun, mereka tidak lebih unggul dari metode lain seperti kontrasepsi hormonal kombinasi sebagai terapi lini pertama. Analog GnRH (leuprolide acetate injeksi kerja panjang, 3,75 mg intramuskular setiap bulan, digunakan selama 6 bulan) menekan ovulasi. Efek samping dari gejala vasomotor dan demineralisasi tulang dapat dikurangi dengan terapi "tambahan", seperti estrogen kuda terkonjugasi, 0,625 mg per oral setiap hari, atau norethindrone, 5 mg per oral setiap hari.
5. Danazol adalah obat androgenik yang telah digunakan untuk pengobatan nyeri terkait endometriosis. Ini dapat digunakan selama 4-6 bulan dalam dosis terendah yang diperlukan untuk menekan

menstruasi, biasanya 200-400 mg secara oral dua kali sehari. Namun, danazol memiliki insiden tinggi efek samping androgenik yang lebih parah daripada obat lain yang tersedia, termasuk penurunan ukuran payudara, penambahan berat badan, jerawat, dan hirsutisme.

6. Inhibitor aromatase (seperti anastrozole atau letrozole) dalam kombinasi dengan terapi konvensional telah dievaluasi dengan hasil positif pada wanita premenopause dengan nyeri terkait endometriosis dan kekambuhan nyeri.
7. Antagonis GnRH menekan produksi gonadotropin hipofisis dan menciptakan keadaan hipoestrogenik, seperti agonis GnRH, tetapi mereka efektif segera daripada membutuhkan 7-14 hari untuk penekanan GnRH. Bentuk injeksi dan oral (misalnya, cetrorelix dan elagolix, masing-masing) tersedia.

B. Pembedahan

Perawatan bedah endometriosis—khususnya penyakit yang luas—efektif baik dalam mengurangi rasa sakit maupun dalam meningkatkan kesuburan. Ablasi laparoskopi dari implan endometrium secara signifikan mengurangi rasa sakit. Ablasi implan dan, jika perlu, pengangkatan endometrioma ovarium meningkatkan kesuburan, meskipun angka kehamilan berikutnya berbanding terbalik dengan tingkat keparahan penyakit. Wanita dengan nyeri yang melumpuhkan yang tidak dipertimbangkan untuk melahirkan dapat diobati secara definitif dengan histerektomi abdominal total ditambah salpingooforektomi bilateral. Pada wanita premenopause, penggantian hormon kemudian dapat digunakan untuk meredakan gejala vasomotor.

Prognosis

Ada sedikit penelitian sistematis mengenai perkembangan penyakit atau prediksi hasil klinis. Prognosis untuk fungsi reproduksi pada endometriosis stadium awal atau sedang tampaknya baik dengan terapi konservatif. Histerektomi, dengan salpingo-ooforektomi bilateral, sering dianggap

sebagai pengobatan definitif endometriosis yang terkait dengan nyeri panggul yang tidak tertahankan, massa adneksa, atau beberapa prosedur bedah konservatif sebelumnya yang tidak efektif. Namun, gejala dapat kambuh bahkan setelah histerektomi dan ooforektomi

Indikasi Rujuk

Rujuk ke dokter kandungan untuk diagnosis laparoskopi atau perawatan bedah.

Indikasi Rawat

Jarang diperlukan kecuali untuk perut akut yang berhubungan dengan ruptur atau perdarahan endometrioma.

- Brown J et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 23;1:CD004753. [PMID: 28114727]
- Fu J et al. Progesterone receptor modulators for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 25;7:CD009881. [PMID: 28742263]
- Rafique S et al. Medical management of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol.* 2017 Sep;60(3):485–96. [PMID: 28590310]

- Singh SS et al. Surgical outcomes in patients with endometriosis: a systematic review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019 Nov 9. [Epub ahead of print] [PMID: 31718952]
- Taylor HS et al. Treatment of endometriosis-associated pain with elagolix, an oral GnRH antagonist. *N Engl J Med.* 2017 Jul 6;377(1):28–40. [PMID: 28525302]
- Vilasagar S et al. A practical guide to the clinical evaluation of endometriosis-associated pelvic pain. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020 Feb;27(2):270–9. [PMID: 31669551]

NYERI PANGGUL

1. Dismenore Primer

Dismenore primer adalah nyeri menstruasi yang berhubungan dengan siklus menstruasi tanpa adanya temuan patologis. Nyeri dismenore primer biasanya dimulai dalam 1-2 tahun setelah menarche dan dapat menjadi semakin parah. Frekuensi kasus meningkat hingga usia 20 tahun dan kemudian menurun dengan meningkatnya usia dan paritas. Lima puluh sampai 75% wanita pernah mengalami dismenore dan 5-6% mengalami nyeri yang melumpuhkan.

Manifestasi Klinis

Dismenore primer adalah nyeri panggul yang rendah, garis tengah, seperti gelombang, kram yang sering menjalar ke punggung atau paha bagian dalam. Kram dapat berlangsung selama 1 hari atau lebih dan mungkin berhubungan dengan mual, diare, sakit kepala, dan muka memerah. Nyeri dihasilkan oleh vasokonstriksi uterus, anoksia, dan kontraksi berkelanjutan yang diperantarai oleh prostaglandin. Pemeriksaan panggul normal di antara menstruasi; pemeriksaan selama menstruasi dapat menghasilkan ketidaknyamanan, tetapi tidak ada temuan patologis.

Tatalaksana

NSAID (ibuprofen, ketoprofen, asam mefenamat, naproxen) dan penghambat siklooksigenase (COX)-2 (celecoxib) umumnya membantu. Obat harus dimulai 1-2 hari sebelum menstruasi yang diharapkan. Gejala dapat ditekan dengan penggunaan kontrasepsi hormonal kombinasi, DMPA, implan subdermal etonogestrel (Nexplanon), atau IUD pelepas levonorgestrel. Penggunaan kontrasepsi oral secara terus menerus dapat digunakan untuk menekan menstruasi secara tuntas dan mencegah dismenore.

Untuk wanita yang tidak ingin menggunakan kontrasepsi hormonal, terapi lain yang telah menunjukkan setidaknya beberapa manfaat termasuk panas lokal; tiamin, 100 mg/hari per oral; vitamin E, 200 unit/hari per oral dari 2 hari sebelum dan selama 3 hari pertama menstruasi; dan stimulasi saraf listrik transkutan frekuensi tinggi.

2. Nyeri Panggul Kategori Lain

Tidak seperti dismenore primer, penyebab lain nyeri panggul mungkin atau mungkin tidak terkait dengan siklus menstruasi tetapi lebih mungkin terkait dengan patologi panggul. Kondisi seperti endometriosis, adenomiosis, fibroid, PID, atau kelainan anatomi lainnya pada organ panggul, termasuk usus atau kandung kemih, dapat muncul dengan gejala selama siklus menstruasi.

Manifestasi Klinis

Anamnesis dan pemeriksaan fisik dapat menunjukkan endometriosis, adenomiosis, atau fibroid sebagai penyebab nyeri panggul. Penyebab lain termasuk PID, abses tubo-ovarium, mioma

submukosa, penggunaan IUD, stenosis serviks dengan obstruksi, atau tanduk rahim yang buta (jarang). Tinjauan cermat gejala usus atau kandung kemih selain rasa sakit harus dilakukan untuk menyingkirkan sumber organ panggul lainnya.

Diagnosis

Pemeriksaan fisik yang ditargetkan dapat membantu mengidentifikasi sumber anatomis nyeri panggul. PID harus dipertimbangkan pada wanita yang aktif secara seksual dengan nyeri panggul dan temuan pemeriksaan nyeri tekan serviks, uterus, atau nyeri adneksa tanpa penjelasan lain untuk nyeri tersebut. Pencitraan panggul berguna untuk mendiagnosis adanya fibroid rahim atau anomali lainnya. Adenomyosis (adanya kelenjar endometrium dan stroma di dalam miometrium) dapat dideteksi dengan USG atau MRI. Laparoskopi dapat membantu mendiagnosis endometriosis atau kelainan panggul lainnya yang tidak divisualisasikan oleh pencitraan.

Tatalaksana

A. Tindakan Khusus

Kombinasi estrogen dan progestin dan kontrasepsi hormonal hanya progestin adalah terapi lini pertama untuk mengurangi gejala dismenore. Penggunaan analgesik secara berkala, termasuk NSAID yang diberikan untuk dismenore primer, mungkin bermanfaat, terutama pada nyeri panggul akibat endometriosis. Agonis GnRH juga merupakan pengobatan endometriosis yang efektif, meskipun penggunaan jangka panjangnya mungkin dibatasi oleh biaya atau efek samping. Adenomyosis dapat merespon terhadap IUD pelepas levonorgestrel, embolisasi arteri uterina, atau pendekatan hormonal yang digunakan untuk mengobati endometriosis, tetapi histerektomi tetap merupakan pengobatan pilihan definitif untuk wanita yang tidak dipertimbangkan untuk melahirkan.

B. Tindakan Bedah

Jika kecacatan ditandai atau berkepanjangan, laparoskopi diagnostik biasanya diperlukan. Pembedahan definitif tergantung pada derajat kecacatan dan temuan pada operasi. Fibroid rahim dapat diangkat atau diobati dengan embolisasi arteri

uterina. Histerektomi dapat dilakukan jika perawatan lain tidak berhasil tetapi biasanya merupakan pilihan terakhir.

Indikasi Rujuk

- Terapi standar gagal menghilangkan rasa sakit.
- Kecurigaan adanya patologi panggul, seperti endometriosis, leiomioma, atau adenomiosis.

American College of Obstetrics and Gynecology. Committee Opinion No. 770: Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *Obstet Gynecol.* 2018 Dec;132(6):e249–258. [PMID: 30461694]

Bishop LA. Management of chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol.* 2017 Sep;60(3):524–30. [PMID: 28742584]

Brown J et al. Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 May 22;5:CD001019. [PMID: 29786828]

Carey ET et al. Updates in the approach to chronic pelvic pain: what the treating gynecologist should know. *Clin Obstet Gynecol.* 2019 Dec;62(4):666–76. [PMID: 31524660]

PROLAPS ORGAN PANGGUL (POP)

Pertimbangan Umum

Prolaps organ panggul, termasuk sistokel, rektokel, dan enterokel, adalah hernia vagina yang sering terlihat pada wanita multipara. Sistokel adalah hernia dari dinding kandung kemih ke dalam vagina, menyebabkan kepenuhan anterior yang lembut. Sistokel dapat disertai dengan uretrokel, yang bukan merupakan hernia tetapi kendurnya uretra setelah terlepas dari simfisis pubis saat melahirkan. Rektokel adalah herniasi rektum terminal ke dalam vagina posterior, menyebabkan kepenuhan seperti kantong yang dapat dilipat. Enterokel adalah hernia kubah vagina yang mengandung usus halus, biasanya di posterior vagina dan akibat pendalaman kantong Douglas. Dua atau ketiga jenis hernia dapat terjadi secara bersamaan. Faktor risiko mungkin termasuk kelahiran pervaginam, kecenderungan genetik, usia lanjut, operasi panggul sebelumnya, gangguan jaringan ikat, dan peningkatan tekanan intra-abdomen yang terkait dengan obesitas atau mengejan yang terkait dengan sembelit atau batuk kronis.

Manifestasi Klinis

Gejala prolaps organ panggul mungkin termasuk sensasi tonjolan atau tonjolan di vagina, inkontinensia urin atau feses, sembelit, rasa pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap, dan dispareunia. Penyebab prolaps organ panggul, termasuk prolaps uterus, puncak vagina, dan dinding vagina anterior atau posterior, kemungkinan multifaktorial.

Tatalaksana

Jenis terapi tergantung pada luasnya prolaps dan gejala terkait, dampak pada kualitas hidup pasien, usia pasien, dan keinginannya untuk menstruasi, kehamilan, dan koitus.

A. Tindakan Umum

Langkah-langkah pendukung termasuk diet tinggi serat dan obat pencahar untuk memperbaiki sembelit. Penurunan berat badan pada pasien obesitas dan pembatasan mengejan dan mengangkat sangat membantu. Pelatihan otot panggul (latihan Kegel) adalah intervensi non-invasif sederhana yang dapat meningkatkan fungsi panggul; itu telah menunjukkan manfaat yang jelas bagi wanita dengan gejala kencing

atau tinja, terutama inkontinensia. Pessarium dapat mengurangi sistokel, rektokel, atau enterokel dan membantu pada wanita yang tidak ingin menjalani operasi atau yang merupakan kandidat bedah yang buruk.

B. Tindakan Pembedahan

Prosedur pembedahan yang paling umum adalah histerektomi vagina atau perut dengan perhatian tambahan untuk memulihkan dukungan apikal setelah rahim diangkat, dengan suspensi baik dengan fiksasi uterosakral atau sakrospinosa vagina atau dengan kolpopeksi sakral perut. Karena inkontinensia stres sering terjadi setelah prosedur penangguhan vault, prosedur anti-inkontinensia harus dipertimbangkan. Jala bedah yang ditempatkan secara transvaginal untuk perbaikan prolaps organ panggul diperkenalkan ke dalam praktik klinis pada tahun 2002, tetapi pada tahun 2011 FDA mengeluarkan peringatan tentang kekhawatiran akan komplikasi serius yang terkait dengan praktik ini (termasuk erosi jala dan nyeri). Penggunaan metode ini kemudian menurun secara signifikan. Pada April

2019, FDA AS mencabut persetujuan kelas III (berisiko tinggi) sebelumnya dari mesh bedah yang ditujukan untuk perbaikan transvaginal prolaps kompartemen anterior. Pasien yang berencana untuk menjalani perbaikan bedah prolaps organ panggul harus mendiskusikan semua pilihan pengobatan, termasuk risiko dan manfaat menggunakan mesh bedah, dengan dokter mereka. Jika pasien menginginkan kehamilan, prosedur yang sama untuk suspensi vagina dapat dilakukan tanpa histerektomi, meskipun data terbatas tentang hasil kehamilan atau hasil prolaps tersedia. Umumnya, perbaikan bedah prolaps organ panggul dicadangkan sampai setelah selesai melahirkan. Untuk wanita lanjut usia yang tidak menginginkan koitus, colpocleisis, pemusnahan sebagian vagina, adalah pembedahan yang sederhana dan efektif. Suspensi uterus dengan cervicocolpopexy sacrospinous mungkin merupakan pendekatan yang efektif pada wanita yang lebih tua yang ingin menghindari histerektomi tetapi mempertahankan fungsi koitus. Wanita yang telah menerima jaring transvaginal untuk perbaikan bedah

prolaps organ panggul tetapi tidak memiliki gejala atau komplikasi yang terkait dengannya harus melanjutkan pemeriksaan tahunan dan perawatan lanjutan rutin lainnya. Mereka harus memberi tahu dokter mereka bahwa mereka memiliki implan jala bedah, terutama jika mereka berencana untuk menjalani operasi panggul lain atau prosedur medis terkait. Selain itu, mereka harus memberi tahu dokter mereka jika mereka mengalami gejala seperti pendarahan atau keputihan yang persisten, nyeri panggul atau selangkangan, atau dispareunia.

Indikasi Rujuk

- Rujuk ke uroginekolog atau ginekolog untuk evaluasi inkontinensia.
- Rujuk jika terapi non-bedah tidak efektif.
- Rujuk untuk melepas kasa jika timbul gejala.

Coolen AWM et al. Primary treatment of pelvic organ prolapse: pessary use versus prolapse surgery. *Int Urogynecol J.* 2018 Jan;29(1):99–107. [PMID: 28600758]

Meriwether KV et al. Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systemic review with meta-analysis and clinical

- practice guidelines. Am J Obstet Gynecol. 2018 Aug;219(2):129–46. [PMID: 29353031]
- U.S. Food & Drug Administration. Urogynecologic surgical mesh implants, April 16 2019. <https://www.fda.gov/medical-devices/implants-and-prosthetics/urogynecologic-surgical-mesh-implants>
- Winkelman WD et al. U.S. Food and Drug Administration statements about transvaginal mesh and changes in apical prolapse surgery. Obstet Gynecol. 2019 Oct;134(4):745–52. [PMID: 31503162]

SINDROM PREMENSTRUASI

Pertimbangan Umum

Sindrom pramenstruasi (PMS) adalah sekelompok gejala fisik dan emosional yang berulang dan bervariasi yang berkembang selama 5 hari sebelum menstruasi dan mereda dalam 4 hari setelah menstruasi terjadi. PMS sebentar-sebentar mempengaruhi sekitar 40% dari semua wanita pramenopause, terutama mereka yang berusia 25-40 tahun. Pada sekitar 5-8% wanita yang terkena, sindrom ini mungkin parah. Meskipun tidak setiap wanita mengalami semua gejala atau tanda pada satu waktu, banyak yang menggambarkan kembung, nyeri

payudara, sakit kepala, bengkak, lekas marah, agresivitas, depresi, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi, perubahan libido, lesu, dan mengidam makanan. Ketika gejala emosional atau suasana hati mendominasi, bersama dengan gejala fisik, dan ada gangguan fungsional yang jelas dengan pekerjaan atau hubungan pribadi, istilah "gangguan dysphoric pramenstruasi" (PMDD) dapat diterapkan. Patogenesis PMS/PMDD masih belum pasti, dan metode pengobatan saat ini sebagian besar bersifat empiris. Klinisi harus memberikan dukungan untuk tekanan emosional dan fisik pasien, termasuk yang berikut:

- 1) Evaluasi pasien secara cermat, dengan pengertian, penjelasan, dan keyakinan.
- 2) Saran untuk membuat catatan harian tentang semua gejala selama 2-3 bulan, seperti Catatan Harian Tingkat Beratnya Masalah, untuk mengevaluasi waktu dan karakteristik gejalanya. Jika gejalanya terjadi sepanjang bulan dan bukan dalam 2 minggu sebelum menstruasi, dia mungkin

mengalami depresi atau masalah kesehatan mental lainnya, bukan atau sebagai tambahan dari PMS.

Tatalaksana

Untuk gejala ringan sampai sedang, program latihan aerobik; pengurangan asupan kafein, garam, dan alkohol; peningkatan kalsium makanan (menjadi 1200 mg/hari), vitamin D, atau magnesium, dan karbohidrat kompleks dalam makanan; dan penggunaan terapi alternatif seperti akupunktur dan pengobatan herbal dapat membantu, meskipun intervensi ini masih belum terbukti.

Obat-obatan yang mencegah ovulasi, seperti kontrasepsi hormonal, dapat mengurangi gejala fisik. Ini termasuk metode kontrasepsi hormonal kombinasi terus menerus (pil, patch, atau cincin vagina); atau GnRH agonis dengan terapi "tambahan" (misalnya, estrogen kuda terkonjugasi, 0,625 mg per oral setiap hari dengan medroksiprogesteron asetat, 2,5-5 mg per oral setiap hari).

Ketika gangguan mood mendominasi, beberapa inhibitor reuptake serotonin telah terbukti efektif dalam meredakan ketegangan, iritabilitas, dan disforia dengan sedikit efek samping. Terapi pengobatan lini pertama termasuk antidepresan serotonergik (citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine) baik setiap hari atau hanya pada hari-hari gejala. Hanya sedikit data yang mendukung penggunaan suplementasi kalsium, vitamin D, dan vitamin B6. Tidak ada bukti yang cukup untuk mendukung terapi perilaku kognitif.

Naheed B et al. Non-contraceptive oestrogen-containing preparations for controlling symptoms of premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Mar 3;3:CD010503. [PMID: 28257559]

Yonkers KA et al. Premenstrual disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Jan;218(1):68–74. [PMID: 28571724]

SINDROM MENOPAUSE

ESSENSIAL

- Menopause adalah diagnosis retrospektif setelah 12 bulan amenore.

-
- Sekitar 80% wanita akan mengalami hot flushes dan keringat malam.
 - Peningkatan hormon perangsang folikel (FSH) dan estradiol rendah dapat membantu memastikan diagnosis
-

Pertimbangan Umum

Istilah "menopause" menunjukkan penghentian akhir menstruasi, baik sebagai bagian normal dari penuaan atau sebagai akibat dari operasi pengangkatan kedua indung telur. Dalam arti yang lebih luas, seperti istilah yang umum digunakan, ini menunjukkan periode 1 hingga 3 tahun di mana seorang wanita menyesuaikan diri dengan aliran menstruasi yang berkurang, dan kemudian tidak ada, dan perubahan fisiologis yang mungkin terkait dengan penurunan kadar estrogen — hot flushes, keringat malam, dan kekeringan pada vagina.

Usia rata-rata saat menopause di masyarakat Barat adalah 51 tahun. Menopause dini didefinisikan sebagai kegagalan ovarium dan penghentian menstruasi sebelum usia 40 tahun; ini sering

memiliki dasar genetik atau autoimun. Menopause bedah karena ooforektomi bilateral sering terjadi dan dapat menyebabkan gejala yang lebih parah karena penurunan kadar hormon seks secara tiba-tiba.

Tidak ada bukti objektif bahwa penghentian fungsi ovarium berhubungan dengan gangguan emosional yang parah atau perubahan kepribadian. Namun, perubahan suasana hati menuju depresi dan kecemasan dapat terjadi pada saat ini. Gangguan pola tidur yang berhubungan dengan menopause dapat mempengaruhi mood dan konsentrasi serta menyebabkan kelelahan. Selain itu, masa menopause sering kali bertepatan dengan perubahan besar dalam hidup, seperti kepergian anak dari rumah, krisis identitas paruh baya, atau perceraian.

Manifestasi Klinis

A. Gejala dan Tanda

- 1. Berhentinya Menstruasi** - Siklus menstruasi umumnya menjadi tidak teratur saat menopause mendekat. Siklus anovulasi terjadi lebih sering, dengan panjang siklus yang tidak

teratur dan kadang-kadang menoragia. Aliran menstruasi biasanya berkurang dalam jumlah karena penurunan sekresi estrogen, sehingga pertumbuhan endometrium kurang melimpah. Akhirnya, siklus menjadi lebih lama, dengan periode yang terlewat atau episode bercak saja. Bila tidak terjadi perdarahan selama 1 tahun, maka transisi menopause dapat dikatakan telah terjadi. Setiap perdarahan setelah 6 bulan berhentinya menstruasi memerlukan pemeriksaan kuretase endometrium atau aspirasi untuk menyingkirkan kanker endometrium.

2. **Hot flushes** - Hot flushes (perasaan panas yang hebat di badan dan wajah, dengan kemerahan pada kulit dan berkeringat) terjadi pada lebih dari 80% wanita sebagai akibat dari penurunan hormon ovarium. Hot flushes dapat dimulai sebelum berhentinya menstruasi. Gejala vasomotor menopause berlangsung lebih lama dari yang diperkirakan sebelumnya, dan ada perbedaan etnis dalam durasi gejala.

Gejala vasomotor bertahan lebih dari 7 tahun pada lebih dari 50% wanita. Wanita Afrika-Amerika melaporkan durasi gejala vasomotor terlama. Etiologi hot flushes tidak diketahui. Terjadi pada malam hari, mereka sering menyebabkan berkeringat dan insomnia dan mengakibatkan kelelahan pada hari berikutnya.

3. **Atropi vagina** Dengan penurunan sekresi estrogen, penipisan vaginamukosa dan penurunan lubrikasi vagina terjadi dan dapat menyebabkan dispareunia. Diameter introitus berkurang. Pemeriksaan panggul mengungkapkan pucat, mukosa vagina halus dan serviks kecil dan rahim. Ovarium biasanya tidak teraba setelah menopause.
4. **Osteoporosis** Osteoporosis dapat terjadi sebagai sekuel akhir menopause. Gugus Tugas Layanan Pencegahan AS merekomendasikan skrining untuk osteoporosis dimulai pada usia 65. Ringkasan rekomendasi USPSTF Juni 2018 terbaru dapat ditemukandi

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/osteoporosis-screening1> .

B. Temuan Laboratorium

Serum FSH, luteinizing hormone (LH), dan kadar estradiol memiliki nilai diagnostik yang kecil karena variabilitas yang tidak dapat diprediksi selama transisi menopause tetapi dapat memberikan konfirmasi jika FSH tetap meningkat secara konsisten dan estradiol, rendah. Pemeriksaan sitologi vagina akan menunjukkan efek estrogen yang rendah dengan didominasi sel parabasal, menunjukkan kurangnya maturasi epitel akibat hipoestrogenisme.

Tatalaksana

A. *Natural Menopause*

Pendidikan dan dukungan dari penyedia layanan kesehatan, kelompok diskusi paruh baya, dan bahan bacaan akan membantu sebagian besar wanita yang mengalami kesulitan menyesuaikan diri dengan menopause. Gejala fisiologis dapat diobati dengan terapi hormonal atau nonhormonal.

Terapi penggantian hormon telah terbukti efektif dalam mengobati gejala perimenopause dan menopause tetapi tidak efektif dalam pencegahan kondisi kronis seperti penyakit jantung koroner.

1. Gejala Vasomotor

Untuk wanita dengan gejala ringan, modifikasi gaya hidup, seperti peningkatan hidrasi, penurunan konsumsi kafein, penghentian tembakau, dan berpakaian berlapis adalah terapi lini pertama yang harus dilakukan sebelum mempertimbangkan perawatan medis nonhormonal atau hormonal lainnya. Untuk wanita dengan gejala vasomotor sedang hingga berat, penggantian hormon estrogen atau rejimen estrogen/progestin adalah pendekatan yang paling efektif untuk meredakan gejala. Estrogen terkonjugasi, 0,3 mg, 0,45 mg, atau 0,625 mg; 17-betaestradiol, 0,5 atau 1 mg; atau estron sulfat, 0,625 mg dapat diberikan sekali sehari secara oral; atau estradiol dapat diberikan secara transdermal sebagai tambalan kulit yang diganti sekali atau

dua kali seminggu dan mensekresikan 0,05-0,1 mg hormon setiap hari. Kecuali pasien telah menjalani histerektomi, rejimen kombinasi estrogen dengan progestin seperti medroksiprogesteron, 1,5 atau 2,5 mg, atau norethindrone, 0,1, 0,25, atau 0,5 mg, harus digunakan untuk mencegah hiperplasia endometrium atau kanker. Ada juga patch yang mengandung estradiol dan progestin levonorgestrel. Hormon oral dapat diberikan dalam beberapa rejimen yang berbeda. Berikan estrogen pada hari 1-25 setiap bulan kalender, dengan 5-10 mg oralmedroksiprogesteron asetat ditambahkan pada hari 14-25. Menahan hormon dari hari ke 26 sampai akhir bulan, saat endometrium akan luruh, menghasilkan periode bulanan yang ringan dan umumnya tidak menimbulkan rasa sakit. Sebagai alternatif, berikan estrogen bersama dengan progestin setiap hari, tanpa henti. Regimen ini menyebabkan beberapa perdarahan awal atau bercak, tetapi dalam

beberapa bulan ini menghasilkan endometrium atrofi yang tidak akan berdarah. Jika pasien telah menjalani histerektomi, progestin tidak perlu diberikan dengan estrogen

Wanita pascamenopause umumnya tidak boleh menggunakan terapi kombinasi progestinestrogen selama lebih dari 3 atau 4 tahun. Wanita yang tidak dapat menemukan bantuan dengan pendekatan alternatif mungkin ingin mempertimbangkan untuk melanjutkan penggunaan terapi kombinasi setelah diskusi menyeluruh tentang risiko dan manfaat. Alternatif terapi hormon untuk gejala vasomotor termasuk selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), seperti paroxetine, 12,5 mg atau 25 mg/hari secara oral, atau venlafaxine, 75 mg/hari secara oral. Gabapentin, obat anti kejang, juga efektif dengan dosis 900 mg/hari per oral. Clonidine diberikan secara oral atau transdermal, 100-

150 mcg setiap hari, juga dapat mengurangi frekuensi hot flushes, tetapi penggunaannya dibatasi oleh efek samping, termasuk mulut kering, kantuk, dan hipotensi. Ada beberapa bukti bahwa isoflavon kedelai mungkin efektif dalam mengobati gejala menopause.

2. Atropi vagina

Cincin vagina yang mengandung 2 mg estradiol dapat dibiarkan selama 3 bulan dan cocok untuk penggunaan jangka panjang. Meskipun peningkatan kadar estrogen serum yang terkait dengan cincin vagina lebih rendah daripada rute pemberian lainnya, direkomendasikan agar cincin digunakan dengan hati-hati. ACOG menunjukkan bahwa estrogen vagina adalah pilihan untuk gejala urogenital bahkan pada penderita kanker payudara. Penggunaan krim vagina estrogen jangka pendek akan meredakan gejala atrofi, tetapi karena absorpsi yang bervariasi, terapi dengan cincin vagina atau penggantian hormon sistemik lebih disukai. Tablet

estradiol dosis rendah (10 mcg) tersedia dan dimasukkan ke dalam vagina setiap hari selama 2 minggu dan kemudian dua kali seminggu untuk penggunaan jangka panjang. Testosteron propionat 1-2%, 0,5-1 g, dalam basis krim penghilang yang digunakan dengan cara yang sama juga efektif jika estrogen dikontraindikasikan. Pelumas lunak seperti krim dingin tanpa pewangi atau gel yang larut dalam air dapat membantu pada saat koitus.

3. Osteoporosis

(Lihat juga diskusi di Bab 26.) Wanita harus menelan di setidaknya 800 mg kalsium setiap hari sepanjang hidup. Produk susu tanpa lemak atau rendah lemak, jus jeruk yang diperkaya kalsium, sayuran berdaun hijau, tortilla jagung, dan sarden kalengan atau salmon yang dikonsumsi dengan tulang adalah sumber makanan yang baik. Vitamin D, setidaknya 800 unit internasional/hari dari makanan, sinar matahari, atau suplemen, diperlukan untuk

meningkatkan penyerapan kalsium dan mempertahankan massa tulang. Sebuah program harian berjalan energik dan olahraga untuk memperkuat lengan dan tubuh bagian atas membantu menjaga massa tulang. Skrining densitometri tulang direkomendasikan untuk wanita mulai usia 65 tahun (lihat Bab 1). Wanita yang paling berisiko untuk patah tulang osteoporosis harus mempertimbangkan bifosfonat, raloxifene, atau terapi penggantian hormon. Ini termasuk wanita kulit putih dan Asia, terutama jika mereka memiliki riwayat keluarga osteoporosis, kurus, pendek, perokok, memiliki riwayat hipertiroidisme, menggunakan obat kortikosteroid jangka panjang, atau tidak aktif secara fisik.

B. Risiko Terapi Hormon

Uji coba double-blind, acak, terkontrol tidak menunjukkan manfaat kardiovaskular secara keseluruhan dengan terapi penggantian estrogen-

progesterin pada sekelompok wanita pascamenopause, termasuk wanita dengan dan tanpa penyakit koroner. Dalam percobaan Women's Health Initiative (WHI) dan di Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS), risiko kesehatan secara keseluruhan (peningkatan risiko kejadian jantung koroner; stroke; penyakit tromboemboli; batu empedu; dan kanker payudara, termasuk peningkatan risiko kematian akibat kanker payudara) melebihi manfaat dari penggunaan jangka panjang kombinasi estrogen dan progesteron. Analisis tambahan dari studi WHI menunjukkan bahwa terapi penggantian hormon estrogen-progesterin tidak hanya bermanfaat bagi fungsi kognitif, tetapi ada sedikit peningkatan risiko penurunan kognitif yang tidak terduga pada kelompok tersebut dibandingkan dengan wanita dalam kelompok plasebo. Kelompok estrogen yang tidak dilawan dari percobaan WHI menunjukkan penurunan risiko patah tulang pinggul, penurunan kecil tetapi tidak signifikan dari kanker payudara, tetapi

peningkatan risiko stroke dan tidak ada bukti perlindungan dari penyakit jantung koroner. Studi ini juga menunjukkan peningkatan kecil dalam risiko gabungan gangguan kognitif ringan dan demensia dengan penggunaan estrogen dibandingkan dengan plasebo, mirip dengan kelompok estrogen-progestin. Wanita yang telah menerima terapi penggantian hormon estrogen-progestin jangka panjang, bahkan di tidak adanya komplikasi, harus didorong untuk dihentikan, terutama jika tidak memiliki gejala menopause. Namun, risiko tampaknya lebih rendah pada wanita yang memulai terapi pada saat menopause dan lebih tinggi pada wanita yang sebelumnya tidak diobati yang memulai terapi lama setelah menopause. Terapi harus bersifat individual karena profil risiko-manfaat bervariasi dengan usia dan faktor risiko individu. (Lihat juga diskusi tentang terapi penggantian estrogen dan progestin di Bab 26.)

C. Surgical Menopause

Penurunan hormon yang tiba-tiba akibat ooforektomi umumnya menyebabkan gejala vasomotor yang parah dan onset cepat dispareunia dan osteoporosis kecuali diobati. Jika tidak dikontraindikasikan, penggantian estrogen umumnya dimulai segera setelah operasi. Estrogen terkonjugasi 1,25 mg per oral, estron sulfat 1,25 mg per oral, atau estradiol 2 mg per oral diberikan selama 25 hari setiap bulan. Setelah usia 45-50 tahun, dosis ini dapat diturunkan menjadi 0,625 mg estrogen terkonjugasi atau setara.

Del Carmen MG et al. Management of menopausal symptoms in women with gynecologic cancers. *Gynecol Oncol.* 2017 Aug;146(2):427–35. [PMID: 28625396]

Gartlehner G et al. Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2017 Dec 12;318(22):2234–49. [PMID: 29234813]

The NAMS 2017 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2017 Jul;24(7):728–53. [PMID: 28650869]

SINDROM POLIKISTIK OVARIUM (PCOS)

ESSENSIAL

- Bukti klinis atau biokimia hiperandrogenisme.
- Oligoovulasi atau anovulasi.
- Ovarium polikistik pada ultrasonografi.

Pertimbangan Umum

Sindrom ovarium polikistik (PCOS) adalah gangguan endokrin umum dengan etiologi yang tidak diketahui yang mempengaruhi 5-10% wanita usia reproduksi. PCOS ditandai dengan anovulasi kronis, ovarium polikistik, dan hiperandrogenisme. Hal ini terkait dengan hirsutisme dan obesitas serta peningkatan risiko diabetes melitus, penyakit kardiovaskular, dan sindrom metabolik. PCOS yang tidak dikenali atau tidak diobati merupakan faktor risiko penyakit kardiovaskular. Kriteria Rotterdam mengidentifikasi **produksi androgen**, **disfungsi ovulasi**, dan **ovarium polikistik** sebagai fitur diagnostik utama gangguan pada wanita dewasa; konsensus yang muncul adalah bahwa setidaknya dua dari fitur ini

harus ada untuk diagnosis. Sistem klasifikasi telah disahkan oleh National Institutes of Health.

Manifestasi Klinis

PCOS sering muncul sebagai gangguan menstruasi (mulai dari amenore hingga menoragia) dan infertilitas. Gangguan kulit akibat kelebihan androgen perifer, termasuk hirsutisme dan jerawat, sering terjadi. Pasien juga dapat menunjukkan tanda-tanda resistensi insulin dan hiperinsulinemia, dan wanita-wanita ini memiliki peningkatan risiko diabetes mellitus tipe 2 onset dini dan sindrom metabolik. Pasien yang hamil berada pada peningkatan risiko komplikasi perinatal, seperti diabetes gestasional dan preeklamsia. Selain itu, mereka memiliki peningkatan risiko jangka panjang kanker endometrium sekunder untuk sekresi estrogen yang tidak dilawan.

Diagnosis Banding

Anovulasi pada tahun-tahun reproduktif juga dapat disebabkan oleh (1) kegagalan ovarium prematur (kadar FSH dan LH yang tinggi); (2) amenore hipotalamus fungsional, sering dikaitkan dengan

penurunan berat badan yang cepat atau aktivitas fisik yang ekstrem (tingkat FSH dan LH rendah hingga normal untuk usia); (3) penghentian kontrasepsi hormonal (kembali ovulasi biasanya terjadi dalam 90 hari); (4) adenoma hipofisis dengan peningkatan prolaktin (galaktorea mungkin ada atau tidak); dan (5) hipertiroidisme atau hipotiroidisme. Untuk menyingkirkan etiologi lain pada wanita dengan suspek PCOS, serum FSH, LH, prolaktin, dan hormon perangsang tiroid harus diperiksa. Karena risiko tinggi resistensi insulin dan dislipidemia, semua wanita dengan dugaan PCOS harus memiliki hemoglobin A1C dan glukosa puasa bersama dengan profil lipid. Wanita dengan bukti klinis kelebihan androgen harus diukur testosteron total, testosteron bebas (tersedia hayati), dan 17-hidroksiprogesteron. Wanita dengan stigmata sindrom Cushing harus menjalani tes kortisol bebas urin 24 jam atau tes supresi deksametason dosis rendah. Hiperplasia adrenal kongenital dan tumor adrenal yang mensekresi androgen juga cenderung memiliki kadar androgen sirkulasi yang tinggi dan anovulasi dengan

ovarium polikistik; gangguan ini juga harus disingkirkan pada wanita dengan dugaan PCOS dan androgen serum yang tinggi.

Tatalaksana

Pada pasien obesitas dengan PCOS, penurunan berat badan dan olahraga seringkali efektif dalam membalikkan efek metabolik dan menginduksi ovulasi. Bagi wanita yang tidak menanggapi penurunan berat badan dan olahraga, terapi metformin dapat membantu. Metformin bermanfaat untuk kelainan metabolisme atau glukosa, dan dapat meningkatkan fungsi menstruasi. Metformin memiliki sedikit atau tidak ada manfaat dalam pengobatan hirsutisme, jerawat, atau infertilitas. Konseling kontrasepsi harus ditawarkan untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan jika terjadi kembalinya siklus ovulasi. Untuk wanita yang sedang mencari kehamilan dan tetap mengalami anovulasi, clomiphene atau obat lain dapat digunakan untuk stimulasi ovarium (lihat bagian tentang Infertilitas di bawah). Clomiphene adalah terapi lini pertama untuk infertilitas. Jika induksi ovulasi gagal,

pengobatan dengan gonadotropin, tetapi dengan dosis rendah untuk menurunkan risiko sindrom hiperstimulasi ovarium, mungkin berhasil. Terapi lini kedua seperti penggunaan inhibitor aromatase atau laparoskopi "pengeboran ovarium" tidak terbukti manfaatnya. Wanita dengan PCOS berada pada risiko yang lebih besar daripada wanita normal untuk kehamilan kembar dengan stimulasi ovarium.

Jika pasien tidak menginginkan kehamilan dan tidak menginginkan atau bukan merupakan calon kontrasepsi, maka medroksiprogesteron asetat, 10 mg/hari per oral selama 10 hari pertama setiap 1-3 bulan, harus diberikan untuk memastikan pelepasan endometrium secara teratur. dan dengan demikian menghindari hiperplasia endometrium. Jika kontrasepsi diinginkan, kontrasepsi hormonal kombinasi (pil, cincin, atau patch) dapat digunakan; ini juga berguna dalam mengendalikan hirsutisme, di mana pengobatan harus dilanjutkan selama 6-12 bulan sebelum hasilnya terlihat. IUD pelepas levonorgestrel adalah pilihan lain untuk

meminimalkan perdarahan uterus dan melindungi terhadap hiperplasia endometrium, tetapi tidak seperti kontrasepsi kombinasi estrogenprogestin, IUD tidak membantu mengontrol hirsutisme.

Spirolakton berguna untuk hirsutisme dalam dosis 25 mg tiga atau empat kali sehari. Flutamide, 125-250 mg per oral setiap hari, dan finasteride, 5 mg per oral setiap hari, juga efektif untuk mengobati hirsutisme. Karena ketiga agen ini berpotensi teratogenik, mereka harus digunakan hanya dalam hubungannya dengan kontrasepsi yang aman. Krim eflornithine topikal yang dioleskan ke area wajah yang terkena dua kali sehari selama 6 bulan dapat membantu pada kebanyakan wanita. Hirsutisme juga dapat dikelola dengan krim obat menghilangkan rambut, elektrolisis, dan terapi laser. Kombinasi terapi laser dan eflornitin topikal mungkin sangat efektif.

Penurunan berat badan, olahraga, dan pengobatan gangguan metabolisme yang belum terselesaikan adalah penting dalam mencegah penyakit

kardiovaskular. Wanita dengan PCOS harus dikelola secara agresif dan harus memiliki pemantauan rutin profil lipid dan glukosa. Pada pasien remaja dengan PCOS, kontrasepsi hormonal dan metformin adalah pilihan pengobatan.

Indikasi Rujuk

- Jika keahlian dalam diagnosis diperlukan.
- Jika pasien tidak subur.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 194: Polycystic ovary syndrome. *Obstet Gynecol.* 2018 Jun;131(6):e157– 71. [PMID: 29794677]

Bednarska S et al. The pathogenesis and treatment of polycystic ovary syndrome: what's new? *Adv Clin Exp Med.* 2017 Mar–Apr;26(2):359–67. [PMID: 28791858]

Gadalla MA et al. Medical and surgical treatment of reproductive outcomes in polycystic ovary syndrome: an overview of systematic reviews. *Int J Fertil Steril.* 2020 Jan;13(4):257–70. [PMID: 31710185]

INFERTILITAS

Pasangan dikatakan tidak subur jika kehamilan tidak terjadi setelah 1 tahun melakukan aktivitas seksual normal tanpa kontrasepsi. Sekitar 20% pasangan

mengalami infertilitas di beberapa titik dalam kehidupan reproduksi mereka; insiden infertilitas meningkat seiring bertambahnya usia, dengan penurunan fertilitas dimulai pada awal usia 30-an dan meningkat pada akhir usia 30-an. Pasangan pria berkontribusi pada sekitar 40% kasus infertilitas, dan kombinasi faktor umum terjadi. Data terbaru dari CDC National Survey of Family Growth mencatat bahwa 12% wanita di Amerika Serikat berusia 15-44 tahun mengalami gangguan kesuburan.

A. Pemeriksaan Awal

Selama wawancara awal, dokter dapat memberikan gambaran umum tentang infertilitas dan mendiskusikan evaluasi dan rencana manajemen. Konsultasi pribadi dengan masing-masing pasangan secara terpisah kemudian dilakukan, memungkinkan penilaian penyesuaian psikoseksual tanpa rasa malu atau kritik. Rincian terkait (misalnya, riwayat infeksi menular seksual atau kehamilan sebelumnya) harus diperoleh. Efek buruk rokok, alkohol, dan obat-obatan rekreasi lainnya pada kesuburan pria harus didiskusikan. Obat resep yang merusak potensi

pria dan faktor-faktor yang dapat menyebabkan hipertermia skrotum, seperti pakaian dalam yang ketat atau sering menggunakan sauna atau bak mandi air panas, harus didiskusikan. Riwayat ginekologi harus mencakup pola menstruasi, penggunaan dan jenis kontrasepsi, frekuensi dan keberhasilan koitus, dan korelasi hubungan seksual dengan waktu ovulasi. American Society for Reproductive Medicine memberikan informasi kepada pasien tentang evaluasi dan pengobatan infertilitas (<https://www.reproductivefacts.org/topics/topics-index/infertility/>).

Pemeriksaan fisik dan genital secara umum dilakukan pada pasangan wanita. Pemeriksaan laboratorium dasar meliputi penilaian cadangan ovarium (misalnya, hormon antimullerian, dan hari ke-3 FSH dan estradiol) dan tes fungsi tiroid. Jika wanita mengalami menstruasi teratur dengan gejala minimal, kemungkinan siklus ovulasi sangat tinggi. Progesteron serum fase luteal di atas 3 ng/mL menyebabkan ovulasi. Pasangan harus diberi tahu

bahwa koitus yang mengakibatkan pembuahan terjadi selama jendela 6 hari sekitar hari ovulasi. Kit prediktor ovulasi sebagian besar telah menggantikan suhu tubuh basal untuk memprediksi ovulasi, tetapi grafik suhu adalah cara alami dan murah untuk mengidentifikasi hari-hari paling subur. Grafik suhu tubuh basal tidak dapat memprediksi ovulasi; mereka hanya dapat mengkonfirmasi secara retrospektif bahwa ovulasi telah terjadi.

Analisis air mani harus diselesaikan untuk menyingkirkan faktor pria untuk infertilitas (lihat Bab 29).

B. Pemeriksaan Lanjutan

- 1) Kekurangan sperma (jumlah, motilitas, atau penampilan) memerlukan analisis konfirmasi ulang. Injeksi sperma intracytoplasmic adalah pilihan pengobatan yang tersedia untuk kekurangan sperma kecuali untuk azoospermia (tidak adanya sperma). Injeksi sperma intracytoplasmic

mengharuskan pasangan wanita menjalani fertilisasi in vitro (IVF).

- 2) Skrining USG panggul dan histerosalpingografi untuk mengidentifikasi rongga rahim atau anomali tuba harus dilakukan. Histerosalpingografi menggunakan pewarna minyak dilakukan dalam waktu 3 hari setelah periode menstruasi jika dicurigai adanya kelainan struktural. Pemeriksaan radiografi ini akan menunjukkan kelainan uterus (septa, polip, mioma submukosa) dan obstruksi tuba. Media kontras berbasis minyak (dibandingkan larut dalam air) dapat meningkatkan tingkat kehamilan tetapi laporan komplikasi menggunakan media berbasis minyak telah mengakibatkan penurunan penggunaannya. Wanita yang pernah mengalami radang panggul sebelumnya harus menerima doksisisiklin, 100 mg per oral dua kali sehari, dimulai

segera sebelum dan selama 7 hari setelah pemeriksaan radiografi. IVF direkomendasikan sebagai pilihan pengobatan utama untuk infertilitas faktor tuba. Pembedahan dapat dipertimbangkan pada wanita dengan penyakit tuba ringan, tetapi tidak ada penelitian ketat yang mengevaluasi hasil pembedahan dibandingkan dengan IVF atau manajemen hamil.

- 3) Ovulasi yang tidak ada atau jarang memerlukan evaluasi laboratorium tambahan. Peningkatan kadar FSH dan LH dan kadar estradiol yang rendah menunjukkan insufisiensi ovarium. Peningkatan kadar LH dengan adanya kadar FSH normal dapat mengindikasikan adanya ovarium polikistik. Peningkatan kadar prolaktin darah menunjukkan adenoma hipofisis. Wanita di atas usia 35 mungkin memerlukan penilaian lebih lanjut dari cadangan ovarium. Peningkatan

FSH yang nyata (lebih dari 15-20 unit internasional/L) pada hari ke-3 siklus menstruasi menunjukkan cadangan ovarium yang tidak memadai. Meskipun kurang banyak digunakan secara klinis, uji tantangan klomifen sitrat, dengan pengukuran FSH pada hari ke 10 setelah pemberian klomifen dari hari ke 5-9, dapat membantu mengkonfirmasi diagnosis penurunan cadangan ovarium. Jumlah folikel antral selama fase folikel awal siklus dapat memberikan informasi yang berguna tentang cadangan ovarium dan dapat mengkonfirmasi pengujian serum. Tingkat hormon antimullerian dapat diukur kapan saja selama siklus menstruasi dan kecil kemungkinannya untuk dipengaruhi oleh hormon.

- 4) Jika semua pengujian di atas normal, infertilitas yang tidak dapat dijelaskan didiagnosis. Pada sekitar 25% wanita yang evaluasi dasarnya normal, terapi lini

pertama biasanya adalah hiperstimulasi ovarium terkontrol (biasanya dengan kломifen sitrat) dan inseminasi intrauterin. IVF dapat direkomendasikan sebagai terapi lini kedua.

Tatalaksana

A. Medikamentosa

Kesuburan dapat dipulihkan dengan pengobatan kelainan endokrin, terutama hipotiroidisme atau hipertiroidisme. Wanita yang mengalami anovulasi akibat berat badan rendah atau olahraga dapat menjadi ovulasi ketika mereka menambah berat badan atau menurunkan tingkat olahraga mereka; sebaliknya, wanita gemuk yang mengalami anovulasi dapat menjadi berovulasi dengan kehilangan bahkan 5-10% dari berat badan.

B. Tindakan pembedahan

Eksisi tumor ovarium atau fokus endometriosis ovarium dapat meningkatkan kesuburan. Pembedahan mikro pada obstruksi tuba akibat salpingitis atau ligasi tuba akan mengembalikan kesuburan pada sejumlah besar kasus, meskipun

dengan penyakit berat atau obstruksi proksimal, IVF lebih disukai. Adhesi peritubal atau implan endometriotik seringkali dapat diobati melalui laparoskopi.

Pada pria dengan varikokel, karakteristik sperma dapat ditingkatkan setelah perawatan bedah. Untuk pria yang memiliki produksi sperma tetapi azoospermia obstruktif, aspirasi sperma trans-epidermal atau aspirasi sperma epidermal mikro telah berhasil.

C. Induksi Ovulasi

- 1. Kломifen sitrat** – Kломifen sitrat merangsang pelepasan gonadotropin, khususnya FSH. Ini bertindak sebagai modulator reseptor estrogen selektif, mirip dengan tamoxifen dan raloxifene, dan mengikat reseptor estrogen. Tubuh merasakan tingkat estrogen yang rendah, mengurangi umpan balik negatif pada hipotalamus, dan terjadi peningkatan pelepasan FSH dan LH. Ketika FSH dan LH

hadir dalam jumlah dan waktu yang tepat, ovulasi terjadi.

Setelah periode menstruasi normal atau induksi perdarahan penarikan dengan progestin, klomifen 50 mg per oral harus diberikan setiap hari selama 5 hari, biasanya pada hari ke 3-7 dari siklus. Jika ovulasi tidak terjadi, dosis klomifen ditingkatkan menjadi 100 mg per oral setiap hari selama 5 hari. Jika ovulasi masih tidak terjadi, kursus diulangi dengan 150 mg per oral setiap hari selama 5 hari dan kemudian 200 mg per oral setiap hari selama 5 hari. Dosis maksimum adalah 200 mg per oral setiap hari. Ovulasi dan waktu hubungan seksual yang tepat dapat difasilitasi dengan penambahan chorionic gonadotropin, 10.000 unit secara intramuskular. Pemantauan folikel dengan USG transvaginal biasanya diperlukan untuk mengatur waktu injeksi hCG dengan tepat. Tingkat ovulasi setelah perawatan ini adalah 90% tanpa adanya faktor infertilitas lainnya. Angka kehamilannya tinggi. Kembar terjadi pada 5% dari kehamilan ini, tetapi tiga atau lebih

janin jarang terjadi (kurang dari 0,5% kasus). Kehamilan kemungkinan besar terjadi dalam tiga siklus ovulasi pertama, dan tidak mungkin terjadi setelah siklus enam. Selain itu, beberapa penelitian menunjukkan peningkatan risiko kanker ovarium dua kali lipat hingga tiga kali lipat dengan penggunaan klomifen selama lebih dari 1 tahun, sehingga pengobatan dengan klomifen biasanya dibatasi hingga maksimal enam siklus.

2. Letrozol -Letrozole inhibitor aromatase tampaknya paling tidak seefektif klomifen untuk induksi ovulasi pada wanita dengan PCOS. Ada penurunan risiko kehamilan ganda, kurangnya efek antiestrogenik, dan berkurangnya kebutuhan untuk pemantauan ultrasound. Dosis letrozole adalah 5-7,5 mg setiap hari, dimulai pada hari ke-3 siklus menstruasi. Pada wanita yang memiliki riwayat tumor yang bergantung pada estrogen, seperti kanker payudara, letrozole lebih disukai daripada agen lain karena kadar estrogen dengan obat ini jauh lebih rendah.

- 3. Kabergolin atau bromokriptin** -Jika kadar prolaktin meningkat, evaluasi untuk massa hipofisis harus dilakukan. Dengan tidak adanya massa hipofisis, cabergoline atau bromocriptine dapat digunakan jika kadar prolaktin meningkat dan tidak ada perdarahan pendarahan setelah pemberian progesteron (jika tidak, klomifen digunakan). Dosis kabergolin awal adalah 2,5 mg per oral sekali sehari, ditingkatkan menjadi 2,5 mg dua atau tiga kali sehari dengan penambahan kabergolin 1,25 mg. Obat dihentikan setelah kehamilan terjadi. Cabergoline menyebabkan efek samping yang lebih sedikit daripada bromokriptin. Namun, harganya jauh lebih mahal. Cabergoline sering digunakan pada pasien yang tidak dapat mentoleransi efek samping bromokriptin atau yang tidak merespons bromokriptin.
- 4. *Human Menopausal Gonadotropins (hMG)* atau FSH rekombinan** -hMG atau FSH rekombinan diindikasikan pada kasus hipogonadotropisme dan sebagian besar jenis

anovulasi lain yang resisten terhadap pengobatan klomifen. Karena kerumitan, tes laboratorium, dan biaya yang terkait dengan perawatan ini, pasien ini harus dirujuk ke spesialis infertilitas.

D. Tatalaksana Endometriosis

Lihat di atas.

E. Inseminasi Buatan pada Azoospermia

Jika ada azoospermia, inseminasi buatan oleh donor biasanya menghasilkan kehamilan, dengan asumsi fungsi wanita normal. Penggunaan sperma beku memberikan kesempatan untuk skrining infeksi menular seksual, termasuk infeksi HIV.

F. *Assisted Reproductive Technology (ART)*

Pasangan yang tidak menanggapi pengobatan infertilitas tradisional, termasuk mereka dengan penyakit tuba, endometriosis parah, oligospermia, dan infertilitas imunologis atau tidak dapat dijelaskan, dapat mengambil manfaat dari ART. Transfer gamet intrafallopian dan transfer zigot intrafallopian jarang dilakukan, meskipun mungkin menjadi pilihan pada beberapa pasien tertentu.

Teknik-teknik ini rumit dan membutuhkan tim spesialis yang sangat terorganisir. Semua prosedur ART melibatkan stimulasi ovarium untuk menghasilkan banyak oosit, pengambilan oosit dengan aspirasi jarum yang dipandu sonografi transvaginal, dan penanganan oosit di luar tubuh. Dengan IVF, telur dibuahi secara in vitro dan embrio dipindahkan ke rahim. Injeksi sperma intracytoplasmic memungkinkan pembuahan dengan satu sperma. Meskipun awalnya ditujukan untuk pasangan dengan infertilitas faktor pria, sekarang digunakan di dua pertiga dari semua prosedur IVF di Amerika Serikat.

Kemungkinan kehamilan kehamilan ganda (yaitu, kembar, kembar tiga) meningkat di semua prosedur reproduksi berbantuan, meningkatkan risiko persalinan prematur dan komplikasi kehamilan lainnya. Untuk meminimalkan risiko ini, sebagian besar spesialis infertilitas merekomendasikan untuk mentransfer hanya satu embrio pada pasien yang dipilih dengan tepat dengan prognosis yang baik.

Pada wanita dengan siklus IVF yang gagal sebelumnya yang berusia di atas 40 tahun yang memiliki kualitas embrio buruk, hingga empat embrio dapat ditransfer. Jika terjadi kehamilan ganda, pasangan dapat mempertimbangkan pengurangan selektif untuk menghindari masalah medis yang umumnya terkait dengan kelahiran kembar. Masalah ini harus didiskusikan dengan pasangan sebelum transfer embrio.

Prognosis

Prognosis untuk konsepsi dan kehamilan normal adalah baik jika kelainan minor (bahkan multipel) dapat diidentifikasi dan diobati; buruk jika penyebab infertilitas parah, tidak dapat diobati, atau berlangsung lama (lebih dari 3 tahun).

Penting untuk diingat bahwa dengan tidak adanya penyebab infertilitas yang dapat diidentifikasi, 60% pasangan akan mencapai kehamilan spontan dalam waktu 3 tahun.

lebih muda dari 35 tahun yang tidak mencapai kehamilan dalam waktu 1 tahun mencoba mungkin

menjadi kandidat untuk pengobatan infertilitas, dan dalam waktu 6 bulan untuk wanita usia 35 tahun dan lebih tua. Juga, menawarkan informasi tepat waktu tentang adopsi dianggap sebagai bagian dari rejimen infertilitas lengkap.

Indikasi Rujuk

Rujuk ke ahli endokrinologi reproduksi jika ART diindikasikan, atau pembedahan diperlukan.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 781: Infertility workup for the women's health specialist. *ObstetGynecol.* 2019 Jun;133(6):e377–84. [PMID: 31135764]

Chua SJ et al. Surgery for tubal infertility. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 23;1:CD006415. [PMID: 28112384]

Hanson B et al. Female infertility, infertility-associated diagnoses, and comorbidities: a review. *J Assist Reprod Genet.* 2017 Feb;34(2):167–77. [PMID: 27817040]

Jeelani R et al. Imaging and the infertility evaluation. *Clin Obstet Gynecol.* 2017 Mar;60(1):93–107. [PMID: 28106643]

KONTRASEPSI

Kehamilan yang tidak diinginkan adalah masalah di seluruh dunia tetapi berdampak tidak proporsional di negara-negara berkembang. Studi memperkirakan bahwa 40% dari 213 juta kehamilan yang terjadi pada tahun 2012 tidak diinginkan. Secara global, 50% berakhir dengan aborsi, 13% berakhir dengan keguguran, dan 38% mengakibatkan kelahiran yang tidak direncanakan. Penting bagi penyedia layanan primer untuk mendidik pasien mereka tentang manfaat kontrasepsi dan untuk memberikan pilihan yang sesuai dan diinginkan untuk pasien.

1. Dismenore Primer

A. Kontrasepsi Oral Kombinasi

1. Metode dan Efikasi

Kontrasepsi oral kombinasi memiliki efek yang sempurna

tingkat kegagalan penggunaan 0,3% dan tingkat kegagalan penggunaan tipikal 8%.

Cara kerja utama mereka adalah menekan ovulasi. Pil dapat dimulai pada hari pertama siklus menstruasi, hari Minggu pertama setelah awal siklus, atau pada hari apa pun dari

siklus. Jika dimulai lebih dari 5 hari setelah hari pertama siklus, metode cadangan harus digunakan selama 7 hari pertama. Jika satu pil aktif terlewatkan setiap saat, dan tidak ada hubungan seksual dalam 5 hari terakhir, dua pil harus segera diminum dan metode cadangan harus digunakan selama 7 hari. Jika hubungan seksual terjadi dalam 5 hari sebelumnya, kontrasepsi darurat harus ditawarkan, dan pil dimulai kembali pada hari berikutnya. Metode pencadangan harus digunakan selama 5 hari.

2. Keuntungan Kontrasepsi Oral

Manfaat nonkontrasepsi dari kontrasepsi oral termasuk menstruasi yang lebih ringan dan perbaikan gejala dismenore, penurunan risiko kanker ovarium dan endometrium, dan peningkatan jerawat. Kista ovarium fungsional lebih kecil kemungkinannya dengan penggunaan kontrasepsi oral. Frekuensi berkembangnya mioma uteri lebih rendah pada pasien yang menggunakan

kontrasepsi oral selama lebih dari 4 tahun. Ada juga efek menguntungkan pada massa tulang.

3. Pemilihan Kontrasepsi Oral

Salah satu kontrasepsi oral kombinasi yang mengandung 35 mcg atau kurang etinil estradiol atau 3 mg estradiol valerat cocok untuk sebagian besar wanita. Ada beberapa variasi dalam potensi berbagai progestin dalam pil, tetapi pada dasarnya tidak ada perbedaan yang signifikan secara klinis bagi kebanyakan wanita di antara progestin dalam pil dosis rendah. Tidak ada bukti yang cukup bahwa kontrasepsi oral trifasik memberikan manfaat apapun dibandingkan dengan kontrasepsi oral monofasik dalam hal efektivitas, pola perdarahan atau tingkat penghentian. Oleh karena itu, pil monofasik direkomendasikan sebagai pilihan pertama bagi wanita yang memulai penggunaan kontrasepsi oral. Wanita yang memiliki jerawat atau hirsutisme dapat mengambil manfaat dari pengobatan dengan desogestrel,

drospirenone, atau norgestimate, karena mereka adalah yang paling androgenik. Tersedia rejimen kombinasi dengan 84 pil aktif dan 7 pil inert yang menghasilkan hanya empat perdarahan putus obat per tahun. Ada juga rejimen kombinasi yang diminum terus menerus dengan perdarahan putus obat. Pada akhir 1 tahun penggunaan metode ini, 58% wanita mengalami amenore, dan hampir 80% melaporkan tidak ada perdarahan yang memerlukan perlindungan sanitasi. Studi belum menunjukkan risiko yang signifikan dari amenore jangka panjang pada pasien yang memakai kontrasepsi oral terus menerus. Kontrasepsi oral dosis rendah yang biasa digunakan di Amerika Serikat tercantum dalam Tabel 18-2.

Tabel 18-2. Kontrasepsi oral dosis rendah yang sering digunakan			
Nama	Progestin	Estrogen (Ethinyl estradiol)	Biaya per bulan¹
Alesse^{2,3}	0,1mg levonorgestrel	20mg	USD 35,16

Loestrin 1/20²	1mg norethindrone acetate	20mg	USD 28,65
Mircette²	0,15mg desogestrel	20mg	USD 59,36
Yaz²	3mg drospirenone	20mg	USD 70,81
Loestrin 21 1,5/30²	1,5mg norethindrone acetate	30mg	USD 25,83
Low Ogestrel²	0,3mg norgestrel	30mg	USD 30,52
Levora²	0,15mg levonorgestrel	30mg	USD 30,94
Desogen²	0,15mg desogestrel	30mg	USD 39,34
Yasmin²	3mg drospirenone	30mg	USD 76,72
Brevicon²-modicon²	0,5mg norethindrone	35mg	USD 32,20
Demulen 1/35²	1mg ethynodiol diacetate	35mg	USD 29,96
Ortho-Novum 1/35²	1mg norethindrone	35mg	USD 29,40
Ortho-cyclen²	0,25mg norgestimate	35mg	USD 32,20
Gildagua²	0,4mg morethindrone	35mg	USD 44,80
LoSeasonique (siklus 91 hari)²	0,10mg levonorgestrel (hari 1-84)/ 0mg levonorgestrel (hari 85-91)	20mg(84hari)/ 10mcg (7 hari)	USD 88,50
Amethyst (paket 28 hari)	90 mcg levonorgestrel	20mg	USD 59,36
Seasonique (siklus 91 hari)²	0,15mg levonorgestrel (hari 1-84)/ 0mg levonorgestrel (hari 85-91)	30mcg (84hari)/ 10mcg (7 hari)	USD 88,50
Estrotep²	1mg noerthindrone acetate (hari 1-5)	20mg	USD 203,28

	1mg noerthindrone acetate (hari 6-12) 1mg noerthindrone acetate (hari 13-21)	30mg 35mg	
Cyclessa²	0,1mg desogestrel (hari 1-7) 0,125mg desogestrel (hari 8-14) 0,15mg desogestrel (hari 15-21)	25mg	USD 33,60
Ortho-Tri-cyclen Lo	0,18mg norgestimate (hari 1-7) 0,215mg norgestimate (hari 8-14) 0,25mg norgestimate (hari 15-21)	25mg	USD 61,60
Trivora^{2,3}	0,05mg levonorgestrel (hari 1-6) 0,075mg 0,05 levonorgestrel (hari 7-11) 0,125mg 0,05 levonorgestrel (hari 12-21)	30mg 40mg 30mg	USD 27,44
Ortho-Novum 7/7/7^{2,3}	0,5mg norethindrone (hari 1-7) 0,75mg norethindrone (hari 8-14) 1mg norethindrone (hari 15-21)	35mg	USD 32,20

Ortho-tri-Cyclen ^{2,3}	0,18mg norgestimate (hari 1-7) 0,215mg norgestimate (hari 8-14) 0,25mg norgestimate (hari 15-21)	35mg	USD 39,20
Try-Norinyl ^{2,3}	0,5mg norethindrone (hari 1-7) 1mg norethindrone (hari 8-16) 0,5mg norethindrone (hari 17-21)	35mg	USD 39,35
Ortho Micronor ^{2,3}	0,35mg norethindrone dikonsumsi secara kontinyu	Tidak ada	USD 39,60

¹Average wholesale price (AWP, for AB-rated generic when available) for quantity listed

²tersedia ekuivalen generik

³bersedia banyak brand lainnya

4. Interaksi Obat

Beberapa obat berinteraksi dengan kontrasepsi oral untuk

mengurangi kemanjurannya, biasanya dengan menyebabkan induksi enzim mikrosomal di

hati. Beberapa obat yang biasa diresepkan dalam kategori ini adalah fenitoin, fenobarbital (dan barbiturat lainnya), primidon, topiramate, carbamazepine, rifampin, dan St. John's wort. Wanita yang menggunakan obat ini harus menggunakan alat kontrasepsi lain untuk keamanan maksimum.

Obat antiretroviral, khususnya PI yang dikuatkan dengan ritonavir, dapat secara signifikan menurunkan kemanjuran kontrasepsi oral kombinasi. ARV lain, seperti penghambat transkriptase balik nonnukleosida memiliki efek yang lebih kecil pada kemanjuran kontrasepsi oral.

5. Kontraindikasi dan Efek Samping

Kontrasepsi oral telah dikaitkan dengan banyak efek samping; mereka dikontraindikasikan dengan beberapa kondisi dan harus digunakan dengan hati-hati pada kondisi lain (Tabel 18–3)

Tabel 18-3 Kontraindikasi penggunaan kontrasepsi oral

Kontraindikasi absolut

Kehamilan
Tromboflebitis atau gangguan tromboemboli (riwayat terdahulu atau sekarang)
Stroke atau penyakit arteri koroner (dahulu atau sekarang)
Kanker payudara (diketahui atau dicurigai)
Berdarahan abnormal vaginal tidak terdiagnosis
Estrogen-dependent cancer (diketahui atau dicurigai)
Adenoma hepatoseluler (dahulu atau sekarang)
Hipertensi tidak terkontrol
Diabetes mellitus dengan penyakit vaskular
Usia >35 tahun dan merokok >15 batang/hari
Trombofilia
Migrain dengan aura
Hepatitis aktif
Cedera ortopedi atau operasi yang membutuhkan imobilisasi jangka panjang

Kontraindikasi relatif

Migrain tanpa aura
Hipertensi
Penyakit hati atau ginjal
Diabetes mellitus
Penyakit kantung empedu
Kolestasis selama kehamilan
Penyakit sel sabut (tipe S/S atau S/C)
Menyusui

- a. **Infark Miokard** - Risiko serangan jantung lebih tinggi dengan penggunaan oral kontrasepsi, terutama dengan pil yang mengandung 50 mcg estrogen atau lebih. Merokok, obesitas, hipertensi, diabetes mellitus, atau hiperkolesterolemia meningkatkan risiko. Wanita muda yang tidak merokok memiliki peningkatan risiko yang minimal. Perokok di atas usia

35 tahun dan wanita dengan faktor risiko kardiovaskular lainnya harus menggunakan metode kontrasepsi lain yang tidak mengandung estrogen.

- b. **Penyakit Tromboemboli** -Tingkat peningkatan tromboemboli vena adalah ditemukan pada pengguna kontrasepsi oral, terutama jika dosis estrogen adalah 50 mcg atau lebih. Sementara risiko keseluruhan sangat rendah (5-6 per 100.000 wanita-tahun dibandingkan dengan 50-300 per 100.000 kehamilan), beberapa penelitian telah melaporkan peningkatan risiko dua kali lipat pada wanita yang menggunakan kontrasepsi oral yang mengandung progestin, gestoden (tidak tersedia di Amerika Serikat), drospirenone, atau desogestrel, dibandingkan dengan wanita yang menggunakan kontrasepsi oral dengan levonorgestrel dan norethindrone. Wanita yang mengalami

tromboflebitis harus berhenti menggunakan metode ini, begitu pula mereka yang berisiko tinggi mengalami tromboflebitis terkait dengan pembedahan, fraktur, cedera serius, kondisi hiperkoagulasi, atau imobilisasi. Wanita dengan trombofilia yang diketahui tidak boleh menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen.

- c. **Penyakit Serebrovaskular** -Secara keseluruhan, sedikit peningkatan risiko stroke hemoragik dan perdarahan subarachnoid dan peningkatan risiko stroke trombotik yang agak lebih besar telah ditemukan; merokok, hipertensi, dan usia di atas 35 tahun dikaitkan dengan peningkatan risiko. Wanita harus berhenti menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen jika gejala peringatan seperti sakit kepala parah, penglihatan kabur atau hilang, atau

gangguan neurologis sementara lainnya berkembang.

- d. **Karsinoma** -Tidak ada peningkatan risiko kanker payudara pada wanita berusia 35-64 tahun yang merupakan pengguna atau mantan pengguna kontrasepsi oral. Wanita dengan riwayat keluarga kanker payudara atau wanita yang mulai menggunakan kontrasepsi oral pada usia muda tidak berisiko lebih tinggi. Kontrasepsi oral kombinasi mengurangi risiko karsinoma endometrium sebesar 40% setelah 2 tahun penggunaan dan 60% setelah 4 tahun atau lebih penggunaan. Risiko kanker ovarium berkurang 30% dengan penggunaan pil kurang dari 4 tahun, 60% dengan penggunaan pil selama 5-11 tahun, dan 80% dengan penggunaan selama 12 tahun atau lebih. Kontrasepsi oral telah dikaitkan dengan perkembangan adenoma hepatoseluler jinak dan peliosis hepatis (rongga berisi darah) (tetapi bukan

hiperplasia nodular fokal atau karsinoma hepatoseluler); adenoma hepatoseluler jarang menyebabkan ruptur hati, perdarahan, dan kematian. Risiko adenoma hepatoseluler meningkat dengan dosis yang lebih tinggi, durasi penggunaan yang lebih lama, dan usia yang lebih tua.

- e. **Hipertensi** -Kontrasepsi oral dapat menyebabkan hipertensi pada beberapa wanita; risiko meningkat dengan durasi penggunaan yang lebih lama dan usia yang lebih tua. Wanita yang mengalami hipertensi saat menggunakan kontrasepsi oral harus menggunakan metode kontrasepsi lain yang tidak mengandung estrogen. Namun, dengan pemantauan tekanan darah secara teratur, wanita yang tidak merokok dengan hipertensi ringan yang terkontrol dengan baik dapat menggunakan kontrasepsi oral.
- f. **Nyeri Kepala** -Migrain atau sakit kepala vaskular lainnya dapat terjadi atau

memburuk dengan penggunaan pil. Jika sakit kepala parah atau sering berkembang saat menggunakan metode ini, itu harus dihentikan. Wanita dengan sakit kepala migrain dengan aura sebaiknya tidak menggunakan kontrasepsi oral.

- g. **Laktasi** -Kontrasepsi oral kombinasi dapat mengganggu kuantitas dan kualitas ASI. Meskipun lebih baik menghindari penggunaan kontrasepsi oral kombinasi selama menyusui, efeknya pada kualitas ASI kecil dan tidak terkait dengan kelainan perkembangan pada bayi. Kontrasepsi oral kombinasi harus dimulai tidak lebih awal dari 6 minggu pascapersalinan untuk memungkinkan pembentukan laktasi. Pil progestin saja, implan levonorgestrel, dan DMPA adalah alternatif tanpa efek buruk pada kualitas susu.
- h. **Kelainan Lain** -Depresi dapat terjadi atau diperburuk dengan penggunaan kontrasepsi oral. Retensi cairan dapat

terjadi. Pasien yang menderita penyakit kuning kolestatik selama kehamilan dapat mengembangkannya saat mengambil pil KB.

- i. **Obesitas** -Wanita obesitas dan kelebihan berat badan umumnya dikeluarkan dari uji coba kontrasepsi oral sampai saat ini. Obesitas merupakan faktor risiko independen untuk komplikasi tromboemboli. Namun, penting bahwa wanita gemuk tidak menolak kontrasepsi yang efektif sebagai akibat dari kekhawatiran tentang komplikasi atau kemanjuran kontrasepsi oral. Bukti saat ini menunjukkan bahwa kemanjuran serupa untuk berat badan normal serta untuk wanita kelebihan berat badan dan obesitas.
- j. **Efek Samping minor**

Mual dan pusing dapat terjadi dalam beberapa bulan pertamadari penggunaan pil. Bercak atau pendarahan terobosan di antara periode menstruasi dapat terjadi, terutama jika pil dilewatkan atau diminum terlambat;

ini dapat dibantu dengan beralih ke pil dengan potensi yang sedikit lebih besar. Periode menstruasi yang terlewat dapat terjadi, terutama dengan pil dosis rendah. Tes kehamilan harus dilakukan jika pil telah dilewati atau jika dua atau lebih periode menstruasi yang diharapkan terlewatkan. Kelelahan dan penurunan libido bisa terjadi. Kloasma dapat terjadi, seperti pada kehamilan, dan meningkat dengan paparan sinar matahari.

B. Minipil Progestin

- 1. Metode dan Efikasi** -Formulasi yang mengandung 0,35 mg norethindrone saja tersedia di Amerika Serikat. Kemanjurannya mirip dengan kontrasepsi oral kombinasi tetapi sangat tergantung pada penggunaan yang konsisten (misalnya, minum pil dalam jangka waktu 3 jam yang sama setiap hari). Minipill diyakini dapat mencegah pembuahan dengan menyebabkan penebalan lendir serviks untuk membuatnya tidak bersahabat dengan sperma, dengan menyebabkan perubahan transportasi ovum (yang dapat menjelaskan

tingkat kehamilan ektopik yang sedikit lebih tinggi dengan pil ini), dan dengan menyebabkan penghambatan implantasi. . Ovulasi dihambat secara tidak konsisten dengan metode ini. Minipill dimulai pada hari pertama siklus menstruasi dan kemudian diminum terus menerus selama kontrasepsi diinginkan; tidak ada "minggu plasebo."

2. **Keuntungan** -Dosis rendah progestin dan tidak adanya estrogen membuat minipill aman selama menyusui; dapat meningkatkan aliran ASI. Ini sering dicoba oleh wanita yang menginginkan dosis hormon minimal dan oleh pasien yang berusia di atas 35 tahun. Minipill tidak memiliki efek samping kardiovaskular dari pil kombinasi. Ini dapat digunakan dengan aman oleh wanita dengan penyakit sel sabit (S/S atau S/C).
3. **Komplikasi dan Kontraindikasi** -Pengguna pil mini sering mengalami ketidakteraturan perdarahan (misalnya, aliran berkepanjangan, bercak, atau amenore); pasien tersebut

mungkin memerlukan tes kehamilan rutin jika ada kekhawatiran tentang efektivitas kontrasepsi. Banyak dari kontraindikasi absolut dan kontraindikasi relatif yang tercantum dalam Tabel 18-3 berlaku untuk minipill; namun, manfaat kontrasepsi dari minipill mungkin lebih besar daripada risikonya bagi pasien yang merokok, yang berusia di atas 35 tahun, atau yang memiliki kondisi seperti trombosis vena superfisial atau dalam atau gangguan tromboemboli yang diketahui atau diabetes mellitus dengan penyakit vaskular. Efek samping kecil dari kontrasepsi oral kombinasi seperti sakit kepala ringan juga dapat terjadi dengan pil mini.

- Brown EJ et al. Contraception update: oral contraception. *FP Essent.* 2017 Nov;462:11–9. [PMID: 29172411]
- Serfaty D. Update on contraceptive contraindications. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019 May;48(5):297–307. [PMID: 30796985]
- Tepper NK et al. Update to CDC’s U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016: revised recommendations for the use of hormonal

contraception among women at high risk for HIV infection. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017 Sep 22;66(37):990–4. [PMID: 28934178]

2. Implan dan Kontrasepsi Suntik

DMPA progestin suntik disetujui untuk penggunaan kontrasepsi di Amerika Serikat. Ada pengalaman luas di seluruh dunia dengan metode ini selama 3 dekade terakhir. Obat diberikan sebagai injeksi intramuskular dalam 150 mg setiap 3 bulan dan memiliki kemanjuran kontrasepsi 99,7%. Efek samping yang umum termasuk perdarahan tidak teratur, amenore, penambahan berat badan, dan sakit kepala. Hal ini terkait dengan kehilangan mineral tulang yang reversibel setelah penghentian metode. Pengguna biasanya mengalami perdarahan tidak teratur pada awalnya dan kemudian berkembang menjadi amenore. Ovulasi mungkin tertunda setelah penghentiannya. Kontraindikasi serupa dengan minipill.

Batang tunggal, implan progestin subdermal, etonogestrel subdermal (Nexplanon), disetujui untuk

digunakan di Amerika Serikat. Nexplanon adalah batang berukuran 40 mm kali 2 mm yang mengandung 68 mg etonogestrel progestin yang dimasukkan ke dalam aspek dalam lengan yang tidak dominan. Itu tetap efektif selama 3 tahun. Tingkat hormon turun dengan cepat setelah pengangkatan, dan tidak ada penundaan dalam kembalinya kesuburan. Dalam uji klinis, tingkat kehamilan adalah 0,0% dengan penggunaan 3 tahun. Profil efek sampingnya mirip dengan minipill dan DMPA. Pendarahan tidak teratur telah menjadi alasan paling umum untuk penghentian.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 186: Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2017 Nov;130(5):e251–69. [PMID: 29064972]

American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 206: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. 2019 Feb;133(2):e128–150. Erratum in: *Obstet Gynecol.* 2019 Jun;133(6):1288. [PMID: 30681544]

Deshmukh P et al. Contraception update: progestin-only implants and injections. *FP Essent.* 2017 Nov;462:25–9. [PMID: 29172413]

- Dianat S et al. Side effects and health benefits of depot medroxyprogesterone acetate: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2019 Feb;133(2):332–41. [PMID: 30633132]
- Espey E et al. Barriers and solutions to improve adolescent intrauterine device access. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2019 Sep;32(5S):S7–13. [PMID: 31585618]
- Horvath S et al. From uptake to access: a decade of learning from ACOG LARC program. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Apr;222(4S):S866–8. [PMID: 31794720]
- Hubacher D et al. Long-acting reversible contraceptive acceptability and unintended pregnancy among women presenting for short-acting methods: a randomized patient preference trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 Feb;216(2):101–9. [PMID: 27662799]
- Sothornwit J et al. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Apr 22;4:CD011913. [PMID: 28432791]

3. Kontrasepsi *Complex Delivery System*

Patch kontrasepsi transdermal yang mengandung norelgestromin (150 mcg) dan etinil estradiol (20 mcg) dan berukuran 20 cm² tersedia. Patch diterapkan ke perut bagian bawah, tubuh bagian atas, atau pantat seminggu sekali selama 3 minggu berturut-turut, diikuti 1 minggu tanpa patch.

Tampaknya konsentrasi rata-rata etinil estradiol dengan patch sekitar 60% lebih tinggi dibandingkan dengan pil 35 mcg. Namun, saat ini tidak ada bukti untuk peningkatan insiden efek samping terkait estrogen. Mekanisme aksi, efek samping, dan kemanjuran serupa dengan yang terkait dengan kontrasepsi oral, meskipun kepatuhan mungkin lebih baik. Namun, penghentian karena efek samping lebih sering terjadi.

Cincin vagina kontrasepsi yang melepaskan 120 mcg etonogestrel dan 15 mcg etinil estradiol setiap hari (cincin Nuva). Cincin itu lembut dan fleksibel dan ditempatkan di vagina bagian atas selama 3 minggu, dilepas, dan diganti 1 minggu kemudian, atau dapat dilepas dan diganti setelah 4 minggu untuk siklus berkelanjutan, mirip dengan kontrasepsi oral. Kemanjuran, mekanisme kerja, dan efek samping sistemik serupa dengan yang terkait dengan kontrasepsi oral. Pengguna cincin mungkin mengalami peningkatan insiden keputihan.

4. *Intrauterine Device (IUD)*

Di Amerika Serikat, IUD berikut tersedia: IUD levonorgestrelreleasing Mirena, Liletta, Kyleena, dan Skyla dan TCU380A (Paragard) bantalan tembaga. Mekanisme kerja AKDR tembaga diduga melibatkan efek spermisida atau penghambatan pada kapasitas dan transportasi sperma. IUD yang mengandung levonorgestrel juga menyebabkan penebalan lendir serviks, mencegah penebalan endometrium, dan dapat menghambat ovulasi. IUD bukanlah abortifacient.

Skyla disetujui FDA selama 3 tahun, Mirena, Liletta, dan Kyleena selama 5 tahun, dan TCU380A selama 10 tahun. IUD yang mengandung hormon memiliki keuntungan mengurangi kram dan aliran menstruasi.

IUD adalah metode kontrasepsi yang sangat baik bagi kebanyakan wanita. Perangkat ini sangat efektif, dengan tingkat kegagalan yang serupa dengan yang dicapai dengan sterilisasi bedah. Nulliparity bukan merupakan kontraindikasi untuk penggunaan IUD. Remaja juga merupakan kandidat untuk penggunaan IUD. Wanita yang tidak dalam

hubungan monogami harus menggunakan kondom untuk perlindungan dari penyakit menular seksual. IUD yang mengandung Levonorgestrel mungkin memiliki efek perlindungan terhadap infeksi saluran atas yang serupa dengan kontrasepsi oral.

A. Inseri

Penyisipan dapat dilakukan selama atau setelah menstruasi, pada pertengahan siklus untuk mencegah implantasi, atau setelah siklus jika pasien belum hamil. Ada semakin banyak bukti yang menunjukkan bahwa IUD dapat dipasang dengan aman pada periode pasca-abortus dan pascapersalinan segera.

Kedua jenis IUD (pelepas levonorgestrel dan bantalan tembaga) dapat dipasang hingga 48 jam setelah persalinan pervaginam, atau sebelum penutupan rahim pada saat operasi caesar. Pemasangan segera setelah aborsi dapat diterima jika tidak ada sepsis dan jika pemasangan lanjutan sebulan kemudian tidak dapat dilakukan; jika tidak, adalah bijaksana untuk menunggu sampai 4 minggu pasca-aborsi. NSAID yang diberikan sebagai premedikasi dapat membantu inseri pada pasien

nulipara atau ketika insersi tidak dilakukan selama menstruasi.

B. Kontraindikasi dan Komplikasi

Kontraindikasi penggunaan IUD diuraikan dalam Tabel 18-4.

Tabel 18-4 Kontraindikasi penggunaan IUD

Kontraindikasi absolut

- Kehamilan
- Penyakit radang panggul atau servisisis purelen akut atau subakut
- Kelainan anatomi uterus signifikan
- Berdarahan uterus tidak dapat dijelaskan
- Penyakit hepar aktif (hanya Mirena)

Kontraindikasi relatif

- Riwayat penyakit radang panggul sejak kehamilan terakhir
- Tidak tersedia layanan pemeliharaan (follow-up)
- Dismenorhea berat atau menorrhagia
- Neoplasma uterus atau servikal

- 1. Kehamilan -IUD** yang mengandung tembaga dapat dipasang dalam waktu 5 hari setelah satu episode koitus pertengahan siklus tanpa kondom sebagai kontrasepsi pascakoitus. IUD tidak boleh dimasukkan ke dalam rahim hamil. Jika kehamilan terjadi sebagai kegagalan IUD, ada kemungkinan aborsi spontan lebih besar jika IUD dibiarkan in situ (50%) daripada jika dilepas (25%). Aborsi spontan dengan IUD di tempat dikaitkan dengan risiko tinggi sepsis berat, dan kematian dapat terjadi dengan cepat.

Wanita yang menggunakan IUD yang hamil harus melepas IUD jika talinya terlihat. Itu dapat dihapus pada saat aborsi jika diinginkan. Jika tali tidak terlihat dan pasien ingin melanjutkan kehamilan, dia harus diberitahu tentang risiko serius sepsis dan, kadang-kadang, kematian dengan kehamilan tersebut. Dia harus diberitahu bahwa gejala seperti flu seperti demam, mialgia, sakit kepala, atau mual memerlukan perhatian medis segera untuk kemungkinan aborsi septik.

Karena risiko kehamilan ektopik meningkat pada pengguna IUD yang hamil dengan IUD in situ, dokter harus mencari massa adneksa pada awal kehamilan dan harus selalu memeriksa produk konsepsi untuk jaringan plasenta setelah aborsi.

2. Infeksi Panggul -Ada peningkatan risiko infeksi panggul selama bulan pertama setelah pemasangan; namun, antibiotik profilaksis yang diberikan pada saat pemasangan tampaknya tidak mengurangi risiko ini. Risiko berikutnya dari infeksi panggul tampaknya

terutama terkait dengan risiko tertular infeksi menular seksual. Tingkat infertilitas tampaknya tidak meningkat di antara wanita yang sebelumnya telah menggunakan IUD yang tersedia saat ini. Pada saat pemasangan, wanita dengan peningkatan risiko penyakit menular seksual harus diskriminasi untuk gonore dan klamidia. Wanita dengan riwayat infeksi panggul baru-baru ini atau berulang bukanlah kandidat yang baik untuk pemasangan AKDR.

- 3. Perdarahan menstruasi besar atau dismenore berat** -IUD tembaga dapat menyebabkan periode menstruasi yang lebih berat, perdarahan di antara periode, dan lebih banyak kram, sehingga umumnya tidak cocok untuk wanita yang sudah menderita masalah ini. Sebagai alternatif, IUD Mirena yang melepaskan hormon telah disetujui oleh FDA untuk mengobati perdarahan menstruasi yang berat. NSAID juga membantu dalam mengurangi perdarahan dan nyeri pada pengguna IUD.

- 4. Ekspulsi total atau Sebagian** -Pengusiran spontan AKDR terjadi pada 10% wanita selama tahun pertama penggunaan. IUD apa pun harus dilepas jika tubuh perangkat dapat dilihat atau dirasakan di os serviks.
- 5. Benang IUD Hilang** -Jika ekor transservikal tidak dapat dilihat, ini mungkin menandakan pengusiran tanpa disadari, perforasi rahim dengan migrasi perut AKDR, atau hanya retraksi tali ke dalam saluran serviks atau rahim karena gerakan AKDR atau pertumbuhan rahim dengan kehamilan. Setelah kehamilan disingkirkan, spekulum serviks dapat digunakan untuk memvisualisasikan tali AKDR di saluran serviks. Jika tidak divisualisasikan, seseorang harus memeriksa IUD dengan suara steril atau forseps yang dirancang untuk melepas IUD. Jika IUD tidak dapat dideteksi, USG panggul akan menunjukkan IUD jika berada di dalam rahim. Sebagai alternatif, dapatkan radiografi anteroposterior dan lateral panggul dengan

IUD lain atau suara di dalam rahim sebagai penanda untuk mengkonfirmasi IUD ektrauterin. Jika IUD berada di rongga perut, biasanya harus dikeluarkan dengan laparoskopi atau laparotomi. Perforasi rahim lebih kecil kemungkinannya jika penyisipan dilakukan secara perlahan, dengan hati-hati mengikuti petunjuk yang berlaku untuk setiap jenis IUD.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 186: Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2017 Nov;130(5):e251–69. [PMID: 29064972]

Moniz MH et al. Inpatient postpartum long-acting reversible contraception and sterilization in the United States, 2008–2013. *Obstet Gynecol.* 2017 Jun;129(6):1078–85. [PMID: 28486357]

5. Diafragma dan *Cervical Cap*

Diafragma (dengan jeli kontrasepsi) adalah metode kontrasepsi yang aman dan efektif dengan fitur-fitur yang membuatnya dapat diterima oleh beberapa wanita dan bukan yang lain. Tingkat kegagalan

berkisar dari 6% hingga 16%, tergantung pada motivasi wanita dan perawatan diafragma yang digunakan. Keuntungan dari metode ini adalah tidak memiliki efek samping sistemik dan memberikan perlindungan yang signifikan terhadap infeksi panggul dan displasia serviks serta kehamilan. Kerugiannya adalah bahwa itu harus dimasukkan dekat waktu koitus dan bahwa tekanan dari tepi mempengaruhi beberapa wanita untuk sistitis setelah hubungan seksual.

Tutup serviks (dengan jeli kontrasepsi) mirip dengan diafragma tetapi hanya pas di atas serviks (diafragma membentang dari belakang serviks ke belakang simfisis pubis). Tutup serviks lebih sulit untuk dimasukkan dan dikeluarkan daripada diafragma. Keuntungan utamanya adalah dapat digunakan oleh wanita yang tidak dapat dipasang diafragma karena dinding vagina anterior yang rileks atau oleh wanita yang merasa tidak nyaman dengan atau yang mengalami infeksi kandung kemih berulang dengan diafragma. Namun, tingkat kegagalan adalah 9% (penggunaan sempurna) dan

16% (penggunaan tipikal) pada wanita nulipara dan 26% (penggunaan sempurna) dan 32% (penggunaan tipikal) pada wanita parous.

Karena risiko kecil sindrom syok toksik, tutup serviks atau diafragma tidak boleh dibiarkan di dalam vagina selama lebih dari 12-18 jam, dan perangkat ini juga tidak boleh digunakan selama periode menstruasi.

6. Busa, Krim, Film, Sponge, Jeli dan Supositoria kontrasepsi

Produk ini tersedia tanpa resep, mudah digunakan, dan memiliki tingkat kegagalan 10-22%. Semua mengandung spermisida nonoxynol-9, yang juga memiliki beberapa aktivitas virisidal dan bakterisida. Nonoxynol-9 tampaknya tidak mempengaruhi kolonisasi laktobasilus penghasil hidrogen peroksida di vagina. FDA mewajibkan produk yang mengandung nonoxynol-9 untuk menyertakan peringatan bahwa produk tersebut tidak melindungi terhadap HIV atau penyakit menular seksual lainnya dan bahwa penggunaan produk ini dapat mengiritasi vagina dan rektum dan dapat meningkatkan risiko

penularan HIV dari pasangan yang terinfeksi. Wanita berisiko rendah yang menggunakan produk nonoxynol-9, dengan aktivitas koitus dua hingga tiga kali per minggu, tidak berisiko lebih tinggi mengalami gangguan epitel, dibandingkan dengan pasangan yang menggunakan kondom saja.

7. Kondom

Kondom pria dari lateks, poliuretan atau membran hewan memberikan perlindungan terhadap kehamilan—setara dengan diafragma dan jeli spermisida; kondom lateks dan poliuretan (tetapi bukan membran hewan) juga menawarkan perlindungan terhadap banyak penyakit menular seksual, termasuk HIV. Ketika spermisida, seperti busa vagina, digunakan dengan kondom, tingkat kegagalan penggunaan sempurna adalah sekitar 2% dan penggunaan tipikal 15%. Kerugian dari kondom adalah penumpukan sensasi dan tumpahan air mani karena robek, tergelincir, atau bocor dengan detumescence penis.

Dua kondom wanita, satu terbuat dari poliuretan dan lainnya dari nitril sintetis, tersedia di

Amerika Serikat. Tingkat kegagalan yang dilaporkan berkisar dari 5% hingga 21%; khasiatnya sebanding dengan diafragma. Ini adalah satu-satunya metode yang dikendalikan wanita yang menawarkan perlindungan signifikan terhadap kehamilan dan penyakit menular seksual.

8. Kontrasepsi Kalender

Metode ini paling efektif ketika pasangan membatasi hubungan seksual pada fase pasca-ovular dari siklus atau menggunakan metode penghalang di lain waktu. Pasangan yang terdidik dengan baik dan termotivasi mungkin dapat mencapai tingkat kehamilan yang rendah dengan metode kesadaran kesuburan. Namun, uji klinis acak yang dilakukan dengan benar yang membandingkan kemanjuran sebagian besar metode ini dengan metode kontrasepsi lain tidak ada.

9. Kontrasepsi Darurat

Jika hubungan seksual tanpa pelindung terjadi pada pertengahan siklus dan jika wanita tersebut yakin dia tidak hamil secara tidak sengaja pada awal siklus, rejimen berikut efektif dalam mencegah implantasi. Metode ini harus dimulai sesegera mungkin dan

dalam waktu 120 jam setelah koitus tanpa pelindung:

(1) Levonorgestrel, 1,5 mg oral sebagai dosis tunggal (tersedia di Amerika Serikat dalam kemasan Plan B dan tersedia over-the-counter (OTC) untuk wanita berusia 17 tahun ke atas), memiliki tingkat kegagalan 1-2% bila diambil dalam waktu 72 jam. Ini tetap berkhasiat hingga 120 jam setelah hubungan seksual, meskipun kurang begitu dibandingkan dengan penggunaan sebelumnya. (2) Jika rejimen levonorgestrel tidak tersedia, kombinasi kontrasepsi oral yang mengandung etinil estradiol dan levonorgestrel yang diberikan dua kali dalam 12 jam dapat digunakan. Setidaknya 20 merek pil dapat digunakan dengan cara ini. Untuk dosis dan instruksi spesifik untuk setiap merek pil, lihat "not-2-late" di <http://ec.princeton.edu/>. Digunakan dalam waktu 72 jam, tingkat kegagalan rejimen ini adalah sekitar 3%, tetapi obat antimual sering diperlukan. (3) Ulipristal asetat, 30 mg secara oral sebagai dosis tunggal, telah terbukti lebih efektif daripada levonorgestrel, terutama bila digunakan antara 72 dan 120 jam, terutama pada wanita yang kelebihan berat badan. Ini

tersedia dengan resep di Amerika Serikat dan Eropa Barat. (4) Pemasangan AKDR tembaga dalam waktu 5 hari setelah satu episode koitus pertengahan siklus tanpa pelindung juga akan mencegah kehamilan. Penggunaan IUD tembaga untuk kontrasepsi darurat adalah metode yang paling efektif yang tersedia, dengan tingkat kehamilan siklus pertama 0,1%. Semua korban kekerasan seksual harus ditawarkan kontrasepsi darurat.

Informasi tentang klinik atau dokter individu yang menyediakan kontrasepsi darurat di Amerika Serikat dapat diperoleh dengan menelepon 1-888-668-2528.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 707: Access to emergency contraception. *Obstet Gynecol.* 2017 Jul;130(1):e48–52. [PMID: 28644339]

Goldstuck ND et al. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception and beyond: a systemic review update. *Int J Womens Health.* 2019 Aug 21;11:471–9. [PMID: 31686919]

Shen J et al. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Jan 20;1:CD001324. [PMID: 30661244]

10. Aborsi

Sejak legalisasi aborsi di Amerika Serikat pada tahun 1973, angka kematian ibu terkait telah turun tajam, karena aborsi ilegal dan aborsi yang dilakukan sendiri telah digantikan oleh prosedur medis yang lebih aman. Aborsi pada trimester pertama kehamilan dilakukan dengan aspirasi vakum di bawah anestesi lokal atau dengan rejimen medis. Dilatasi dan evakuasi, variasi aspirasi vakum umumnya digunakan pada trimester kedua. Teknik yang memanfaatkan pemberian larutan salin hipertonic intra-amniotik atau berbagai regimen prostaglandin, bersama dengan dilator medis atau osmotik kadang-kadang digunakan setelah 18 minggu. Beberapa rejimen aborsi medis menggunakan mifepristone dan beberapa dosis misoprostol telah dilaporkan efektif pada trimester kedua. Secara keseluruhan, aborsi legal di Amerika Serikat memiliki tingkat kematian kurang dari 1:100.000. Tingkat morbiditas dan mortalitas meningkat seiring dengan lamanya kehamilan. Di Amerika Serikat, lebih dari 60% aborsi

dilakukan sebelum 9 minggu, dan lebih dari 90% dilakukan sebelum usia kehamilan 13 minggu; hanya 1,2% yang dilakukan setelah 20 minggu. Jika aborsi dipilih, setiap upaya harus dilakukan untuk mendorong pasien mencari prosedur awal. Di Amerika Serikat, sementara banyak undang-undang negara bagian yang membatasi akses ke aborsi dan undang-undang federal yang melarang variasi pelebaran dan evakuasi yang jarang digunakan telah diberlakukan, aborsi tetap legal dan tersedia sampai kelangsungan hidup janin (definisi bervariasi menurut negara bagian), di bawah Roe v. Wade

Komplikasi akibat aborsi termasuk sisa hasil konsepsi (sering dikaitkan dengan infeksi dan perdarahan hebat), perforasi uterus, dan kehamilan ektopik yang tidak diketahui. Analisis segera dari jaringan yang diambil untuk plasenta dapat menyingkirkan atau menguatkan diagnosis kehamilan ektopik. Wanita yang mengalami demam, pendarahan, atau sakit perut setelah aborsi harus diperiksa; penggunaan antibiotik spektrum luas dan reaspirasi uterus sering diperlukan. Rawat inap

dianjurkan jika endometritis pasca aborsi memerlukan pemberian antibiotik intravena. Komplikasi setelah aborsi ilegal sering membutuhkan perawatan darurat untuk perdarahan, syok septik, atau perforasi uterus.

Antibiotik profilaksis diindikasikan untuk aborsi bedah; misalnya, rejimen satu dosis doksisisiklin, 200 mg per oral, dapat diberikan 1 jam sebelum prosedur. Banyak klinik meresepkan tetrasiklin, 500 mg per oral empat kali sehari selama 5 hari setelah prosedur, sebagai pengobatan dugaan untuk Chlamydia. Immunoglobulin Rh harus diberikan kepada semua wanita Rh-negatif setelah aborsi. Kontrasepsi harus didiskusikan secara menyeluruh, dan persediaan atau pil kontrasepsi disediakan pada saat aborsi. Ada bukti yang berkembang untuk mendukung keamanan dan kemanjuran pemasangan AKDR segera setelah aborsi.

Mifepristone (RU 486) disetujui oleh FDA sebagai obat aborsi oral dengan dosis 600 mg pada hari pertama, diikuti dengan 400 mcg misoprostol secara oral pada hari ke-3. Kombinasi ini 95%

berhasil dalam mengakhiri kehamilan hingga durasi 9 minggu. dengan sedikit komplikasi. Regimen berbasis bukti yang lebih umum digunakan adalah mifepristone, 200 mg per oral pada hari pertama, diikuti dengan misoprostol, 800 mcg pervaginam baik segera atau dalam 6-8 jam. Meskipun tidak disetujui oleh FDA untuk indikasi ini, kombinasi metotreksat intramuskular, 50 mg/m² luas permukaan tubuh, diikuti 3-7 hari kemudian oleh misoprostol vagina, 800 mcg, 98% berhasil dalam mengakhiri kehamilan pada 8 minggu atau kurang. . Efek samping kecil, seperti mual, muntah, dan diare, umum terjadi pada rejimen ini. Terdapat 5-10% insiden perdarahan atau abortus inkomplit yang memerlukan kuretase. Aborsi medis umumnya dianggap aman seperti aborsi bedah pada trimester pertama tetapi dikaitkan dengan tingkat keberhasilan yang lebih rendah (memerlukan aborsi bedah). Secara keseluruhan, risiko infeksi rahim lebih rendah dengan medis dibandingkan dengan aborsi bedah.

- Bizjak I et al. Efficacy and safety of very early medical termination of pregnancy: a cohort study. *BJOG*. 2017 Dec;124(13):1993–9. [PMID: 28856829]
- Mark KS et al. Risk of complication during surgical abortion in obese women. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Feb;218(2):238.e1–5. [PMID: 29074080]

11. Sterilisasi

Di Amerika Serikat, sterilisasi adalah metode pengendalian kelahiran yang paling populer untuk pasangan yang tidak menginginkan anak lagi. Meskipun sterilisasi dapat dibalik dalam beberapa kasus, operasi pembalikan untuk wanita dan pria mahal, rumit, dan tidak selalu berhasil. Oleh karena itu, pasien harus diberi konseling dengan hati-hati sebelum sterilisasi dan harus memandang prosedur ini sebagai tindakan permanen.

Prosedur sterilisasi wanita termasuk bipolar laparoskopi elektrokoagulasi, salpingektomi, atau aplikasi cincin plastik pada tuba uterina, atau minilaparotomi dengan reseksi tuba. Salpingektomi mungkin lebih disukai untuk manfaat tambahan dalam mengurangi risiko kanker ovarium. Keuntungan dari laparoskopi adalah nyeri pasca

operasi yang minimal, sayatan kecil, dan pemulihan yang cepat. Keuntungan dari minilaparotomi adalah dapat dilakukan dengan instrumen bedah standar dengan anestesi lokal atau umum. Namun, ada lebih banyak rasa sakit pasca operasi dan masa pemulihan yang lebih lama. Tingkat kegagalan kumulatif 10 tahun untuk semua metode gabungan adalah 1,85%, bervariasi dari 0,75% untuk salpingektomi pascapartum dan koagulasi unipolar laparoskopik hingga 3,65% untuk klip pegas; fakta ini harus didiskusikan dengan wanita sebelum operasi. Beberapa penelitian telah menemukan peningkatan risiko ketidakteraturan menstruasi sebagai komplikasi jangka panjang dari ligasi tuba, tetapi temuan dalam penelitian yang berbeda tidak konsisten. Sebuah metode sterilisasi trans-serviks, Essure, yang melibatkan penempatan mikrokoil nikel-titanium yang meluas ke dalam tuba uterina proksimal di bawah bimbingan histeroskopi, telah disetujui oleh FDA pada tahun 2002. Tingkat kemanjuran pada 1 tahun dilaporkan sebesar 99,8% dan diperlukan konfirmasi oklusi tuba pada 3 bulan

dengan histerosalpingogram. Mulai 2018, Essure tidak lagi dipasarkan karena kekhawatiran terkait komplikasi dan efek samping yang dilaporkan pengguna.

Sterilisasi pria dengan vasektomi adalah prosedur yang aman dan sederhana di mana vas deferens dipotong dan disegel melalui sayatan skrotum dengan anestesi lokal. Studi tindak lanjut jangka panjang pada pria yang divasektomi tidak menunjukkan risiko penyakit kardiovaskular yang berlebihan. Meskipun kontroversi masa lalu, tidak ada hubungan pasti vasektomi dengan kanker prostat.

Indikasi Rujuk

Rujuk ke dokter berpengalaman untuk pemasangan etonogestrel subdermal (Nexplanon), pemasangan IUD, oklusi atau ligasi tuba, aborsi terapeutik, atau vasektomi.

Antell K et al. Contraception update: sterilization. *FP Essent.* 2017 Nov;462:30–4. [PMID: 29172414]

Bhindi B et al. The association between vasectomy and prostate cancer: a systematic review and meta-analysis.

JAMA Intern Med. 2017 Sep 1;177(9):1273–86. [PMID: 28715534]
Zamorano AS et al. Postpartum salpingectomy: a procedure whose time has come. Am J Obstet Gynecol. 2019 Jan;220(1):8–9. [PMID: 30591122]

DISFUNGSI SEKSUAL PADA WANITA

Pertimbangan Umum

Disfungsi seksual wanita adalah masalah umum. Tergantung pertanyaannya, survei telah menunjukkan bahwa dari 35% hingga 98% wanita melaporkan masalah seksual. Pertanyaan yang berkaitan dengan fungsi seksual harus ditanyakan sebagai bagian dari riwayat medis rutin. Tiga pertanyaan bermanfaat untuk memulai topik adalah "Apakah Anda saat ini terlibat dalam hubungan seksual?," "Dengan pria, wanita, atau keduanya?," dan "Apakah Anda memiliki masalah seksual atau rasa sakit dengan seks?" Jika wanita tersebut tidak terlibat dalam hubungan seksual, dia harus ditanya apakah ada kekhawatiran yang berkontribusi terhadap kurangnya perilaku seksual. Jika riwayat disfungsi seksual diperoleh, riwayat lengkap dari

faktor-faktor yang dapat mempengaruhi fungsi seksual harus diambil. Faktor-faktor ini termasuk riwayat reproduksinya (termasuk kehamilan dan cara melahirkan) serta riwayat infertilitas, infeksi menular seksual, pemerkosaan atau kekerasan seksual, gangguan ginekologi atau urologi, kelainan endokrin (seperti diabetes mellitus atau penyakit tiroid), masalah neurologis, penyakit kardiovaskular, penyakit kejiwaan, dan penggunaan obat resep dan over-the-counter saat ini. Sebuah riwayat rinci dari disfungsi seksual spesifik harus diperoleh, dan pemeriksaan ginekologi harus fokus pada temuan yang dapat berkontribusi pada keluhan seksual.

Etiologi

A. Gangguan Hasrat Seksual

Hasrat seksual pada wanita adalah fenomena yang kompleks dan kurang dipahami. Emosi adalah faktor kunci. Konflik hubungan, ketakutan atau kecemasan terkait dengan hubungan seksual sebelumnya, atau riwayat pelecehan atau kekerasan seksual dapat berkontribusi pada kurangnya keinginan. Faktor fisik seperti penyakit kronis, kelelahan, depresi, dan

gangguan medis tertentu (seperti diabetes mellitus, penyakit tiroid, atau insufisiensi adrenal) juga dapat berkontribusi. Menopause dan sikap terhadap penuaan mungkin memainkan peran. Selain itu, hasrat seksual dapat dipengaruhi oleh disfungsi seksual lainnya, seperti gangguan gairah, dispareunia, atau anorgasmia.

B. Gangguan Rangsangan Seksual

Gangguan gairah seksual dapat bersifat subjektif dan objektif. Rangsangan seksual biasanya menyebabkan vasokongesti dan lubrikasi genital. Beberapa wanita mungkin memiliki respons fisiologis terhadap rangsangan seksual tetapi mungkin tidak secara subjektif merasa terangsang karena faktor-faktor seperti gangguan; harapan negatif; kegelisahan; kelelahan; depresi; atau obat-obatan, seperti SSRI atau kontrasepsi oral. Wanita lain dengan atrofi vagina mungkin tidak memiliki respons subjektif dan fisiologis terhadap rangsangan seksual.

C. Gangguan Orgasme

Terlepas dari gairah subjektif dan fisiologis, wanita mungkin mengalami penundaan yang nyata dalam

orgasme, berkurangnya sensasi orgasme, atau anorgasme. Etiologi gangguan orgasme kompleks dan biasanya multifaktorial, tetapi penyebab gangguan orgasme pasien tertentu biasanya dapat diobati.

D. Gangguan Nyeri Seksual

Dispareunia dan vaginismus adalah dua subkategori gangguan nyeri seksual.

Dispareunia didefinisikan sebagai nyeri genital berulang atau persisten yang berhubungan dengan hubungan seksual yang tidak semata-mata disebabkan oleh kurangnya pelumasan atau oleh vaginismus dan yang menyebabkan penderitaan yang nyata atau kesulitan interpersonal.

Vulvodinia merupakan penyebab paling sering dispareunia pada wanita premenopause. Hal ini ditandai dengan sensasi terbakar bersama dengan gejala lain, termasuk nyeri, gatal, perih, iritasi, dan rasa kasar. Ketidaknyamanan dapat dialami sebagai konstan atau intermiten, fokal atau difus, dan dalam atau dangkal. Umumnya tidak ada temuan fisik kecuali eritema minimal yang mungkin terkait pada

subset pasien dengan vulvodinia, yaitu mereka dengan vestibulitis vulva. Vestibulitis vulva biasanya asimtomatik tetapi nyeri dapat berhubungan dengan sentuhan atau tekanan pada vestibulum, seperti saat jari pemeriksa masuk ke vagina atau bahkan dengan penyisipan tampon. Nyeri yang terjadi dengan dorongan yang dalam selama koitus biasanya disebabkan oleh infeksi akut atau kronis pada serviks, uterus, atau adneksa; endometriosis; tumor adneksa; atau perlengketan akibat penyakit atau operasi panggul sebelumnya.

Vaginismus didefinisikan sebagai kejang otot-otot sepertiga bagian luar vagina yang berulang atau menetap yang mengganggu hubungan seksual, akibat dari ketakutan, rasa sakit, kekerasan seksual, atau sikap negatif terhadap seks, yang sering dipelajari pada masa kanak-kanak, dan menyebabkan penderitaan yang nyata atau kesulitan antarpribadi. Penyebab medis lain dari nyeri seksual mungkin termasuk vulvovaginitis; penyakit vulva, termasuk lichen planus, lichen sclerosus, dan lichen simpleks

kronikus; penyakit panggul, seperti endometriosis atau PID kronis; atau atrofi vagina.

Tatalaksana

A. Gangguan Hasrat Seksual

Dengan tidak adanya gangguan medis tertentu, gangguan gairah atau orgasme atau dispareunia, fokus terapi adalah psikologis. Terapi perilaku kognitif, terapi seksual, dan terapi pasangan semua mungkin memainkan peran. Keberhasilan dengan terapi farmakologis, khususnya penggunaan agonis dopamin atau testosteron dengan estrogen, telah dilaporkan, tetapi data dari uji klinis jangka panjang yang besar masih kurang.

B. Gangguan Rangsangan Seksual

Seperti halnya gangguan hasrat seksual, gangguan gairah dapat merespon terapi psikologis. Inhibitor fosfodiesterase yang digunakan pada pria tampaknya tidak menguntungkan sebagian besar wanita dengan gangguan gairah seksual. Namun, ada beberapa bukti yang menunjukkan peran sildenafil pada wanita

dengan disfungsi seksual karena multiple sclerosis, diabetes mellitus tipe 1, cedera tulang belakang, dan obat antidepresan jika pendekatan mapan lainnya gagal.

Flibanserin (Addyi), antidepresan, disetujui oleh FDA pada Agustus 2015 sebagai pengobatan yang efektif untuk gangguan hasrat seksual hipoaktif pada wanita pramenopause; namun, harus digunakan dalam jangka panjang agar efektif dan memiliki risiko signifikan yang memerlukan sertifikasi khusus dari penyedia dan apotek untuk dispensasi kepada pasien di Amerika Serikat. Sementara obat ini tetap tersedia, itu tidak umum diresepkan.

C. Gangguan Orgasme

Bagi banyak wanita, konseling atau terapi seks mungkin merupakan pengobatan yang memadai. Ada perangkat vakum yang disetujui FDA yang meningkatkan aliran darah klitoris dan dapat meningkatkan kemungkinan orgasme.

D. Gangguan Nyeri Seksual

Gangguan medis tertentu, seperti endometriosis, vulvovaginitis, dermatosis vulva, atau atrofi vagina,

harus ditangani sebagaimana diuraikan di bagian lain bab ini.

Vaginismus dapat diobati awalnya dengan konseling seksual dan pendidikan tentang anatomi dan fungsi seksual. Pasien dapat diinstruksikan dalam pelebaran diri, menggunakan jari yang dilumasi atau dilator dengan ukuran bergradasi. Sebelum koitus (dengan pelumasan yang memadai) dicoba, pasien—dan kemudian pasangannya—harus dapat dengan mudah dan tanpa rasa sakit memasukkan dua jari ke dalam vagina. Penetrasi tidak boleh dipaksakan, dan wanita harus selalu menjadi orang yang mengontrol kedalaman insersi selama pelebaran atau hubungan seksual. Injeksi toksin botulinum telah berhasil digunakan dalam kasus refrakter.

Karena penyebab vulvodinia tidak diketahui, manajemen sulit dilakukan. Beberapa pendekatan pengobatan telah mengalami uji metodologis ketat. Berbagai agen topikal telah dicoba, meskipun hanya anestesi topikal (misalnya, krim estrogen dan campuran campuran amitriptyline topikal 2% dan baclofen 2% dalam basis yang dapat dicuci dengan

air) yang berguna dalam meredakan vulvodynia. Obat oral yang berguna termasuk antidepresan trisiklik, seperti amitriptyline dalam dosis yang ditingkatkan secara bertahap dari 10 mg/hari menjadi 75-100 mg/hari; berbagai SSRI; dan antikonvulsan, seperti gabapentin, mulai dari 300 mg tiga kali sehari dan meningkat menjadi 1200 mg tiga kali sehari. Biofeedback dan terapi fisik, dengan terapis fisik yang berpengalaman dengan pengobatan nyeri vulva, telah terbukti membantu. Pembedahan—biasanya terdiri dari vestibulektomi—berguna bagi wanita dengan dispareunia introital. Lihat juga Bab e6.

Indikasi Rujuk

- Bila gejala atau kekhawatiran tetap ada meskipun terapi lini pertama.
- Untuk keahlian dalam prosedur bedah.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No 706: Sexual health. *Obstet Gynecol.* 2017 Jul;130(1):e42–7. [PMID: 28644338]

- Clayton AH et al. Female sexual dysfunction. *Psychiatr Clin North Am.* 2017 Jun;40(2):267–84. [PMID: 28477652]
- Dawson ML et al. The evaluation and management of female sexual dysfunction. *J Fam Pract.* 2017 Dec;66(12):722–8. [PMID: 29202143]
- Kingsberg SA et al. Female sexual dysfunction—medical and psychological treatments, Committee 14. *J Sex Med.* 2017 Dec;14(12):1463–91. Erratum in: *J Sex Med.* 2018 Feb;15(2):270. [PMID: 29198504]
- Rogers RG et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2018 May;29(5):647–66. [PMID: 29577166]
- Stenson AL. Vulvodynia: diagnosis and management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017 Sep;44(3):493–508. [PMID: 28778645]
- Zhou ES et al. Hormonal changes and sexual dysfunction. *Med Clin North Am.* 2017 Nov;101(6):1135–50. [PMID: 28992859]

KEKERASAN SEKSUAL

ESSENSIAL

- Definisi hukum pemerkosaan bervariasi menurut negara bagian dan lokasi geografis. Istilah "kekerasan seksual" digunakan oleh CDC dan akan digunakan dalam diskusi ini. Ini dapat dilakukan oleh orang asing, tetapi

lebih umum penyerang dikenal oleh korban, termasuk pasangan atau pasangan saat ini atau sebelumnya (suatu bentuk kekerasan pasangan intim [IPV]).

- Semua korban kekerasan seksual harus ditawarkan kontrasepsi darurat.
 - Banyaknya individu yang terkena dampak, biaya perawatan kesehatan yang sangat besar, dan kebutuhan akan pendekatan multidisiplin membuat kekerasan seksual dan IPV menjadi masalah perawatan kesehatan yang penting.
 - Pengetahuan tentang undang-undang negara bagian dan pengumpulan persyaratan bukti sangat penting bagi dokter yang mengevaluasi kemungkinan korban kekerasan seksual, termasuk IPV.
-

Pertimbangan Umum

Pemeriksaan, atau penyerangan seksual, secara hukum didefinisikan dengan cara yang berbeda di berbagai yurisdiksi. Klinisi dan personel unit gawat darurat yang menangani korban kekerasan seksual harus memahami undang-undang yang berkaitan dengan kekerasan seksual di negara bagian mereka sendiri. Dari sudut pandang medis dan psikologis, sangatlah penting bagi orang yang merawat korban

kekerasan seksual untuk mengenali sifat kejahatan yang nonkonsensual dan kekerasan. Sekitar 95% korban kekerasan seksual yang dilaporkan adalah perempuan. Setiap tahun di Amerika Serikat, 4,8 juta insiden kekerasan fisik atau seksual dilaporkan oleh perempuan. Penetrasi mungkin melalui vagina, anal, atau oral dan mungkin melalui penis, tangan, atau benda asing. Tidak adanya cedera genital tidak menyiratkan persetujuan dari korban. Penyerang mungkin tidak dikenal oleh korban atau, lebih sering “Hubungan seksual yang tidak sah,” atau pemerkosaan menurut undang-undang, adalah hubungan seksual dengan seorang wanita sebelum usia dewasa bahkan dengan persetujuannya.

Penyedia layanan kesehatan dapat memiliki dampak yang signifikan dalam meningkatkan pelaporan kekerasan seksual dan dalam mengidentifikasi sumber daya untuk para korban. Internasional Rescue Committee telah mengembangkan alat pelatihan multimedia untuk mendorong perawatan klinis yang kompeten, penuh kasih, dan rahasia bagi penyintas kekerasan seksual

di rangkaian sumber daya rendah. Mereka telah mempelajari intervensi ini di lebih dari 100 penyedia layanan kesehatan dan menemukan bahwa pengetahuan meningkat dari 49% menjadi 62% ($P < 0,001$) dan kepercayaan diri, dari 58% menjadi 73% ($P < 0,001$) dalam perawatan klinis untuk penyintas kekerasan seksual setelah pelatihan. Ada juga peningkatan yang didokumentasikan pada penyintas yang memenuhi syarat yang menerima kontrasepsi darurat dari 50% menjadi 82% ($P < 0,01$), profilaksis HIV pasca pajanan dari 42% menjadi 92% ($P < 0,001$), dan profilaksis dan pengobatan infeksi menular seksual dari 45% menjadi 96% ($P < 0,01$). Pelatihan ini mendorong penyedia untuk menawarkan perawatan di bidang kehamilan dan pencegahan infeksi menular seksual serta bantuan untuk trauma psikologis.

Karena kekerasan seksual adalah krisis pribadi, setiap pasien akan bereaksi berbeda, tetapi gangguan kecemasan dan gangguan stres pascatrauma (PTSD) adalah gejala sisa yang umum. Itusindrom trauma pemerkosaan terdiri dari dua fase utama.

Segera atau akut: Aktivitas gemetar, terisak, dan gelisah dapat berlangsung dari beberapa hari hingga beberapa minggu. Pasien mungkin mengalami kemarahan, rasa bersalah, atau malu atau mungkin menekan emosi ini. Reaksi bervariasi tergantung pada kepribadian korban dan keadaan serangan. (2)
Terlambat atau kronis: Masalah yang berkaitan dengan serangan dapat berkembang beberapa minggu atau bulan kemudian. Gaya hidup dan pola kerja individu dapat berubah. Gangguan tidur atau fobia sering berkembang. Jarang, kehilangan harga diri dapat menyebabkan bunuh diri.

Klinisi dan personel unit gawat darurat yang menangani korban kekerasan seksual harus bekerja dengan pusat krisis pemerkosaan komunitas atau sumber dukungan dan konseling psikologis berkelanjutan lainnya.

Prosedur Kantor Umum

Dokter yang pertama kali melihat tersangka korban kekerasan seksual harus berempati dan siap dengan pengumpulan bukti dan bahan pengobatan yang sesuai. Informasi dan pelatihan standar, seperti

program yang dibuat oleh Komite Penyelamatan Internasional, dapat menjadi sumber yang bermanfaat bagi penyedia yang merawat pasien ini. Banyak unit gawat darurat memiliki protokol untuk korban kekerasan seksual dan personel yang terlatih dalam mewawancarai dan memeriksa korban kekerasan seksual.

Tatalaksana

1. Berikan analgesik atau sedatif jika diindikasikan. Berikan toksoid tetanus jika laserasi dalam mengandung partikel tanah atau kotoran.
2. Berikan ceftriaxone, 250 mg intramuskular ditambah azitromisin 1 g per oral, untuk mencegah gonore dan klamidia. Selain itu, berikan metronidazol, 2 g per oral sebagai dosis tunggal untuk mengobati trikomoniasis. Inkubasi sifilis mungkin akan dicegah dengan obat-obatan ini, tetapi tes VDRL harus diulang 6 minggu setelah serangan.
3. Cegah kehamilan dengan menggunakan salah satu metode yang dibahas dalam Kontrasepsi Darurat.
4. Vaksinasi terhadap hepatitis B.

5. Tawarkan profilaksis HIV (lihat Bab 31).
6. Karena wanita yang diserang secara seksual berada pada peningkatan risiko untuk gejala sisa psikologis jangka panjang, seperti PTSD dan gangguan kecemasan, sangat penting bahwa pasien dan keluarga dan teman-temannya memiliki sumber konseling berkelanjutan dan dukungan psikologis.

Indikasi Rujuk

Semua perempuan yang mencari perawatan untuk kekerasan seksual harus dirujuk ke fasilitas yang memiliki keahlian dalam penanganan korban kekerasan seksual dan memenuhi syarat untuk melakukan pemeriksaan ahli forensik, jika diminta.

Adams JA et al. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018 Jun;31(3):225– 31. [PMID: 29294380]

American College of Obstetricians and Gynecologists. Sexual assault. ACOG Committee Opinion No. 777. *Obstet Gynecol.* 2019 Apr;133:e296–302. <https://www.acog.org/clinical/clinical->

[guidance/committeeopinion/ articles/2019/04/sexual-assault](#)

Crawford-Jakubiak JE et al; Committee on Child Abuse and Neglect; Committee on Adolescence. Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics*. 2017 Mar;139(3). Erratum in: *Pediatrics*. 2017 Jun;139(3):e20164243. [PMID: 28242861]

Vrees RA. Evaluation and management of female victims of sexual assault. *Obstet Gynecol Surv*. 2017 Jan;72(1):39–53. [PMID: 28134394]

KISTA DAN ABSES BARTHOLIN



Gambar 18.1 Kista Bartholin disebelah kanan (abses). Kelenjar Bartholin berlokasi di dua-pertiga

bawah dari introitus (dari Susan Lindsley, Public Health Image Library, CDC)

Gejala utamanya adalah pembengkakan yang menyakitkan secara periodik di kedua sisi introitus dan dispareunia. Pembengkakan berfluktuasi dengan diameter 1-4 cm di lateral salah satu labium minus adalah tanda oklusi duktus Bartholin. Kelembutan adalah bukti infeksi aktif.

Drainase purulen atau sekret dari kelenjar harus dibiakkan untuk Klamidia dan patogen lainnya dan diperlakukan sesuai (lihat Bab 33); sering mandi air hangat dapat membantu. Semua kista dan abses yang lebih besar dari 3 cm harus menjalani insisi dan drainase dengan upaya tambahan untuk menjaga saluran drainase tetap terbuka (misalnya, kateter Word atau marsupialisasi). Marsupialisasi harus dipertimbangkan untuk kekambuhan setelah dua penempatan kateter Word sebelumnya. Antibiotik tidak diperlukan kecuali ada selulitis. Pada wanita di bawah usia 40 tahun, kista asimtomatik tidak memerlukan terapi; pada wanita di atas usia 40,

biopsi atau pengangkatan dianjurkan untuk menyingkirkan karsinoma vulva.

Indikasi Rujuk

Terapi bedah (marsupialisasi) diindikasikan.

VAGINITIS

ESSENSIAL

- Iritasi vagina
- Gatal
- Keputihan yang tidak normal atau bau tidak sedap

Pertimbangan Umum

Peradangan dan infeksi pada vagina adalah keluhan ginekologi yang umum, akibat berbagai patogen, reaksi alergi terhadap kontrasepsi vagina atau produk lain, atrofi vagina, atau gesekan selama koitus. PH vagina normal adalah 4,5 atau kurang, dan Lactobacillus merupakan organisme yang dominan. Sekresi normal selama pertengahan siklus, atau selama kehamilan, dapat dikacaukan dengan vaginitis.

Manifestasi Klinis

Ketika pasien mengeluhkan iritasi vagina, nyeri, atau sekret yang tidak biasa atau berbau tidak sedap, anamnesis harus dilakukan, mencatat timbulnya LMP; aktivitas seksual baru-baru ini; penggunaan alat kontrasepsi, tampon, atau douche; perubahan terbaru dalam pengobatan atau penggunaan antibiotik; dan adanya rasa terbakar pada vagina, nyeri, pruritus, atau sekret yang luar biasa banyak atau berbau tidak sedap. Pemeriksaan fisik harus mencakup pemeriksaan vulva dan pemeriksaan spekulum vagina dan serviks yang cermat. Sampel vagina, serviks, atau urin dapat diperoleh untuk mendeteksi gonococcus dan Chlamydia, jika ada indikasi klinis. Spesimen keputihan diperiksa di bawah mikroskop dalam setetes larutan garam 0,9% untuk mencari trichomonad atau sel petunjuk dan dalam setetes kalium hidroksida 10% untuk mencari Candida. pH vagina harus diuji; sering lebih besar dari 4,5 pada infeksi karena trikomonas dan vaginosis bakterial. Pemeriksaan bimanual untuk mencari bukti infeksi panggul, yaitu gerakan serviks, uterus, atau nyeri tekan adneksa, harus dilakukan. Pengujian di

tempat perawatan tersedia untuk ketiga organisme utama yang menyebabkan vaginitis dan dapat digunakan jika mikroskop tidak tersedia atau untuk pengujian konfirmasi mikroskopis.

A. Kandidiasis Vulvovaginalis

Kehamilan, diabetes, dan penggunaan antibiotik spektrum luas atau kortikosteroid mempengaruhi pasien untuk Kandidat infeksi. Panas, kelembaban, dan pakaian oklusif juga berkontribusi terhadap risiko tersebut. Ditemukan pruritus, eritema vulvovaginal, dan sekret putih seperti dadih yang tidak berbau busuk. Gambar [18-2](#)). Pemeriksaan mikroskopis dengan kalium hidroksida 10% menunjukkan hifa dan spora. Sebuah swab untuk kultur dengan media Nickerson atau untuk pengujian PCR dapat dilakukan jika *Candida* dicurigai tetapi tidak ditunjukkan.



Gambar 18-2. Kandidiasis Servikalis (Public Health Image Library, CDC)

B. Vaginitis *Trichomonas vaginalis*

Flagellata protozoa yang ditularkan secara seksual ini menginfeksi vagina, saluran Skene, dan saluran kemih bagian bawah pada wanita dan saluran genitourinari bagian bawah pada pria. Muncul pruritus dan sekret kuning-hijau berbau busuk, disertai eritema vagina dan lesi makula merah pada serviks pada kasus yang parah (“serviks stroberi,” Gambar 18 - 3).

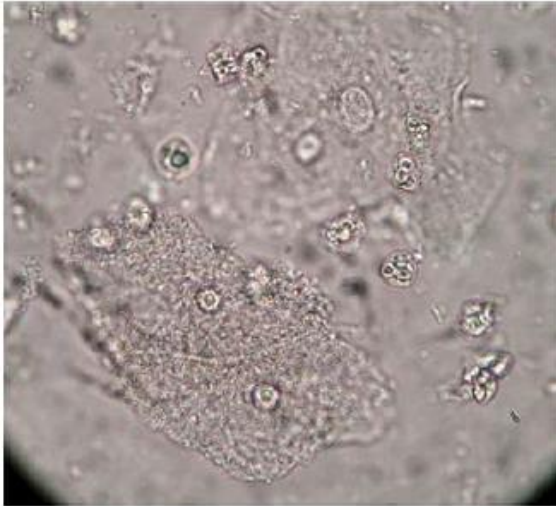
Organisme motil dengan flagela yang terlihat dengan pemeriksaan mikroskopis daritunggangan basah dengan larutan garam adalah konfirmasi tetapi diidentifikasi hanya pada 60-70% kasus. Tes amplifikasi asam nukleat sangat sensitif dan spesifik untuk mengidentifikasi *T. vaginalis*. Tes diagnostik cepat lain yang tersedia secara komersial (misalnya, Tegaskan VP III dan OSOM Trichomonas Rapid Test) memiliki sensitivitas yang tinggi.



Gambar 18-3. *Strawberry Cervix* pada infeksi *Trichomonas vaginalis* dengan inflamasi dan pungtat hemoragi (digunakan dengan seizing Richard P. Usatine, MD)

C. Vaginosis Bakterialis

Vaginosis bakterialis adalah penyakit polimikroba yang tidak dianggap sebagai infeksi menular seksual, tetapi aktivitas seksual merupakan faktor risiko untuk itu. Pertumbuhan berlebih dari *Gardnerella* dan anaerob lainnya sering dikaitkan dengan peningkatan debit berbau busuk tanpa vulvitis atau vaginitis yang jelas. Debitnya berwarna keabu-abuan dan terkadang berbusa, dengan pH 5,0–5,5. Bau seperti amina ("amis") muncul jika setetes cairan dibasakan dengan 10% kalium hidroksida. Pada pemasangan basah dalam saline, sel-sel epitel ditutupi dengan bakteri sedemikian rupa sehingga batas sel dikaburkan (sel petunjuk, Gambar [18-4](#)). Kultur vagina umumnya tidak berguna dalam diagnosis; namun, tes PCR tersedia.



Gambar 18-4 *Clue cell* nampak pada vaginosis bakterial akibat *Gardnella vaginalis*

Tatalaksana

A. Kandidiasis Vulvovaginalis

- 1. Regimen *single-dose*** – Berbagai rejimen topikal dan oral tersedia untuk mengobati kandidiasis vulvovaginal. Wanita dengan kandidiasis vulvovaginal tanpa komplikasi biasanya akan merespon rejimen azol topikal 1-3 hari atau dosis satu kali flukonazol oral. Wanita dengan infeksi yang rumit (termasuk empat atau lebih episode dalam 1 tahun

[berulang kandidiasis vulvovaginal], tanda dan gejala parah, spesies non-albicans, diabetes yang tidak terkontrol, infeksi HIV, pengobatan kortikosteroid, atau kehamilan) harus menerima 7-14 hari dari rejimen topikal atau dua dosis flukonazol oral 3 hari terpisah. Pada infeksi non-albicans berulang, 600 mg asam borat dalam kapsul gelatin intravaginal sekali sehari selama 2 minggu kira-kira 70% efektif. Jika kekambuhan terjadi, rujukan ke ginekolog atau spesialis penyakit menular diindikasikan.

Regimen dosis tunggal—Regimen dosis tunggal yang efektif termasuk miconazole (suppositoria vagina 1200 mg), tioconazole (krim 6,5%, 5 g pervaginam), butokonazol lepas lambat (krim 2%, 5 g pervaginam), atau flukonazol (tablet oral 150 mg)

2. Regimen tiga hari -Regimen 3 hari yang efektif termasuk butoconazole (krim 2%, 5 g pervaginam sekali sehari), klotrimazol (krim 2%, 5 g pervaginam sekali sehari), terconazole

(0,8% krim, 5 g, atau supositoria vagina 80 mg sekali sehari) , atau miconazole (200 mg supositoria vagina sekali sehari).

3. **Regimen tujuh hari** -Regimen berikut diberikan sekali sehari: klotrimazol (krim 1%), miconazole (krim 2%, 5 g, atau 100 mg supositoria vagina), atau terconazole (0,4% krim, 5 g).
4. **Regimen 14 hari** - Regimen 14 hari yang efektif adalah nistatin (100.000 unit tablet vagina sekali sehari).
5. **Kandidiasis vulvovaginalis rekuren (terapi pemeliharaan)** - Klotrimazol(500 mg supositoria vagina sekali seminggu atau 200 mg krim dua kali seminggu) atau flukonazol (100, 150, atau 200 mg secara oral sekali seminggu) adalah rejimen yang efektif untuk terapi pemeliharaan hingga 6 bulan.

B. Vaginis *Trichomonas vaginalis*

Pengobatan kedua pasangan secara bersamaan dianjurkan; metronidazol atau tinidazol, 2 g per oral

sebagai dosis tunggal atau 500 mg per oral dua kali sehari selama 7 hari, biasanya digunakan.

Dalam kasus kegagalan pengobatan dengan metronidazol tanpa adanya paparan ulang, pasien harus diobati kembali dengan metronidazol, 500 mg per oral dua kali sehari selama 7 hari, atau tinidazol, 2 g per oral sebagai dosis tunggal. Jika kegagalan pengobatan terjadi lagi, berikan metronidazol atau tinidazol, 2 g per oral sekali sehari selama 5 hari. Jika ini tidak efektif dalam memberantas organisme, pengujian kerentanan metronidazol dan tinidazol dapat diatur dengan Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC) di 404-718-4141 atau di <https://www.cdc.gov/std>. Wanita terinfeksi vagina berada pada peningkatan risiko untuk infeksi bersamaan dengan penyakit menular seksual (PMS) lainnya dan harus ditawarkan tes PMS komprehensif.

C. Vaginosis Bakterialis

Regimen yang direkomendasikan adalah metronidazol (500 mg per oral, dua kali sehari selama 7 hari), krim vagina klindamisin (2%, 5 g, sekali sehari selama 7 hari), atau gel metronidazol (0,75%,

5 g, dua kali sehari selama 5 hari) . Regimen alternatif termasuk klindamisin (300 mg per oral dua kali sehari selama 7 hari), klindamisin ovula (100 g intravaginal sebelum tidur selama 3 hari), tinidazol (2 g per oral sekali sehari selama 3 hari), atau tinidazol (1 g per oral sekali sehari selama 7 hari). Kurikulum STD Nasional menawarkan modul pelatihan yang bermanfaat bagi dokter untuk meninjau rekomendasi terkini untuk pengobatan vaginitis

<https://www.std.uw.edu/custom/self-study/vaginitis>).

Giovanini AF et al. Bacterial vaginosis and desquamative inflammatory vaginitis. N Engl J Med. 2019 Mar 14;380(11):1088–9. [PMID: 30865815]

PENYAKIT RADANG PANGGUL (Salpingitis, Endometritis)

ESSENSIAL

- Nyeri perut bagian bawah dengan nyeri tekan uterus, adneksa, atau serviks.
- Tidak adanya diagnosis yang bersaing.

Pertimbangan Umum

Penyakit radang panggul (PID) adalah infeksi polimikroba pada saluran genital bagian atas yang terkait dengan organisme menular seksual *Neisseria gonorrhoeae* dan *Chlamydia trachomatis* serta organisme endogen, termasuk anaerob, *Haemophilus influenzae*, batang gram negatif enterik, dan streptokokus. Ini paling sering terjadi pada wanita muda, nulipara, aktif secara seksual dengan banyak pasangan dan merupakan penyebab utama infertilitas dan kehamilan ektopik. Penggunaan metode kontrasepsi penghalang dapat memberikan perlindungan yang signifikan

Manifestasi Klinis

A. Gejala dan Tanda

Pasien dengan PID paling sering datang dengan nyeri perut bagian bawah. Keluhan tambahan mungkin termasuk perdarahan uterus abnormal dan keputihan abnormal. Gambaran sistemik seperti demam biasanya menunjukkan penyakit yang lebih parah, termasuk abses panggul. Nyeri kuadran kanan atas (Fitz-Hugh dansindrom Curtis) mungkin

menunjukkan perihepatitis terkait. Diagnosis PID diperumit oleh fakta bahwa banyak wanita mungkin memiliki gejala halus atau ringan yang tidak mudah dikenali sebagai PID, seperti perdarahan postcoital, frekuensi buang air kecil, atau nyeri punggung bawah.

B. Kriteria Diagnosis Minimal

Wanita dengan nyeri gerak serviks, uterus, atau adneksa memenuhi kriteria diagnostik untuk PID dan harus diobati dengan antibiotik kecuali ada diagnosis yang bersaing, seperti kehamilan ektopik atau radang usus buntu.

C. Kriteria Tambahan

Tidak ada temuan sejarah, fisik, atau laboratorium tunggal yang pasti untuk PID akut. Kriteria berikut dapat digunakan untuk meningkatkan spesifisitas diagnosis: (1) suhu mulut lebih tinggi dari 38,3°C, (2) keputihan abnormal dengan sel darah putih pada mikroskop salin (lebih dari 1 leukosit per sel epitel), (3) peningkatan laju sedimentasi eritrosit, (4) peningkatan C-reaktif protein, dan (5) dokumentasi laboratorium infeksi serviks dengan *N gonorrhoeae*

atau *C. trachomatis*. Pengujian gonore dan klamidia harus dilakukan secara rutin, tetapi pengobatan tidak boleh ditunda sambil menunggu hasil.

Diagnosis Banding

Apendisitis, kehamilan ektopik, aborsi septik, kista atau tumor ovarium hemoragik atau pecah, torsi kista ovarium, degenerasi mioma, dan enteritis akut harus dipertimbangkan. PID lebih mungkin terjadi ketika ada riwayat PID sebelumnya, kontak seksual baru-baru ini, onset menstruasi baru-baru ini, pemasangan IUD baru-baru ini, atau hubungan seksual baru-baru ini dengan pasangan yang memiliki penyakit menular seksual. PID akut sangat tidak mungkin bila hubungan seksual baru-baru ini (dalam 60 hari) belum terjadi. Tes kehamilan serum yang sensitif harus dilakukan untuk menyingkirkan kehamilan ektopik. Ultrasonografi panggul sangat membantu untuk menyingkirkan abses tubo-ovarium. Laparoskopi harus dipertimbangkan ketika pencitraan tidak informatif dan pasien tidak menanggapi pengobatan rawat jalan untuk PID atau tidak membaik setelah 72 jam perawatan rawat inap;

itu juga harus dipertimbangkan ketika pasien yang sakit akut memiliki kecurigaan yang tinggi dari diagnosis bersaing yang memerlukan intervensi bedah (misalnya, radang usus buntu). Apendiks harus divisualisasikan pada laparoskopi untuk menyingkirkan apendisitis. Kultur yang diperoleh pada saat laparoskopi seringkali spesifik dan membantu.

Tatalaksana

A. Antibiotik

Pengobatan dini dengan antibiotik yang tepat efektif melawan *N gonorrhoeae*, *C trachomatis*, dan organisme endogen yang tercantum di atas sangat penting untuk mencegah gejala sisa jangka panjang. Pasangan seksual harus diperlakukan dengan tepat. Kebanyakan wanita dengan penyakit ringan sampai sedang dapat berhasil diobati sebagai pasien rawat jalan. Regimen rawat jalan yang direkomendasikan adalah cefoxitin dosis tunggal, 2 g intramuskular, dengan probenesid, 1 g per oral, ditambah doksisisiklin 100 mg per oral dua kali sehari selama 14 hari, atau seftriakson 250 mg intramuskular ditambah

doksisiklin, 100 mg per oral dua kali sehari, selama 14 hari. Metronidazol 500 mg per oral dua kali sehari selama 14 hari juga dapat ditambahkan ke salah satu dari dua rejimen ini dan juga akan mengobati vaginosis bakteri yang sering dikaitkan dengan PID. Untuk pasien dengan penyakit berat atau mereka yang memenuhi kriteria lain untuk rawat inap, ada dua rejimen yang direkomendasikan. Satu rejimen termasuk cefotetan, 2 g intravena setiap 12 jam, atau cefoxitin, 2 g intravena setiap 6 jam, ditambah doksisiklin, 100 mg oral atau intravena setiap 12 jam. Regimen lain yang direkomendasikan adalah klindamisin, 900 mg intravena setiap 8 jam, ditambah gentamisin, dosis pemuatan 2 mg/kg secara intravena atau intramuskular diikuti dengan dosis pemeliharaan 1,5 mg/kg setiap 8 jam (atau sebagai dosis harian tunggal, 3 -5mg/kg). Regimen ini harus dilanjutkan selama minimal 24 jam setelah pasien menunjukkan perbaikan klinis yang signifikan. Kemudian, rejimen oral harus diberikan untuk total antibiotik selama 14 hari baik dengan doksisiklin, 100 mg per oral dua kali

sehari, atau klindamisin, 450 mg per oral empat kali sehari. Jika terdapat abses tubo-ovarium

B. Tindakan pembedahan

Abses tubo-ovarium mungkin memerlukan eksisi bedah atau aspirasi transkutan atau transvaginal. Kecuali jika dicurigai ruptur, lakukan terapi antibiotik dosis tinggi di rumah sakit, dan pantau terapi dengan ultrasound. Dalam 70% kasus, antibiotik efektif; di 30%, ada respon yang tidak memadai dalam 48-72 jam, dan intervensi bedah diperlukan. Adnexectomy unilateral dapat diterima untuk abses unilateral. Histerektomi dan salpingo-ooforektomi bilateral mungkin diperlukan untuk infeksi yang berlebihan atau pada kasus penyakit kronis dengan nyeri panggul yang tidak tertahankan.

Prognosis

Terlepas dari pengobatan, gejala sisa jangka panjang, termasuk episode infeksi berulang, nyeri panggul kronis, dispareunia, kehamilan ektopik, atau infertilitas, berkembang pada seperempat wanita dengan penyakit akut. Risiko infertilitas meningkat dengan episode berulang salpingitis: diperkirakan

10% setelah episode pertama, 25% setelah episode kedua, dan 50% setelah episode ketiga

Indikasi Rawat

Pasien berikut dengan PID akut harus dirawat untuk terapi antibiotik intravena:

- Pasien mengalami abses tubo-ovarium (observasi rawat inap langsung minimal 24 jam sebelum beralih ke terapi parenteral rawat jalan).
- Pasien sedang hamil.
- Pasien tidak dapat mengikuti atau mentoleransi rejimen rawat jalan.
- Pasien tidak memberikan respons klinis terhadap terapi rawat jalan dalam 72 jam.
- Pasien menderita penyakit parah, mual dan muntah, atau demam tinggi.
- Kedaruratan bedah lainnya, seperti apendisitis, tidak dapat dikesampingkan.

Curry A et al. Pelvic inflammatory disease: diagnosis, management and prevention. *Am Fam Physician*. 2019 Sep 15;100(6):357–64. [PMID: 31524362]

Ross J et al. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS*. 2018 Feb;29(2):108–14. [PMID: 29198181]

KONDILOMA AKUMINATA

Pertumbuhan kutil pada vulva, daerah perianal, dinding vagina, atau leher rahim disebabkan oleh berbagai jenis human papillomavirus (HPV). Kehamilan dan imunosupresi mendukung pertumbuhan. Sembilan puluh persen kutil kelamin disebabkan oleh HPV 6 dan 11. Dengan meningkatnya penggunaan vaksin HPV quadrivalent di Amerika Serikat, prevalensi HPV tipe 6, 11, 16 dan 18 menurun dari 11,5% pada 2003–2006 menjadi 4,3% pada 2009–2012 di antara anak perempuan berusia 14–19 tahun, dan dari 18,5% hingga 12,1% pada wanita berusia 20–24 tahun. Lesi vulva mungkin tampak seperti kutil atau dapat didiagnosis hanya setelah aplikasi asam asetat 4% (cuka) dan kolposkopi, ketika tampak keputihan, dengan papila yang menonjol. Lesi vagina dapat menunjukkan hipertrofi difus atau gambaran batu bulat.

Perawatan yang direkomendasikan untuk kutil vulva termasuk resin podophyllum 10– 25% dalam tingtur benzoin (jangan gunakan selama kehamilan atau pada lesi berdarah) atau 80–90% trikloroasetat atau asam bikloroasetat, dioleskan dengan hati-hati untuk menghindari kulit di sekitarnya. Rasa sakit akibat aplikasi asam bikloroasetat atau trikloroasetat dapat dikurangi dengan pasta natrium bikarbonat yang dioleskan segera setelah perawatan. Resin podophyllum harus dicuci setelah 2-4 jam. Pembekuan dengan nitrogen cair atau cryoprobe dan elektrokauter juga efektif. Regimen yang diterapkan pasien, berguna bila seluruh lesi dapat diakses oleh pasien, termasuk larutan atau gel podofiloks 0,5%, krim imiquimod 5%, atau salep sinecatechins 15%. Kutil vagina dapat diobati dengan cryotherapy dengan cairannitrogen atau asam trikloroasetat. Kutil yang luas mungkin memerlukan pengobatan dengan laser CO₂, elektrokauter, atau eksisi dengan anestesi lokal atau umum.

Grennan D. JAMA patient page. Genital warts. JAMA. 2019 Feb 5;321(5):520. [PMID: 30721297]

Meites E et al. Human papillomavirus vaccination for adults: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019 Aug 16;68(32):698–702. [PMID: 31415491]

Mills BB. Vaginitis: beyond the basics. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017 Jun;44(2):159–77. [PMID: 28499528]

CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA (CIN) (Displasia Serviks)

ESSENSIAL

- Diagnosis dugaan dibuat dengan pemeriksaan Papanicolaou smear yang abnormal dari seorang wanita tanpa gejala tanpa perubahan serviks yang terlalu terlihat.
- Diagnosis dengan biopsi yang diarahkan secara kolposkopi.

Pertimbangan Umum

Persimpangan skuamokolumnar serviks adalah area proliferasi sel skuamosa aktif. Di masa kanak-kanak, persimpangan ini terletak di bagian vagina serviks yang terbuka. Pada masa pubertas, karena pengaruh hormonal dan mungkin karena perubahan pH vagina, tepi skuamosa mulai masuk ke epitel berlapis tunggal yang mensekresi mukus, menciptakan area metaplasia (zona transformasi). Infeksi HPV (lihat Pencegahan, di bawah) dapat menyebabkan kelainan seluler, yang seiring waktu dapat berkembang menjadi displasia sel skuamosa atau kanker. Ada berbagai tingkat displasia (Tabel 18–5), ditentukan oleh tingkat atipia seluler; semua [atypia](#) harus diobservasi dan diobati jika menetap atau memburuk.

Tabel 18–5. Sistem klasifikasi untuk apusan Papanicolaou.

Tabel 18-2. Kontrasepsi oral dosis rendah yang sering digunakan

Numerik	Displasia	CIN	Sistem Bethesda
1	Jinak	Jinak	Normal
2	Jinak dengan inflamasi	Jinak dengan inflamasi	Normal, ASC-US
3	Displasia ringa	CIN I	Low-grade SIL
3	Displasia sedang	CIN II	High-grade SIL
3	Displasia berat	CIN III	-
4	<i>Carcinoma in situ</i>	-	-
5	Kanker invasif	Kanker invasif	Kanker invasif

ASC-US, atypical squamous cell of undetermined significance; CIN, cervical intraepithelial neoplasia; SIL, squamous intraepithelial lesion

Manifestasi Klinis

Tidak ada gejala atau tanda khusus dari CIN. Diagnosis dugaan dibuat dengan skrining sitologi dari populasi tanpa gejala tanpa perubahan serviks yang terlalu terlihat. Semua lesi serviks abnormal yang terlihat harus dibiopsi (Gambar 18–5).



Gambar 18-5. Erosi pada serviks akibar CIN, sebuah lesi prekursor kanker serviks (Public Health Image Library, CDC)

Penapisan dan Diagnosis

A. Pemeriksaan Sitologi (Apusan Papanicolaou)

Pada wanita imunokompeten, skrining kanker serviks harus dimulai pada usia 21 tahun. Rekomendasi untuk memulai skrining pada usia 21 tahun terlepas dari usia onset hubungan seksual didasarkan pada insiden kanker yang sangat rendah pada wanita yang lebih muda dan potensi efek samping yang terkait. dengan pengobatan wanita muda dengan hasil skrining sitologi abnormal. Berbeda dengan tingginya angka infeksi HPV pada remaja yang aktif secara seksual, kanker serviks invasif sangat jarang terjadi pada wanita di bawah usia 21 tahun. Pernyataan Satuan Tugas Layanan Pencegahan AS (USPSTF) 2018 merekomendasikan skrining untuk kanker serviks pada wanita berusia 21 hingga 65 tahun sebagai berikut: untuk wanita berusia 21 hingga 29 tahun, skrining dengan sitologi ([Papanicolaou smear] konvensional atau berbasis cairan) saja setiap 3 tahun; dan untuk wanita berusia 30 hingga 65 tahun. Rekomendasi ini berlaku untuk wanita yang memiliki serviks, terlepas dari

riwayat seksual atau status vaksinasi HPV mereka. Mereka tidak berlaku untuk wanita yang sebelumnya telah didiagnosis dengan kanker serviks atau lesi serviks prakanker derajat tinggi (yaitu, CIN derajat II atau III) atau untuk wanita dengan gangguan kekebalan (misalnya, hidup dengan HIV) atau dengan paparan in utero dietilstilbestrol; wanita tersebut mungkin memerlukan skrining lebih sering.

USPSTF merekomendasikan untuk tidak melakukan skrining kanker serviks untuk wanita yang lebih muda dari usia 21 tahun, untuk wanita yang lebih tua dari 65 tahun yang telah memiliki skrining sebelumnya yang memadai dan tidak berisiko tinggi untuk kanker serviks, dan untuk wanita yang telah menjalani histerektomi dengan pengangkatan serviks dan yang tidak memiliki riwayat kanker serviks atau lesi prakanker derajat tinggi.

Tujuan skrining adalah untuk mengidentifikasi lesi prakanker serviks derajat tinggi untuk mencegah perkembangannya menjadi kanker serviks. Lesi serviks tingkat tinggi ini dapat diobati dengan terapi

eksisi dan ablatif (lihat di bawah). Kanker serviks stadium awal dapat diobati dengan pembedahan (histerektomi) atau kemoterapi (lihat bagian selanjutnya). Pedoman online tersedia untuk pengelolaan hasil tes skrining abnormal di:

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/Recommendationcancer-screening2>

(Agustus, 2018) dan

<https://www.asccp.org/guidelines> (April,2019).

Laporan sitologi dari laboratorium dapat menjelaskan temuan dalam salah satu dari beberapa cara (lihat Tabel 18–5). Sistem Bethesda menggunakan terminologi "sel skuamosa atipikal yang tidak diketahui signifikansinya" (ASC-AS) dan "lesi intraepitel skuamosa," baik tingkat rendah (LSIL) atau bermutu tinggi (HSIL). Tes DNA HPV dapat digunakan sebagai tambahan dalam skrining kanker serviks sebagai tes triase untuk stratifikasi risiko pada wanita usia 21 tahun ke atas dengan diagnosis sitologi ASC-US dan pada wanita pascamenopause dengan diagnosis sitologi ASC-US atau LSIL.

B. Kolposkopi

Wanita dengan ASC-US dan skrining HPV negatif dapat ditindaklanjuti dalam 1 tahun untuk tes ulang Papanicolaou dan tes bersama HPV. Jika layar HPV positif, kolposkopi diindikasikan. Jika skrining HPV tidak tersedia, sitologi ulang dapat dilakukan pada 12 bulan. Wanita antara usia 21-24 dengan LSIL harus mengulang Papanicolaou smear dalam 1 tahun. Wanita usia 25 dan lebih tua dengan SIL atau sel kelenjar atipikal harus menjalani kolposkopi. Melihat serviks dengan perbesaran 10-20 × memungkinkan penilaian ukuran dan margin zona transformasi abnormal dan penentuan ekstensi ke dalam serviks. saluran endoserviks. Aplikasi asam asetat 3-5% (cuka) melarutkan lendir, dan aksi pengeringan asam mempertajam kontras antara epitel skuamosa normal dan aktif berproliferasi. Perubahan abnormal termasuk bercak putih dan atypia vaskular, yang menunjukkan area aktivitas seluler terbesar.

C. Biopsi

Biopsi yang diarahkan secara kolposkopi dan kuretase endoserviks adalah prosedur kantor. Data

dari biopsi serviks dan kuretase endoserviks penting dalam memutuskan pengobatan.

Pencegahan

Infeksi serviks dengan HPV dikaitkan dengan hampir semua displasia serviks dan kanker. Ada lebih dari 100 subtype HPV yang dikenali. Tipe 6 dan 11 cenderung menyebabkan kutil kelamin dan displasia ringan dan jarang berkembang menjadi kanker serviks; tipe 16, 18, 31, dan lainnya menyebabkan displasia tingkat tinggi. Vaksin rekombinan HPV 9-valent (Gardasil-9) (9vHPV) diindikasikan untuk pencegahan kanker serviks, vagina, dan vulva (pada wanita) dan kanker dubur (pada wanita dan pria) yang disebabkan oleh HPV tipe 16, 18, 31, 33, 45, 52, dan 58; kutil kelamin (pada wanita dan pria) yang disebabkan oleh HPV tipe 6 dan 11; dan lesi prakanker/displastik serviks, vagina, vulva (pada wanita), dan anus (pada wanita dan pria) yang disebabkan oleh HPV tipe 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, dan 58. Gardasil-9 adalah direkomendasikan untuk vaksinasi perempuan dan laki-laki usia 9-45 tahun. Vaksin HPV 4-valent sebelumnya yang

dikenal sebagai Gardasil yang diindikasikan untuk pencegahan penyakit yang berhubungan dengan HPV tipe 6, 11, 16, dan 18 telah dihentikan di Amerika Serikat. Penggunaan vaksinasi HPV di Amerika Serikat terus meningkat; namun, vaksinasi HPV terus tertinggal jauh di belakang vaksin lain yang direkomendasikan untuk remaja. Pada tahun 2018, 51% remaja mengetahui seri vaksin HPV tiga dosis dibandingkan dengan 48% pada tahun 2017.

Karena cakupan lengkap dari semua jenis HPV karsinogenik tidak disediakan oleh salah satu vaksin, semua wanita perlu melakukan skrining kanker serviks secara teratur seperti diuraikan di atas. Selain vaksinasi, tindakan pencegahan termasuk membatasi jumlah pasangan seksual dan dengan demikian terpapar HPV, menggunakan diafragma atau kondom untuk koitus, dan berhenti merokok dan menghindari paparan asap rokok

Tatalaksana

Perawatan bervariasi tergantung pada tingkat dan tingkat CIN. Biopsi harus mendahului pengobatan,

kecuali dalam kasus HSIL di mana mungkin tepat untuk melanjutkan langsung ke LEEP.

A. Bedah Krio

Penggunaan pembekuan (cryosurgery) efektif untuk lesi kecil noninvasif yang terlihat pada serviks tanpa ekstensi endoserviks

B. Laser CO₂

Metode yang terkontrol dengan baik ini meminimalkan kerusakan jaringan. Ini diarahkan secara kolposkopi dan membutuhkan pelatihan khusus. Ini dapat digunakan dengan lesi besar yang terlihat. Dalam praktek saat ini, melibatkan penguapan zona transformasi pada serviks dan 5-7 mm distal kanal endoserviks.

C. Eksisi Loop

Ketika CIN terlihat jelas secara keseluruhan, loop kawat dapat digunakan untuk biopsi eksisi. Prosedur kantor ini, disebut LEEP (prosedur eksisi bedah listrik loop), dilakukan dengan anestesi lokal cepat dan mudah. Pemotongan dan hemostasis dicapai dengan mesin bedah listrik bertegangan rendah.

D. Konisasi Serviks

Konisasi adalah operasi pengangkatan seluruh zona transformasi dan kanal endoserviks. Ini dicadangkan untuk kasus displasia berat (CIN III) atau karsinoma in situ, terutama yang dengan ekstensi endoserviks. Bisa jadi dilakukan dengan pisau bedah, CO2 laser, elektroda jarum, atau eksisi loop besar.

Follow-Up

Karena kekambuhan mungkin terjadi—terutama dalam 2 tahun pertama setelah pengobatan—dan karena tingkat negatif palsu dari satu tes sitologi serviks adalah 20%, tindak lanjut yang ketat setelah kolposkopi dan biopsi sangat penting. Setelah prosedur eksisi atau ablatif, co-testing (sitologi dan DNA HPV) harus diulang pada interval 12 bulan selama 2 tahun. Jika CIN II atau III diidentifikasi pada margin prosedur kuretase endoserviks, bagaimanapun, pengulangan sitologi dengan kuretase endoserviks lebih disukai pada 4-6 bulan. Jika tes lanjutan normal, rutinskrining sitologi dapat dilanjutkan. Kolposkopi dan pengambilan sampel endoserviks harus dilakukan untuk setiap kelainan.

Pedoman Kolposkopi dan Patologi Serviks American Society untuk skrining kanker serviks dan pengelolaan apusan Papanicolaou yang abnormal tersedia online (April 2019, <https://www.asccp.org/consensus-guidelines>).

Indikasi Rujuk

- Pasien dengan CIN II/III harus dirujuk ke kolposkopi berpengalaman.
- Pasien yang membutuhkan biopsi konisasi harus dirujuk ke ginekolog.

Arbyn M et al. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 May 9;5:CD009069. [PMID: 29740819] Melnikow J et al. Screening for cervical cancer with high-risk human papillomavirus testing: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018 Aug 21;320(7):687–705. [PMID: 30140883]

Perkins RB et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020 Apr;24(2):102–31. [PMID: 32243307]

- Ogilvie GS et al. Effect of screening with primary cervical HPV testing vs cytology testing on high-grade cervical intraepithelial neoplasia at 48 months: the HPV FOCAL randomized clinical trial. *JAMA*. 2018 Jul 3;320(1):43–52. [PMID: 29971397]
- Oshman LD et al. Human papillomavirus vaccination for adults: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *JAMA*. 2020 Feb 4;323(5):468–9. [PMID: 31930397]
- Smith RA et al. Cancer screening in the United States, 2019: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2019 May;69(3):184–210. [PMID: 30875085]
- Stumbar SE et al. Cervical cancer and its precursors: a preventative approach to screening, diagnosis, and management. *Prim Care*. 2019 Mar;46(1):117–34. [PMID: 30704652]
- US Preventive Services Task Force; Curry SJ et al. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018 Aug 21;320(7):674–86. [PMID: 30140884]

KARSINOMA SERVIKS

ESSENSIAL

- Peningkatan risiko pada wanita perokok dan pengidap HIV atau tipe HPV risiko tinggi.
- Lesi yang parah harus dievaluasi dengan biopsi yang diarahkan secara kolposkopi dan bukan hanya sitologi.

Pertimbangan Umum

Kanker serviks adalah kanker paling umum ketiga di dunia dan penyebab utama kematian akibat kanker pada wanita di negara berkembang. Ini dianggap sebagai penyakit menular seksual karena sel skuamosa dan adenokarsinoma serviks adalah sekunder dari infeksi HPV, terutama tipe 16 dan 18. Wanita yang terinfeksi HIV dan bentuk immunosupresi lainnya berada pada peningkatan risiko infeksi HPV risiko tinggi dan CIN. Merokok tampaknya menjadi kofaktor untuk karsinoma sel skuamosa (SCC). SCC menyumbang sekitar 80% dari kanker serviks, sedangkan adenokarsinoma menyumbang 15%, dan karsinoma adenosquamous untuk 3-5%; neuroendokrin atau karsinoma sel kecil jarang terjadi.

SCC muncul pertama kali di lapisan intraepitel (tahap preinvasif, atau karsinoma in situ). Kanker preinvasif (CIN III) adalah diagnosis umum pada wanita berusia 25-40 tahun. Diperlukan dua hingga 10 tahun bagi karsinoma untuk menembus membran basal dan menjadi invasif. Sementara kematian akibat

kanker serviks telah menurun dengan mantap di Amerika Serikat karena tingginya tingkat skrining dan pengobatan yang lebih baik, tingkat penurunannya telah melambat dalam beberapa tahun terakhir. Secara umum, wanita kulit hitam mengalami insiden dan kematian yang jauh lebih tinggi daripada wanita kulit putih. Tingkat kelangsungan hidup 5 tahun berkisar dari 63% untuk kanker serviks stadium II hingga kurang dari 20% untuk stadium IV.

Manifestasi Klinis

A. Gejala dan Tanda

Kanker serviks dini seringkali tidak menunjukkan gejala. Tanda-tanda yang paling umum adalah perdarahan tidak teratur atau berat dan bercak postcoital. Disfungsi kandung kemih dan dubur atau fistula dan nyeri adalah gejala akhir.

B. Biopsi Serviks dan Kuretase atau Konisasi Endoserviks

Prosedur-prosedur ini merupakan langkah-langkah yang diperlukan setelah apusan Papanicolaou positif untuk menentukan luas dan kedalaman invasi kanker. Bahkan jika apusannya positif, pengobatan dengan

pembedahan atau radiasi tambahan tidak pernah dibenarkan sampai diagnosis definitif ditegakkan melalui biopsi.

C. Penentuan Stadium dan Perkiraan Kasar Penyebaran Kanker Serviks

Stadium kanker serviks invasif dicapai dengan evaluasi klinis, biasanya dilakukan dengan anestesi. Pemeriksaan lebih lanjut, seperti ultrasonografi, CT, MRI, limfangiografi, laparoscopi, dan aspirasi jarum halus, sangat berharga untuk perencanaan perawatan.

Komplikasi

Metastasis ke kelenjar getah bening regional terjadi dengan frekuensi yang meningkat dari stadium I ke stadium IV. Ekstensi paraservikal terjadi ke segala arah dari serviks. Ureter dapat menjadi terhambat di lateral serviks, menyebabkan hidroureter dan hidronefrosis dan akibatnya mengganggu fungsi ginjal. Hampir dua pertiga pasien dengan karsinoma serviks yang tidak diobati meninggal karena uremia ketika obstruksi ureter bilateral. Nyeri di punggung, dalam distribusi pleksus lumbosakral, sering menunjukkan keterlibatan neurologis. Edema berat

pada tungkai mungkin menunjukkan stasis vaskular dan limfatik akibat tumor. Fistula vagina ke rektum dan saluran kemih adalah komplikasi lanjut yang parah. Perdarahan adalah penyebab kematian pada 10-20% pasien dengan karsinoma invasif yang luas.

Pencegahan

Vaksinasi dengan vaksin HPV 9-valent rekombinan (Gardasil-9) dapat mencegah kanker serviks dengan menargetkan jenis HPV yang menimbulkan risiko terbesar serta melindungi terhadap lesi tingkat rendah dan prakanker yang disebabkan oleh jenis HPV lain (lihat Neoplasia Intraepitel Serviks).

Tatalaksana

A. Tindakan Emergensi

Perdarahan vagina berasal dari ulserasi kotor dan kavitas pada karsinoma serviks stadium lanjut. Ligasi dan penjahitan serviks biasanya tidak dapat dilakukan, tetapi pemasangan balutan vagina yang darurat, kauter, asam traneksamat, dan penyinaran membantu untuk menghentikan perdarahan sementara. Ligasi, reseksi, atau embolisasi arteri

uterina atau arteri hipogastrika dapat menyelamatkan nyawa jika tindakan lain gagal.

B. Tindakan Spesifik

- 1. Karsinoma in situ (Stadium 0)** - Pada wanita yang tidak dipertimbangkan untuk melahirkan, histerektomi total adalah pengobatan definitif. Pada wanita yang ingin mempertahankan rahim, alternatif yang dapat diterima termasuk cryosurgery, operasi laser, LEEP, atau konisasi serviks. Tindak lanjut co-testing (sitologi dan DNA HPV) harus diulang pada interval 12 bulan selama 2 tahun setelah pengobatan eksisi atau ablatif.
- 2. Karsinoma invasif** - Karsinoma mikroinvasif (stadium IA1) diobati dengan histerektomi ekstrasfasial sederhana. Kanker stadium IA2, IB1, dan IIA dapat diobati dengan histerektomi radikal dengan radiasi dan kemoterapi bersamaan atau dengan radiasi plus kemoterapi saja. Wanita dengan stadium IB1 dapat menjadi kandidat untuk operasi hemat kesuburan yang mencakup trakelektomi

radikal dan diseksi kelenjar getah bening dengan pelestarian rahim dan ovarium. Kanker stadium IB2, IIB, III, dan IV diobati dengan terapi radiasi ditambah kemoterapi bersamaan.

Prognosis

Tingkat kelangsungan hidup relatif 5 tahun keseluruhan untuk karsinoma serviks adalah 68% pada wanita kulit putih dan 55% pada wanita kulit hitam di Amerika Serikat. Tingkat kelangsungan hidup berbanding terbalik dengan stadium kanker: stadium 0, 99–100%; stadium IA, lebih dari 95%; stadium IB–IIA, 80–90%; tahap IIB, 65%; tahap III, 40%; dan stadium IV, kurang dari 20%.

Indikasi Rujuk

Semua pasien dengan karsinoma serviks invasif (stadium IA atau lebih tinggi) harus dirujuk ke ahli onkologi ginekologi.

American Cancer Society. Survival rates for cervical cancer, by stage, January 3, 2020. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosisstaging/survival.html>

- Cantillo E et al. Less is more: minimally invasive and quality surgical management of gynecologic cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019 Mar;46(1):55–66. [PMID: 30683266]
- Johnson CA et al. Cervical cancer: an overview of pathophysiology and management. *Semin Oncol Nurs.* 2019 Apr;35(2):166–74. [PMID: 30878194]
- US Preventive Services Task Force; Curry SJ et al. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2018 Aug 21;320(7):674–86. [PMID: 30140884]
- Van Dyne EA et al. Trends in human papillomavirus-associated cancers—United States, 1999–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018 Aug 24;67(33):918–24. [PMID: 30138307]

KARSINOMA ENDOMETRIUM

ESSENSIAL

- Pendarahan abnormal adalah tanda yang muncul pada 90% kasus. Papanicolaou smear sering negatif.
- Setelah tes kehamilan negatif, jaringan endometrium diperlukan untuk mengkonfirmasi diagnosis.

Pertimbangan Umum

Adenokarsinoma endometrium adalah kanker paling umum kedua pada saluran genital wanita. Paling sering terjadi pada wanita berusia 50-70 tahun.

Obesitas, nuliparitas, diabetes, ovarium polikistik dengan anovulasi berkepanjangan, terapi estrogen tanpa hambatan, dan penggunaan tamoxifen yang diperpanjang untuk pengobatan kanker payudara juga merupakan faktor risiko. Wanita dengan riwayat keluarga kanker usus besar (kanker kolorektal nonpoliposis herediter, sindrom Lynch) memiliki peningkatan risiko yang signifikan, dengan insiden seumur hidup setinggi 30%.

Pendarahan abnormal adalah tanda yang muncul pada 90% kasus. Setiap perdarahan pascamenopause memerlukan penyelidikan. Nyeri umumnya terjadi pada akhir penyakit, dengan metastasis atau infeksi.

Apusan papanicolaou pada serviks kadang-kadang menunjukkan sel-sel endometrium atipikal tetapi merupakan alat diagnostik yang tidak sensitif. Pengambilan sampel endoserviks dan endometrium adalah satu-satunya cara diagnosis yang dapat diandalkan. Histeroskopi simultan dapat menjadi tambahan yang berharga untuk melokalisasi polip atau lesi lain di dalam rongga rahim. Ultrasonografi

panggul dapat digunakan untuk menentukan ketebalan endometrium sebagai indikasi hipertrofi dan kemungkinan perubahan neoplastik. Penemuan lapisan endometrium yang tipis pada ultrasound secara klinis meyakinkan dalam kasus-kasus di mana sangat sedikit jaringan yang dapat diperoleh melalui biopsi endometrium.

Penilaian patologis penting dalam membedakan hiperplasia, yang seringkali dapat diobati secara hormonal

Pencegahan

Pengambilan sampel endometrium segera untuk pasien yang melaporkan perdarahan menstruasi abnormal atau perdarahan uterus pascamenopause akan mengungkapkan banyak kasus kanker endometrium yang baru jadi dan juga klinis. Wanita yang lebih muda dengan anovulasi kronis berisiko mengalami hiperplasia endometrium dan kanker endometrium berikutnya; mereka dapat secara signifikan mengurangi risiko hiperplasia dengan

penggunaan kontrasepsi oral atau terapi progestin siklik

Penentuan Stadium

Staging dan prognosis didasarkan pada evaluasi bedah dan patologis saja. Pemeriksaan di bawah anestesi, pengambilan sampel endometrium dan endoserviks, radiografi dada, urografi intravena, sistoskopi, sigmoidoskopi, sonografi transvaginal, dan MRI akan membantu menentukan tingkat penyakit dan pengobatan yang tepat.

Tatalaksana

Pengobatan terdiri dari histerektomi total dan salpingo-ooforektomi bilateral. Pencucian peritoneum untuk pemeriksaan sitologi dilakukan secara rutin dan pengambilan sampel simpul dapat dilakukan. Wanita dengan kanker endometrium risiko tinggi (adenokarsinoma serosa, karsinoma sel jernih, karsinoma endometrioid sangat invasif derajat 3, dan penyakit stadium III/IV) umumnya diobati dengan pembedahan diikuti dengan kemoterapi dan/atau terapi radiasi.

Prognosis

Dengan diagnosis dan pengobatan dini, kelangsungan hidup 5 tahun secara keseluruhan adalah 80-85%. Dengan penyakit stadium I, kedalaman invasi miometrium adalah prediktor terkuat untuk bertahan hidup, dengan 98% kelangsungan hidup 5 tahun dengan kurang dari 66% kedalaman invasi dan 78% bertahan hidup dengan 66% atau lebih invasi.

Indikasi Rujuk

Semua pasien dengan karsinoma endometrium harus dirujuk ke ahli onkologi ginekologi.

- Bodurtha Smith AJ et al. Sentinel lymph node assessment in endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 May;216(5):459–76. [PMID: 27871836]
- McDonald ME et al. Endometrial cancer: obesity, genetics and targeted agents. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019 Mar;46(1):89–105. [PMID: 30683268]
- Passarello K et al. Endometrial cancer: an overview of pathophysiology, management and care. *Semin Oncol Nurs.* 2019 Apr;35(2):157–65. [PMID: 30867105]
- Visser NCM et al. Accuracy of endometrial sampling in endometrial carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2017 Oct;130(4):803–13. [PMID: 28885397]

KARSINOMA VULVA

ESSENSIAL

- Dua jalur independen untuk pengembangan: HPV atau peradangan kronis.
- Riwayat iritasi vulva yang berkepanjangan, dengan pruritus, rasa tidak nyaman lokal, atau sekret berdarah ringan.
- Lesi awal mungkin menunjukkan atau termasuk gangguan epitel non-neoplastik.
- Lesi lanjut muncul sebagai massa, pertumbuhan eksofitik, atau area ulserasi yang keras di vulva.
- Biopsi diperlukan untuk diagnosis.

Pertimbangan Umum

Sebagian besar kanker vulva adalah lesi skuamosa yang secara klasik terjadi pada wanita berusia di atas 50 tahun. Beberapa subtype (khususnya 16, 18, dan 31) HPV telah diidentifikasi pada beberapa tetapi tidak semua kanker vulva. Sekitar 70-90% neoplasia intraepitel vulva (VIN) dan 40-60% kanker vulva terkait dengan HPV. Vulvar lichen sclerosus juga dikaitkan dengan peningkatan risiko terkena kanker vulva. Seperti pada lesi sel skuamosa serviks, sistem penilaian VIN dari displasia ringan hingga karsinoma in situ digunakan.

Diagnosis Banding

Lesi vulva lainnya harus dipertimbangkan. Neoplasia intraepitel vulva dapat menyerupai kanker vulva dan harus dibedakan dengan histologi. Gangguan vulva jinak yang harus disingkirkan dalam diagnosis karsinoma vulva termasuk dermatosis inflamasi vulva (psoriasis, lichen sclerosus, lichen planus), lesi granulomatosa kronis (misalnya, limfogranuloma venereum, sifilis), kondiloma, kista inklusi epidermal, hidradenoma, atau neurofibroma. Lichen sclerosus dan perubahan leukoplakik terkait lainnya pada kulit harus dibiopsi. Kemungkinan bahwa kanker vulva yang tumpang tindih akan berkembang pada wanita dengan kelainan epitel non-neoplastik sangat rendah (1–5%).

Diagnosis

Biopsi sangat penting untuk diagnosis VIN dan kanker vulva dan harus dilakukan dengan lesi vulva atipikal yang terlokalisir, termasuk bercak putih. Beberapa spesimen skin-punch dapat diambil di kantor dengan anestesi lokal, dengan hati-hati untuk memasukkan jaringan dari tepi setiap sampel lesi.

Kolposkopi dari vulva, vagina, dan serviks dapat membantu dalam mengidentifikasi area untuk biopsi dan dalam merencanakan perawatan lebih lanjut.

Penentuan Stadium

Kanker vulva umumnya menyebar melalui perluasan langsung ke dalam vagina, uretra, perineum, dan anus, dengan penyebaran terputus-putus ke kelenjar getah bening inguinal dan femoralis. Pementasan didasarkan pada gabungan sistem klinis dan bedah/patologis.

Tata Laksana

Karsinoma invasif terbatas pada vulva tanpa bukti penyebaran ke organ yang berdekatan atau ke kelenjar getah bening regional diobati dengan eksisi lokal luas dan limfadenektomi inguinal atau eksisi lokal luas saja jika invasi kurang dari 1

Untuk menghindari morbiditas limfadenektomi inguinalis, beberapa pedoman merekomendasikan pengambilan sampel kelenjar getah bening sentinel untuk wanita dengan kanker vulva stadium awal. Pasien dengan penyakit yang lebih lanjut dapat

menerima radiasi pra operasi, kemoterapi, atau keduanya.

Prognosis

Karsinoma vulva sel basal sangat jarang bermetastasis. Dengan eksisi yang memadai, prognosinya sangat baik. Pasien dengan SCC vulva invasif dengan diameter 2 cm atau kurang, tanpa metastasis kelenjar getah bening inguinal, memiliki tingkat kelangsungan hidup 5 tahun 85-90%. Jika lesi lebih besar dari 2 cm dan keterlibatan kelenjar getah bening, kemungkinan kelangsungan hidup 5 tahun adalah sekitar 40%.

Indikasi Rujuk

Semua pasien dengan karsinoma vulva invasif harus dirujuk ke ahli onkologi ginekologi.

Allbritton JI. Vulvar neoplasms, benign and malignant. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017 Sep;44(3):339–52. [PMID: 28778635]

Dellinger TH et al. Surgical management of vulvar cancer. *J Natl Compr Canc Netw.* 2017 Jan;15(1):121–8. [PMID: 28040722]

Halec G et al. Biological relevance of human papillomaviruses in vulvar cancer. *Mod Pathol.* 2017 Apr;30(4):549–62. [PMID: 28059099]

Koh WJ et al. Vulvar cancer, Version 1.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2017 Jan;15(1):92–120. [PMID: 28040721]

KARSINOMA OVARIUM & TUMOR OVARIUM

ESSENSIAL

- Gejalanya meliputi ketidaknyamanan gastrointestinal yang tidak jelas, tekanan panggul, atau nyeri.
- Banyak kasus kanker stadium awal tidak menunjukkan gejala.
- Pemeriksaan panggul dan USG adalah andalan diagnosis.

Pertimbangan Umum

Tumor ovarium sering terjadi. Sebagian besar jinak, tetapi tumor ovarium ganas adalah penyebab utama kematian akibat kanker ginekologi. Beragamnya jenis dan pola tumor ovarium disebabkan oleh kompleksitas embriologi ovarium dan perbedaan jaringan asal.

Pada wanita tanpa riwayat keluarga kanker ovarium, risiko seumur hidup adalah 1,6%, sedangkan wanita dengan satu kerabat tingkat pertama yang terkena memiliki risiko seumur hidup 5%. Skrining ultrasonografi atau penanda tumor untuk wanita dengan satu atau tidak ada kerabat tingkat pertama yang terkena belum terbukti mengurangi kematian akibat kanker ovarium, dan risiko yang terkait dengan prosedur bedah profilaksis yang tidak perlu lebih besar daripada manfaatnya pada wanita berisiko rendah. Dengan dua atau lebih kerabat tingkat pertama yang terkena, risikonya adalah 7%. Sekitar 3% wanita dengan dua atau lebih yang pertama kali terkena kerabat gelar akan memiliki sindrom kanker ovarium herediter dengan risiko seumur hidup 40%. Wanita dengan BRCA1 mutasi gen memiliki risiko 45% seumur hidup kanker ovarium dan mereka dengan a BRCA2 mutasi, risiko 25%. Pertimbangan harus diberikan untuk skrining dengan sonografi transvaginal dan tes CA 125 serum, dimulai pada usia 30-35 tahun untuk wanita dengan BRCA1 atau usia

35–40 untuk wanita dengan BRCA2 atau 5-10 tahun lebih awal dari usia paling awal saat kanker ovarium pertama kali didiagnosis pada setiap anggota keluarga. Sebagai catatan, rejimen skrining ini belum terbukti mengurangi angka kematian; dengan demikian, profilaksis ooforektomi harus dipertimbangkan pada akhir persalinan.

Manifestasi Klinis

A. Gejala dan Tanda

Kebanyakan wanita dengan neoplasma ovarium jinak dan ganas tidak menunjukkan gejala atau hanya mengalami gejala gastrointestinal nonspesifik ringan atau tekanan panggul. Wanita dengan penyakit ganas lanjut mungkin mengalami sakit perut dan kembung, dan massa perut teraba dengan asites sering hadir.

B. Temuan Laboratorium

Serum CA 125 meningkat pada 80% wanita dengan kanker ovarium epitel secara keseluruhan tetapi hanya pada 50% wanita dengan penyakit dini. Namun, CA 125 dapat meningkat pada wanita premenopause dengan penyakit jinak (seperti endometriosis), meminimalkan kegunaannya dalam

skrining kanker ovarium. Pada wanita premenopause dengan massa ovarium, penanda tumor lainnya (seperti human chorionic gonadotropin [hCG], lactate dehydrogenase, atau alpha-fetoprotein) dapat menjadi indikator jenis tumor.

C. Pencitraan

Sonografi transvaginal berguna untuk skrining wanita berisiko tinggi tetapi memiliki sensitivitas yang tidak memadai untuk skrining wanita berisiko rendah. Ultrasonografi sangat membantu dalam membedakan massa ovarium yang jinak dan cenderung sembuh secara spontan dari yang berpotensi ganas. Pencitraan Color Doppler dapat lebih meningkatkan spesifisitas diagnosis ultrasound.

Diagnosis Banding

Setelah massa ovarium terdeteksi, itu harus dikategorikan sebagai fungsional, neoplastik jinak, atau berpotensi ganas. Faktor prediktif meliputi usia, ukuran massa, konfigurasi USG, kadar CA 125 serum, adanya gejala, dan apakah massa unilateral atau bilateral. Kista sederhana dengan diameter hingga 5 cm hampir secara universal jinak pada

pasien pramenopause dan pascamenopause. Sebagian besar akan sembuh secara spontan dan dapat dipantau tanpa intervensi. Jika massa lebih besar atau tidak berubah pada pemeriksaan panggul ulang dan sonografi transvaginal, evaluasi bedah diperlukan.

Pendekatan laparoskopi atau robotik dapat digunakan untuk ooforektomi dan staging pada kanker ovarium stadium awal ketika massa ovarium kecil. Dalam kasus ini, keganasan sering tidak terdiagnosis sebelum operasi. Data (retrospektif) membandingkan terbuka dengan pendekatan laparoskopi untuk pementasan kanker ovarium terbatas. Laparotomi umumnya lebih disukai untuk staging dan debulking jika keganasan dicurigai dari temuan pada USG transvaginal dengan skor morfologi, penilaian warna Doppler kualitas vaskular, dan tingkat CA 125.

Tata Laksana

Jika dicurigai adanya massa ovarium yang ganas, evaluasi bedah harus dilakukan oleh ahli onkologi ginekologi. Untuk neoplasma jinak, pengangkatan tumor atau ooforektomi unilateral biasanya

dilakukan. Untuk kanker ovarium stadium awal, terapi standar adalah stadium bedah lengkap diikuti dengan histerektomi dan salpingo-ooforektomi bilateral dengan omentektomi dan limfadenektomi selektif. Dengan penyakit yang lebih lanjut, sebagai tambahan, pengangkatan semua tumor yang terlihat secara agresif meningkatkan kelangsungan hidup. Kecuali untuk wanita dengan kanker ovarium derajat rendah pada stadium awal, kemoterapi pasca operasi diindikasikan (lihat Tabel 39–3). Beberapa regimen kemoterapi efektif, seperti kombinasi cisplatin atau carboplatin dengan paclitaxel, dengan tingkat respons klinis hingga 60-70% (lihat Tabel 39–13).

Prognosis

Penyakit lanjut didiagnosis pada sekitar 75% wanita dengan kanker ovarium. Kelangsungan hidup 5 tahun secara keseluruhan adalah sekitar 17% dengan metastasis jauh, 36% dengan penyebaran lokal, dan 89% dengan penyakit dini.

Indikasi Rujuk

Jika massa ganas dicurigai, evaluasi bedah harus dilakukan oleh ahli onkologi ginekologi.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 716: The role of the obstetrician-gynecologist in the early detection of epithelial ovarian cancer in women at average risk. *Obstet Gynecol.* 2017 Sep;130(3):e146–9. [PMID: 28832487]

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 793: Hereditary cancer syndromes and risk assessment. *Obstet Gynecol.* 2019 Dec;134(6):e143–9. [PMID: 31764758] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ovarian cancer screening. 2019 Aug 15. https://www.cdc.gov/cancer/ovarian/basic_info/screening.htm

US Preventive Services Task Force, Grossman DC et al. Screening for ovarian cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2018 Feb 13;319(6):588–94. [PMID: 29450531]

1Dr. Long is an employee of the National Institutes of Health (NIH). The views expressed in this chapter are hers and Dr. Woo's and do not necessarily represent the views of the NIH or the US government.