

MODUL
ASUHAN KEBIDANAN PADA
PERIMENOPAUSE



YAYASAN RUMAH SAKIT ISLAM NUSA TENGGARA BARAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN YARSI MATARAM
PRODI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA
MATARAM
2022

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Program Studi Kebidanan Program Sarjana, menerima dan menyetujui modul pembelajaran “Asuhan Kebidanan pada Perimenopause” yang disusun oleh:

Nama/NIDN : 1. Regina Pricilia Yunika, S.Tr.Keb., M.Kes. (0818069203)

Program Studi : Prodi Kebidanan Program Sarjana STIKes Yarsi Mataram

Telah membuat modul pembelajaran “Asuhan Kebidanan pada Perimenopause” sesuai dengan mata kuliah yang diampu.

Mataram, September 2022
Prodi Kebidanan Program Sarjana
Ketua,

Irni Setyawati, S.Si.T., M.Keb.
NIK. 0701128001



VISI DAN MISI PRODI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN PRNDIDIKAN PROFESI BIDAN

Visi

Menjadi program studi yang menghasilkan bidan profesional berbasis nilai-nilai islam yang unggul dalam pelayanan kebidanan holistik tahun 2025

Misi

1. Mengembangkan program kegiatan pendidikan dan pengajaran dalam bidang kebidanan berbasis nilai-nilai islam yang unggul dalam pelayanan kebidanan holistik.
2. Mengembangkan penelitian dalam bidang kebidanan yang berorientasi pada pelayanan kebidanan holistik.
3. Mengembangkan pengabdian pada masyarakat dalam bidang kebidanan yang berorientasi pada pelayanan kebidanan holistik.
4. Membangun jejaring kerjasama dengan institusi dan instansi nasional maupun Internasional dalam ruang lingkup Tri Dharma Perguruan Tinggi.

Tujuan

1. Menghasilkan sarjana kebidanan yang mampu menanamkan nilai-nilai islam dalam pelayanan kebidanan serta unggul dalam pelayanan kebidanan holistik.
2. Menghasilkan penelitian inovatif dan aplikatif dengan pendekatan ilmiah yang berfokus pada pelayanan kebidanan holistik.
3. Menghasilkan pengabdian dan pemberdayaan masyarakat secara inovatif yang berfokus pada pelayanan kebidanan holistik.
4. Menjalinkan kerjasama dengan institusi dan instansi nasional maupun Internasional dalam ruang lingkup Tri Dharma Perguruan Tinggi yang berfokus pada pelayanan kebidanan holistik untuk menunjang pengembangan program studi.

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT, yang telah memberikan kesempatan sehingga saya dapat menyelesaikan modul yang berjudul “Asuhan Kebidanan pada Perimenopause”.

Buku ini berisi materi tentang permasalahan pada perimenopause serta upaya mengatasinya, yang dirangkum dan dipadukan dengan berbagai referensi penelitian terkait lainnya. Penulisan buku ini disusun dalam tata kalimat dan bahasa yang mudah dimengerti. Buku ini terdiri dari 6 bab, yaitu:

- BAB I : Konsep Dasar Perimenopause
- BAB II : Perubahan-perubahan yang Terjadi pada Masa Perimenopause
- BAB III : Kebutuhan pada Masa Perimenopause
- BAB IV : Perdarahan Premenopase dan Postmenopause
- BAB V : Skrining Kanker Payudara dan Servik
- BAB VI : Asuhan kebidanan pada Perimenopause

Semoga hadirnya modul ini dapat memberikan manfaat dan dapat digunakan oleh mahasiswa kesehatan, dosen kebidanan dan seluruh masyarakat.

Mataram, September 2022

Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pengesahan	ii
Visi dan Misi	iii
Kaya Pengantar	iv
Daftar Isi	v
BAB I Konsep Dasar Perimenopause	1
BAB II Perubahan-perubahan yang Terjadi pada Masa Perimenopause	7
BAB III Kebutuhan pada Masa Perimenopause	19
BAB IV Perdarahan Premenopase dan Postmenopause	32
BAB V Skrining Kanker Payudara dan Kanker Servik	44
BAB VI Asuhan Kebidanan pada Perimenopause	107

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB I

KONSEP DASAR PERIMENOPAUSE

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti pembelajaran ini mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep dasar perimenopause dengan tepat.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti pembelajaran ini mahasiswa mampu menjelaskan tentang:

- a. Pengertian perimenopause dengan tepat
- b. Fisiologi perimenopause dengan tepat
- c. Tahap-tahap masa menopause dengan tepat
- d. Faktor-faktor yang mempengaruhi perimenopause dengan tepat

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Perimenopause adalah masa perubahan antara premenopause dan menopause. Pada masa ini terjadi perubahan karena adanya penurunan hormon estrogen, sehingga berbagai keluhan dirasakan. Bagi beberapa perempuan keluhan tersebut sangat mengganggu aktivitas kegiatan sehari-harinya dan keharmonisan rumah tangga. Keluhan dan ketidaknyamanan yang terjadi sering disebut “sindrom klimakterik”. Periode perimenopause umumnya dimulai pada usia 40 tahun (Kemenkes RI, 2010).

Menopause merupakan kejadian normal dalam hidup perempuan. Beberapa hasil studi tentang kesehatan perempuan pada usia menengah (middle-age) menunjukkan sebagian besar perempuan menyatakan bukan merupakan pengalaman negative. Pada masa ini banyak keluhan muncul yang disebabkan faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya. Ketidaktahuan terhadap perubahan-perubahan yang terjadi saat ini dapat menimbulkan stress yang berlebihan. Sebaliknya apabila mengerti terhadap proses fisiologis yang

menyebabkan perubahan menstruasi ini, akan memberikan kekuatan untuk beradaptasi, sehingga perempuan dapat menerima perubahan dalam menghadapi menopause (Kemenkes RI, 2010).

Menopause adalah periode transisi perkembangan dalam kehidupan seorang wanita. Hal ini terkait dengan proses alami penuaan, penurunan fungsi ovarium, dan perubahan anatomi. Menopause disertai dengan gejala yang berbeda dan perubahan peran sosial, konotasi sosial, dan budaya (Rotem dkk, 2005).

2. Fisiologi Menopause

Menopause bukanlah kejadian tiba-tiba, tetapi merupakan hasil kumulatif dari kejadian-kejadian yang panjang sebelumnya, dari mulai janin, pubertas, kehamilan, dan menopause. Saat bayi lahir cukup bulan, jumlah folikel primordial dalam kedua ovarium telah lengkap, sebanyak 750.000 dan tidak bertambah lagi dalam kehidupan selanjutnya (Kemenkes RI, 2010).

Hormon estrogen dan progesterone masih tinggi pada masa premenopause, semakin rendah ketika memasuki masa perimenopause dan postmenopause. Hal ini berhubungan dengan fungsi ovarium yang terus menurun. Semakin meningkat usia seorang wanita, semakin menurun jumlah sel telur. Keadaan ini terjadi karena terjadi ovulasi pada setiap siklus menstruasi, antara 20-1000 sel telur tumbuh dan berkembang, tetapi hanya satu atau kadang-kadang lebih yang berkembang sampai matang yang kemudian mengalami ovulasi. Proses ini terus menerus selama kehidupan wanita hingga sekitar 50 tahun karena produksi ovarium menjadi sangat berkurang dan akhirnya berhenti bekerja (Kasdu, 2008).

3. Tahap-tahap Menopause

Menopause terdiri dari beberapa tahap, yaitu (Kupperman dkk, 1959; Harlow dkk, 2012; Nananda dkk, 2009):

a. Masa Premenopause

Fase ini terjadi antara usia 40 tahun dan dimulainya fase klimakterik. Fase ini ditandai dengan siklus haid yang tidak teratur,

perdarahan haid yang memanjang dan jumlah darah haid yang relatif banyak, dan kadang-kadang disertai nyeri haid (dismenorea).

b. Masa Perimenopause Awal

Fase ini merupakan fase peralihan antara premenopause dan postmenopause. Fase ini ditandai dengan siklus haid yang tidak teratur. Sebanyak 40% wanita siklus haidnya anovulatorik. Meskipun terjadi ovulasi, kadar progesterone tetap rendah sedangkan kadar FSH, LH, dan estrogen sangat bervariasi (tinggi, rendah). Pada umumnya wanita telah mengalami berbagai jenis keluhan klimakterik.

c. Masa Perimenopause Lambat

Masih mengalami menstruasi pada 2-12 bulan sebelumnya, namun pada 2 bulan terakhir ini tidak. Ditandai dengan ketidakteraturan menstruasi secara progresif. Fase ini berakhir setelah 1 tahun periode menstruasi terakhir.

d. Menopause

Menopause merupakan berhentinya haid, yang menunjukkan berakhirnya kemampuan bereproduksi seorang wanita (Ghani, 2009). Menopause diklasifikasikan menjadi dua, yaitu menopause alami dan menopause prematur. Kriteria menopause alami adalah tidak haid selama 12 bulan berturut-turut pada usia 40 sampai 56 tahun dan kadar FSH lebih dari atau sama dengan 40 mIU/ml dan estradiol kurang dari 20 pg/ml selama dua kali pemeriksaan. Kriteria menopause prematur adalah tidak haid selama 12 bulan berturut-turut pada usia kurang dari 40 tahun dan kadar hormon sesuai dengan keadaan menopause alami (HIFERI POGI, 2010).

e. Post Menopause Awal

Fase Menopause Awal adalah interval dalam waktu 4 tahun dari akhir periode menstruasi.

f. Post Menopause Akhir

Fase Menopause Akhir adalah fase 5 tahun atau lebih periode menstruasi terakhir. Pada fase ini ovarium sudah tidak berfungsi sama sekali, kadar estradiol berada antara 20-30 pg/ml, dan kadar hormon gonadotropin biasanya meningkat karena terhentinya produksi inhibin akibat tidak tersedianya folikel dalam jumlah yang cukup.

Tabel 1.1 Tahap-tahap Menopause (Nananda dkk, 2009)

Karakteristik	Transisi Menopause		Post Menopause	
	Perimenopause Awal	Perimenopause Akhir	Post Menopause Awal	Post Menopause Akhir
Siklus menstruasi	Bervariasi biasanya ada perbedaan 7 hari daripada biasanya	Terdapat penundaan siklus sampai dengan $\geq 2x$ siklus dan interval amenorea ≥ 60 hari	Tidak ada	Tidak ada
Median umur	47,5 tahun	-	51,3 tahun	56,3 tahun
Kadar FSH	Tinggi (>30 mIU/ml)	Tinggi	Sangat tinggi (70-90 mIU/ml)	Sangat tinggi
Kadar LH	Tinggi	Tinggi	Sangat tinggi	Sangat tinggi
Prevalensi gejala vasomotor	15-20%	20 – 30%	35 – 55%	Pada awalnya 30% tetapi berangsur-angsur mengalami pengurangan
Prevalensi kekeringan vagina dan nyeri hubungan seksual			10 – 30%	35 – 47%

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perimenopause

Faktor-faktor yang mempengaruhi menopause, sebagai berikut (Kemenkes RI, 2010):

a. Kondisi yang mempercepat

- 1) Genetik
- 2) Nullipara
- 3) Perempuan dengan Diabtes Melitus
- 4) Perokok Berat

- 5) Kurang Gizi
 - 6) Perempuan Vegetarian
 - 7) Perempuan yang Hidup pada Ketinggian Lebih 4000 Meter
- b. Kondisi yang memperlambat
- 1) Perempuan yang sering melahirkan
 - 2) Konsumsi Daging
 - 3) Mengonsumsi Alkohol dalam jumlah tertentu

C. Rangkuman

Perimenopause adalah masa perubahan antara premenopause dan menopause. Pada masa ini terjadi perubahan karena adanya penurunan hormon estrogen, sehingga berbagai keluhan dirasakan. Kejadian ini disebabkan oleh berbagai kondisi. Kondisi yang mempercepat terjadinya menopause diantaranya genetik, nullipara, perempuan DM, perokok berat, kurang gizi dan perempuan vegetarian, sedangkan kondisi yang bisa memperlambat diantaranya perempuan yang sering melahirkan, konsumsi daging, dan alkohol.

D. Tugas

Untuk memperdalam pemahaman Mahasiswa mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

1. Jelaskan pengertian perimenopause!
2. Jelaskan fisiologi terjadinya perimenopause!
3. Jelaskan tahap-tahap masa menopause!
4. Jelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi perimenopause!

E. Tes

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1. Seorang perempuan usia 47 tahun datang ke BPM mengeluh haidnya sudah tidak teratur dalam satu tahun terakhir ini, terasa panas dan susah tidur. Hasil

pemeriksaan menunjukkan TTV dalam batas normal. Perempuan tersebut sudah masuk dalam periode apa?

- a. Premenopause
 - b. Perimenopause awal
 - c. Perimenopause lambat
 - d. Menopause
2. Seorang perempuan usia 49 tahun datang ke BPM mengeluh sudah tidak pernah haid selama 1 tahun terakhir. Hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal. Perempuan tersebut sudah masuk dalam periode apa?
- a. Premenopause
 - b. Perimenopause awal
 - c. Perimenopause lambat
 - d. Menopause
3. Jumlah kadar FSH pada perempuan yang sudah masuk menopause adalah...
- a. <40 MIU/ml
 - b. >40 MIU/ml
 - c. ≥ 40 MIU/ml
 - d. ≤ 40 MIU/ml
4. Di bawah ini kondisi yang memperlambat terjadinya menopause adalah...
- a. Genetik
 - b. Nullipara
 - c. perempuan DM
 - d. Multipara

BAB II

PERUBAHAN-PERUBAHAN YANG TERJADI PADA PERIMENOPAUSE

A. Tujuan

1. Umum

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa mampu menjelaskan tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada masa perimenopause

2. Khusus

Mahasiswa mampu menjelaskan tentang:

- a. Perubahan hormon pada masa perimenopause dengan tepat
- b. Perubahan pola menstruasi pada masa perimenopause dengan tepat
- c. Perubahan psikososial pada masa perimenopause dengan tepat
- d. Perubahan pola hubungan seksual pada masa perimenopause dengan tepat
- e. Perubahan kesehatan payudara pada masa perimenopause dengan tepat
- f. Perubahan alat reproduksi dan sistem genital pada masa perimenopause dengan tepat
- g. Perubahan Metabolisme pada masa perimenopause dengan tepat
- h. Perubahan sistem respirasi pada masa perimenopause dengan tepat
- i. Perubahan kardiovaskuler pada masa perimenopause dengan tepat
- j. Perubahan neuromuskuloskletal pada masa perimenopause dengan tepat

B. Uraian Materi

Perubahan-perubahan yang terjadi pada masa perimenopause, sebagai berikut (Kemenkes RI, 2010):

1. Perubahan Hormon

Pada masa perimenopause terjadi penurunan hormon estrogen disebabkan jumlah sel telur berkurang sampai habis dan fungsi ovarium berhenti. Perubahan hormon ini menimbulkan gejala sebagai berikut:

a. Jangka pendek

1) Keluhan Vasomotor

Keluhan vasomotor yang muncul berupa gejala panas (hot flushes) terasa panas di wajah, berkeringat, dan merasa terbakar, sering disertai dengan palpitasi dan kecemasan (anxietas) atau kadang-kadang disertai rasa dingin. Gejala ini terjadi beberapa bulan atau beberapa tahun (dalam 2 tahun) 70% perempuan mengalami hot flushes ini. Gangguan tidur ini sering disertai dengan menurunnya semangat perasaan riang, kehilangan tenaga, gangguan nafsu makan, meningkatnya keluhan somatic dan masa psikis karena depresi.

2) Psikologik

Wanita dalam masa perimenopause akan mengalami perasaan takut, gelisah, mudah tersinggung, lekas marah, tidak konsentrasi, perubahan perilaku, depresi, gangguan libido.

3) Urogenital (saluran kencing dan kemaluan)

Wanita dalam masa perimenopause akan mengalami akan mengalami nyeri senggama, vagina kering, keputihan/infeksi, perdarahan paska senggama, infeksi saluran kemih, gatal pada vagina/vulva, iritasi, peranakan turun, nyeri berkemih, dan ngompol.

4) Kulit

Kering/menipis, gatal-gatal, keriput, kuku rapuh, berwarna kuning.

5) Rambut

Menipis, tumbuh di sekitar bibir, hidung dan telinga.

6) Mata

Infeksi, kesulitan menggunakan lensa kontak.

7) Tulang

Nyeri tulang/otot

8) Kolesterol

Kolesterol tinggi, HDL turun (lemak yang melindungi jantung), LDL naik (lemak yang merugikan jantung).

b. Jangka Panjang

- 1) Osteoporosis
- 2) Penyakit jantung koroner
- 3) Aterosklerosis (penyempitan dan pengerasan dinding pembuluh darah)
- 4) Stroke
- 5) Pikun (dementia)
- 6) Kanker usu besar

2. Perubahan pola menstruasi

Pola menstruasi menjadi jaang, jumlahnya sedikit, spotting dan kemudian berhenti. Pada beberapa pola menstruasi menjadi lebih sering dan lebih banyak, ini menggambarkan adanya produksi estrogen yang berlanjut dengan ovulasi/tanpa ovulasi. Hal ini terjadi kemungkinan karena adanya penyakit organik, misalnya hiperplasi, endometriosis atau ca endometrium. Hanya 10% perempuan yang amenorrhoe secara tiba-tiba. 70% mengalami oligomenorrhoe/hypermenorrhoe, 18% menorrhagia dan hypermenorrhoe. Perdarahan yang terjadi setelah lebih dari satu tahun amenorrhoe kemungkinan adanya penyakit organik, perlu dicari penyebabnya.

3. Perubahan psikososial

Perubahan kejiwaan sangat tergantung dari pribadi masing-masing dan tergantung pada pandangan menghadapi menopause. Hal ini juga dipengaruhi apakah perempuan tersebut menikah/tidak dan apakah dikelilingi anak cucu atau kehidupan keluarga yang bahagia.

Pada perempuan yang mendapatkan informasi yang baik dan yang memiliki kemampuan menyesuaikan dengan baik, perubahan psikologi ini sangat ringan bahkan tidak berarti, sehingga ketidakstabilan emosi dangat singkat. Namun pada sebagian kecil perempuan peristiwa tersebut dibebani oleh pikiran yang bukan-bukan, sehingga mengalami kecemasan yang berkepanjangan.

Pemikiran bahwa menopause berarti kahir dari masa reproduksi, yang berarti berhnetinya nafsu seksual dan fisik menimbulkan rasa takut dan cemas bagi perempuan.

Walaupn sulit melihat hubungan langsung antara estrogen dan depresi, tapi hasil penelitian Maryatul, dkk (2005) menunjukkan bahwa adanya peningkatan kejadian gejala depresi selama masa perimenopause, dan adanya mekanisme efek steroid seks di otak dapat menyebabkan depresi. Sehingga kadar estrogen yang rendah dan faktor stressor psikososial merupakan faktor yang berperan untuk terjadinya depresi pada masa perimenopause. Perubahan emosi juga disebabkan faktor sosial, sehingga perempuan merasa tidak dibutuhkan, tidak menarik, dan kuranf percaya diri.

Gejala psikologis lain ansietas, sakit kepala, insomnia, mudah lelah, gangguan seksual, penurunan fungsi kognitif terutama fungsi memori dan lain-lain. Faktor lingkungan yang juga sangat mendukung terjadinya stressor psikososial seperti berhenti bekerja/pension, anak-anak meninggalkan rumah, kematian atau perceraian, dan usia tua (emptiness syndrome).

4. Perubahan pola hubungan seksual

Terjadi penurunan aktivitas seksual pada menopause, tetapi sebagian pasangan masa tua menambah keinginan untuk melakukan aktivitas seksual. Jadi kesenangan dalam aktivitas ini sangat beragam alasan; perasaan feminim, tidak adanya ketegangan, meningkatnya kualitas tidur, tidak ada emosi, dapat menimbulkan perasaan keintiman, namun beberapa perempuan merasakan ketidaknyamanan, tidak enak, disparineunia (nyeri senggama) dan kekeringan.

5. Perubahan kesehatan payudara

Terjadi perubahan jaringan buah dada. Risiko kanker buah dada harus diidentifikasi, karena menopause dini dan lambat diketahui sebagai faktor risiko terjadinya ca mammae.

6. Perubahan alat reproduksi dan sistem genital

a. Urogenital

Alat genital perempuan dan saluran kemih bagian bawah sangat dipengaruhi oleh estrogen. Kekurangan estrogen dapat menimbulkan berbagai jenis keluhan, mulai dari yang ringan sampai dengan yang berat. Banyak perempuan yang tidak mau berkonsultasi dengan dokter. Keluhan genital dapat berupa: iritasi, rasa panas, gatal, keputihan, nyeri, berkurang cairan vagina, dan dinding vagina berkerut. Keluhan pada saluran kemih berupa sering berkemih, tidak dapat menahan kencing, nyeri berkemih, sering berkemih malam, dan inkontinensia.

b. Ovarium

Pada usia lebih 30 tahun ovarium mulai mengecil dan jumlah kista fungsional bertambah, yang mencapai puncaknya antara usia 40-45 tahun.

Pada usia ini tidak jarang ditemukan hiperplasia stroma ovarium, dan setelah menopause akan berkurang, dimana stroma ovarium menjadi fibrotic. Meskipun telah menghentikan fungsinya, ovarium masih tetap sebagai organ endokrin karena setelah menopause, sel-sel halus dan sel-sel stromanya masih dapat memproduksi testosterone androstendion dalam jumlah besar dan memproduksi estradiol dan progesterone dalam jumlah kecil. Pada perempuan yang dilakukan ooforektomi bilateral terjadi penghentian produksi androgen.

Kista ovarium dijumpai pada 30% perempuan pasca menopause awal dan sebanyak 10% dijumpai pada pasca menopause. Pemberian TSH pada awal menopause dapat mengurangi timbulnya kista ovarium, sedangkan pemberian pada pasca menopause lanjut tidak memiliki pengaruh lagi.

c. Uterus

Begitu memasuki usia pramenopause, panjang kavum uteri mulai berkurang. Pasca menopause terjadi involusi miometrium, yang bila terdapat miom uterus tersebut akan mengalami regresi. Hal ini disebabkan

rendahnya estrogen dalam darah. Endometrium menjadi atropi dan ketebalannya kurang 5 mm. Dinding pembuluh darah menjadi tipis dan rapuh. Hal inilah yang menjelaskan mengapa kadang-kadang terjadi perdarahan pada perempuan menopause. Endometrium yang atropi masih memiliki reseptor estrogen, sehingga pemberian TSH dapat menyebabkan penebalan endometrium.

d. Serviks

Pada usia perimenopause, serviks juga mengalami proses involusi, serviks berkerut, serta epitelnya tipis dan mudah cedera. Kelenjar endoservikal juga atropi lender serviks menjadi berkurang. Kekurangan estrogen tidak begitu berpengaruh terhadap epitel serviks dibandingkan terhadap epitel vagina, yang sangat rentan terhadap kekurangan estrogen. Pemberian TSI-1 dapat meningkatkan lender serviks, dan mulut rahim sedikit terbuka.

e. Vulva

Involusi vulva terjadi karena usia tua, sedangkan atrofi hilangnya turgor, dan elastisitas sangat dipengaruhi oleh estrogen. Pasca menopause, rambut pubis mulai berkurang, labia mayora dan klitoris mengecil, dan introitus vagina menjadi sempit dan kering. Kulit vulva menjadi atrofi, lemak subkutan berkurang, terjadi perubahan dalam pembentukan epitel dan korium, yang dewasa ini disebut sebagai distrofi, atau dulu dikenal dengan 'Craurosus vulvae'. Pada distrofi vulva selain terjadi atrofi, juga terjadi perubahan berupa hyperkeratosis.

Pasien mengeluh gatal, nyeri dan sepertinya ada benda asing di vagina. Gatal yang kronis sulit diobati, dan menyebabkan perasaan tidak nyaman. Vulva mudah terkena infeksi (vulvitis) dan infeksi kronik dengan jamur (kandidiasis).

f. Vagina

Pasca menopause terjadi involusi vagina dan vagina kehilangan rugae. Epitel vagina atrofi dan mudah cedera. Vaskularisasi dan aliran

darah ke vagina berkurang sehingga lubrikasi berkurang yang mengakibatkan hubungan seks menjadi sakit. Atrofi vagina menimbulkan rasa panas, gatal, serta kering pada vagina. Pada ovariectomi bilateral, akibat penurunan estrogen yang begitu cepat, kelainan pada vagina terjadi begitu drastis, sedangkan pada menopause alami kelainan-kelainan yang muncul biasanya tidak begitu parah, PH vagina semakin meningkat, sehingga vagina mudah terinfeksi dengan trikomonas, kandida albicans, stafilo dan streptokokus, serta bakteri coli atau gonokokus. Epitel vagina sangat sensitive bereaksi terhadap perubahan estrogen, maka pemberian estrogen dosis rendah saja telah dapat memiliki pengaruh terhadap epitel vagina. Pemberian obat jantung turunan digitalis, seperti digoxin (bukan digoksin) yang memiliki efek mirip estrogen dapat memberikan efek terhadap epitel vagina. Efek yang sama juga terlihat pada penggunaan fitoestrogen.

7. Perubahan Metabolisme

- a. Metabolisme basa menurun, kebutuhan kalori menurun sehingga terjadi perubahan pola makan, yang berakibat cenderung terjadi obesitas.
- b. Penurunan motilitas usus, menyebabkan gangguan pada saluran pencernaan seperti perut kembung, nyeri yang menurunkan nafsu makan. Penurunan motilitas usus dapat juga menyebabkan susah buang air besar yang dapat menyebabkan wasir.
- c. Penurunan sekresi asam lambung dan enzim pencernaan makanan, yang akan mengganggu penyerapan vitamin dan mineral, sehingga dapat menyebabkan defisiensi zat-zat gizi mikro.
- d. Penurunan fungsi gigi geligi yang berdampak pada gangguan fungsi mengunyah.
- e. Kapasitas ginjal dapat terjadi pengenceran natrium sehingga dapat terjadi hiponatremia yang dapat menimbulkan rasa lelah.

8. Perubahan sistem respirasi

System pernapasan meliputi dinding dada dengan otot-ototnya dan seluruh bagian hidung, trachea (batang tenggorokan), bronchus (saluran paru-paru kecil), dan paru-paru. Pada perempuan perimenopause kekuatan otot dada menurun dan sendi tulang iga menjadi kaku.

Hal ini mengakibatkan kelenturan gerak dinding dada menurun sehingga udara yang dihisap dan dikeluarkan bisa menjadi berkurang. Elastisitas paru-paru juga berkurang. Keadaan ini mengakibatkan penurunan laju pernapasan dan berkurangnya pemasukan oksigen.

Sistem pertahanan pernapasan antara lain reflex batuk juga menurun, sehingga mudah terjadi infeksi pada sisten pernapasan karena benda asing (debu, kuman) yang masuk ke dalam saluran pernapasan tidak dapat segera dikeluarkan.

9. Perubahan kardiovaskuler

Berbeda dengan organ tubuh lain yang mengecil pada perempuan perimenopause seperti halnya yang terjadi pada lansia, jantung justru menjadi besar. Katup jantung menebal dan menjadi kaku. Pembuluh darah menjadi tidak elastic (kaku) karena pengaruh asupan makanan yang berkurang dan berubahnya penyerapan zat besi, para perempuan perimenopause sangat mudah jatuh pada kondisi anemia (kurang darah atau kadar Hb rendah). Pada anemia, Hb (haemoglobin) adalah zat yang berfungsi mengikat oksigen dan dibawa oleh darah ke seluruh tubuh jumlahnya sangat kurang. Anemia akan mempengaruhi daya tahan tubuh serta fungsi dari seluruh system tubuh, termasuk jantung. Akibatnya, oksigen ke seluruh tubuh berkurang pula.

10. Perubahan neuromuskuloskeletal

a. Perubahan pada system saraf

System saraf terdiri dari system saraf pusat (SSP) yang terdiri dari otak besar otak kecil, batang otak, medulla spinalis, system saraf tepi (saraf yang keluar dari SSP yang mengatur berbagai gerakan dan indra tubuh) dan system saraf otonom (serabut saraf yang keluar dari system saraf pusat yang mengatur berbagai kegiatan organ tubuh seperti jantung,

lambung, kemlauan, kandung kencing, dsb). Pada perempuan perimenopause terjadi proses degeneratif sehingga fungsi seluruh system saraf dapat menurun. Proses degeneratif ini berjalan seiring bertambahnya usia walaupun perempuan tersebut sehat.

Penyakit saraf pada usia lanjut yang sering terjadi adalah:

- 1) Tremor (anggota tubuh gemetaran)
 - 2) Ksemutan dan mati rasa (anggota tubuh terasa tertusuk-tusuk dan tebal, sering sulit berjalan jika terasa di kaki, sulit memegang benda jika terasa di tangan).
 - 3) Vertigo (pusing berputar, pusing seperti naik kapal laut, jalan seperi sempoyong).
 - 4) Sinkop (pingsan, penurunan kesadaran, “*Fall*”)
 - 5) Gangguan tidur (sulit memulai tidur, sering terbangun)
 - 6) Nyeri (berbagai nyeri: sakit tulang, sakit sendi, sakit punggung, sakit lutut, sakit leher).
 - 7) Demensia (pelupa/pikun, Alzheimer, perubahan tingkah laku, gangguan memori, gangguan intelektualitas, kemunduruan fungsi luhur/mental).
 - 8) Depresi 9kumpulan gejala berupa gangguan nafsu makan, sering maag, gangguan tidur, sering buang air besar, sering merasa tak berguna atau ditinggalkan)
 - 9) Stroke (serangan mendadak pada otak : mulut mrncong, penurunan kesadaran, bicara sengau/pelo, lemah sebelah badan disertai hipertensi, DM/kencing manis)
 - 10) Parkinso (tubuh sulit/lambat bergerak, bergetar, dan kaku).
- b. Perubahan kulit, otot, tulang dan sendi

Dengan berkurangnya hormone estrogen, serabut ototo mengecill dan elastisitasnya menurun, kulit menjadi kering dan kasar, pruritas, gatal dan keriput akibat kehilangan sebagian jaringan lemak dan kelenjar keringat, kelembaban berkurang. Kulit kepala dan rambut menipis, rambut

berubah abu-abu dan memutih. Kuku tumbuh lambat, menjadi keras dan rapuh. Massa tulang berkurang sehingga tulang menjadi rapuh dan mudah patah. Tulang kaki nampak menonjol serta jari-jari menjadi bengkak mengakibatkan sandal atau sepatu yang biasa digunakan tidak enak dipakai lagi. Oleh karena itu, sepatu atau sandal yang digunakan sebaiknya sebaiknya yang rata (bertumit rendah) bagian bawah tidak licin, dengan bahan yang tidak kaku, serta bentuknya yang bisa menutup semua jari-jari kaki, enak dipakai dan nyaman. Pada persendian pun terjadi perubahan bentuk bisa membesar, menjadi kaku, dan mudah lepas. Perubahan pada tulang, otot dan sendi tersebut mengakibatkan keseimbangan terganggu, gerakan kurang lincah sehingga mudah jatuh dan roboh.

Diagnosis Menopause

Diagnosis menopause biasanya didasarkan pada penilaian klinis. Pada wanita umur >45 tahun yang mengalami menstruasi tidak teratur atau tidak mengalami menstruasi serta diikuti dengan gejala vasomotor maka diagnosis menopause sudah bisa ditegakkan. Pada wanita muda yang diduga mengalami kegagalan ovarium dini maka pemeriksaan kadar Folicle Stimulating Hormone (FSH) harus dilakukan. Pengukuran FSH dengan pengambilan darah harus dilakukan di awal dari fase folikular (hari 2-5 dari siklus menstruasi) atau dalam 2 minggu pada saat amenorea untuk menghindari peningkatan ovulasi yang diinduksi kadar FSH. Pemeriksaan kadar Thyroid Stimulating Hormone (TSH) dan prolaktin juga membantu dalam menyelidiki ketidakteraturan menstruasi, kehamilan perlu dikecualikan. Perkiraan tingkat LH, estradiol, progesterone, dan testosterone tidak ada pengaruhnya untuk menegakkan diagnosis kegagalan ovarium, tapi dapat memberikan informasi tentang gangguan siklus menstruasi lainnya (Harlow dkk, 2012; Nananda, 2009; Neves-e-Castro dkk, 2015).

Tabel 2.1 Pemeriksaan Laboratorium untuk Menegakkan Diagnosis Menopause

Pemeriksaan	Penjelasan hasil
Hormon FSH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terjadi peningkatan kadar FSH >30 mIU/ml ▪ Waktu terbaik pemeriksaan sekitar hari ke-3 dari siklus. Jika tidak

Pemeriksaan	Penjelasan hasil
	memungkinkan bisa dilakukan dalam 2 minggu setelah amenorea. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pada wanita usia <40 tahun, diperlukan peningkatan kadar FSH 2-3 kali lipat untuk menegakkan diagnose.
TSH	Untuk mendeteksi hipotiroidisme dan hipertiroidisme
b-hCG	Penapisan bahwa pasien tidak dalam kondisi hamil, walaupun kemungkinan terjadinya kehamilan sangat kecil pada usia ini.
Estradiol	Berguna pada wanita yang sedang menggunakan kontrasepsi hormonal. Kadar estradiol <20 pg/ml setelah 7 hari kontrasepsi dihentikan maka diagnose menopause bisa ditegakkan.

C. Rangkuman

Perubahan-perubahan yang terjadi pada masa perimenopause meliputi perubahan hormon, pola menstruasi, psikososial, pola hubungan seksual, kesehatan payudara, alat reproduksi dan sistem genital, metabolisme, sistem respirasi, kardiovaskuler, dan neuromuskuloskeletal.

D. Tugas

Untuk memperdalam pemahaman Mahasiswa mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

1. Jelaskan perubahan hormone yang terjadi pada masa perimenopause!
2. Jelaskan keluhan yang sering terjadi pada masa perimenopause!
3. Jelaskan pola perubahan seksual yang terjadi pada masa perimenopause!

E. Tes

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1. Seorang perempuan usia 48 tahun datang ke BPM mengeluh terasa panas di wajah, berkeringat, dan merasa terbakar, dan merasa cemas. Perempuan tersebut mengatakan sudah jarang mengalami haid. Hasil TTV dalam batas normal. Apa penyebab perempuan tersebut mengalami keluhan tersebut?
 - a. Peningkatan hormon estrogen
 - b. Penurunan hormon estrogen
 - c. Peningkatan hormon progesterone
 - d. Penurunan hormon progesterone

2. Di bawah ini yang merupakan penyebab terjadinya penurunan estrogen pada perimenopause adalah...
 - a. Penurunan jumlah sel telur
 - b. Ketidakteraturan menstruasi
 - c. Hilangnya keinginan seksual
 - d. Seringnya terjadi insomnia
3. Di bawah ini yang merupakan keluhan jangka pendek pada wanita perimenopause adalah...
 - a. Ketidakteraturan haid
 - b. Aterosklerosis
 - c. Stroke
 - d. Pikun

BAB III

KEBUTUHAN PADA MASA PERIMENOPAUSE

A. Tujuan

1. Umum

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa mampu menjelaskan kebutuhan pada masa perimenopause dengan tepat

2. Khusus

Mahasiswa mampu menjelaskan tentang:

- a. Kebutuhan gizi pada masa perimenopause dengan tepat
- b. Kebutuhan Aktivitas fisik dan olahraga pada masa perimenopause dengan tepat
- c. Kebersihan pada masa perimenopause dengan tepat
- d. Pendidikan dan konsultasi pada masa perimenopause dengan tepat.

B. Uraian Materi

Kebutuhan pada Masa Perimenopause (Kemenkes RI, 2010)

1. Kebutuhan gizi

Perempuan yang mengalami menopause membutuhkan zat esensial dari beberapa jenis vitamin dan mineral. Ada 4 alasan vitamin dan mineral dibutuhkan, yaitu: memperlambat proses penuaan; sering mengalami masalah pencernaan; berkurangnya cadangan dan simpanan vitamin dan mineral dalam tubuh dengan semakin meningkatnya usia; dapat menolong perempuan menopause dalam menghadapi sindrom menopause. Walaupun kebutuhan vitamin dan mineral meningkat tetapi kita tidak boleh mengonsumsi berlebihan, terutama dalam bentuk suplemen. Asupan yang berlebihan akan menyebabkan kerusakan pada system pembersih tubuh, yaitu menurunkan fungsi ginjal dan system detoksifikasi. Penting juga diperhatikan.

Penyakit/gangguan yang diderita perempuan perimenopause, dalam pemberian makanan. Mulailah mengurangi makanan yang diproses seperti

biskuit dan makanan kalengan serta makanan yang berlemak. Carilah makanan alam yang dapat memasok zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh.

Pentingnya asupan estrogen pada perempuan menopause membuat kita harus tahu makanan yang merupakan sumber estrogen. Manfaat utama asupan estrogen alamiah mengurangi risiko kanker payudara, mencegah osteoporosis, dan meringankan sindrom menopause. Sumber estrogen alam yang berasal dari makanan yang mengandung fitoestrogen dan boron (mengandung kedelai) harus diusahakan tersaji dalam menu hidangan setiap hari. Begitu pula kebutuhan akan vitamin dan mineral yang tinggi dimasa menopause menyebabkan buah dan sayuran harus ada dalam menu sehari-hari.

a. Konsumsi makanan yang cukup dan seimbang untuk perempuan perimenopause:

1) Energi

Kebutuhan energi pada perempuan perimenopause menurun sehubungan dengan penurunan metabolisme basal (sel-sel banyak yang inaktif) dan kegiatan fisik cenderung menurun. Kebutuhan kalori akan menurun sekitar 55 pada usia 40-49 tahun, dan 10% pada usia 50-59 tahun.

2) Protein

Dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan protein nabati dan hewani dengan perbandingan 3:1. Hindarkan konsumsi protein berlebih karena akan memberatkan fungsi hati dan ginjal.

3) Lemak

Kebutuhan lemak lebih sedikit, konsumsi lemak dibatasi jangan lebih dari seperempat kebutuhan energi.

4) Karbohidrat

Penggunaan relative menurun, karena kebutuhan kalori juga menurun. Dianjurkan mengkonsumsi karbohidrat kompleks karena mengandung vitamin, mineral, dan serat.

5) Vitamin

Dianjurkan untuk mengonsumsi makanan kaya vitamin A, D, dan E untuk mencegah penyakit degenerative (sebagai antioksidan). Selain itu, dianjurkan untuk mengonsumsi makanan yang banyak mengandung vitamin B12, asam folat, B1 untuk mencegah risiko penyakit jantung.

6) Mineral

Dianjurkan untuk mengonsumsi makanan kaya Fe, Zn, Selenium dan calcium untuk mencegah anemia dan pengeroposan tulang.

7) Air dan Serat

Air sangat penting untuk mengeluarkan isi pembakaran energy tubuh, dan serat dianjurkan untuk memperlancar buang air besar.

b. Vitamin dan mineral penting pada masa perimenopause:

1) Fitoestrogen (Produk Kedelai)

Berbagai kandungan kacang kedelai memberikan kontribusi pada kesehatan jantung. Kandungan serat larut pada kacang kedelai mampu menurunkan kadar kolesterol. Begitu pula kandungan lesitin, saponin, fitosterol dalam kedelai yang juga berperan aktif menurunkan kadar kolesterol tubuh. Selain itu, minyak kacang kedelai mengandung kira-kira 8 persen asam lemak esensial omega-3 yang berperan penting dalam mencegah penyakit jantung.

Produk-produk kedelai juga berfungsi sebagai anti oksidan yang mampu mencegah terjadinya oksidasi Low Density Lipoprotein(LDL), yaitu kolesterol jahat dalam darah. LDL yang teroksidasi akan tertimbun pada penyumbat pembuluh darah. Jika penyumbatan ini terjadi pada pembuluh darah yang ada di jantung, akan timbul serangan jantung. Jika penyumbatan terjadi di otak akan terjadi stroke. Manfaat lain produk kedelai adalah mencegah kerusakan tulang

dengan cara meningkatkan jumlah masa tulang sehingga timbulnya osteoporosis dapat dicegah.

- 2) Vitamin C
 - a) Membantu memelihara dan memperbaiki jaringan ikat seperti pada kulit atau jaringan sekitar tulang dan gigi.
 - b) Memperkuat pembuluh darah kapiler dan pembuluh darah lainnya.
 - c) Menghasilkan hormon tiroksin yang mengatur metabolisme sehingga dapat meredakan berbagai ketegangan.
 - d) Antitoksin, antivirus, dan anti bakteri.
 - e) Bekerjasama dengan vitamin B untuk memelihara system kelenjar gondok dan adrenalin. Dengan vitamin D mengatur metabolisme kalsium, membantu penyerapan mineral kalsium dan zat besi, serta mengaktifkan beberapa macam vitamin B.
- 3) Vitamin E
 - a) Mencegah kerusakan membrane sel.
 - b) Membersihkan radikal bebas.
 - c) Melindungi jaringan tubuh dan membantu pertumbuhan jaringan baru.
- 4) Beta karoten
 - a) Beta karoten merupakan pro vitamin A yang diubah tubuh menjadi vitamin A.
 - b) Mencegah rabun senja.
 - c) Memelihara kesehatan kulit, mempertahankan membrane set seperti lapisan mulut, paru-paru dan pencernaan.
 - d) Berperan dalam system kekebalan tubuh dan kesehatan tulang.
 - e) Membantu pembentukan sel darah merah dan bekerjasama dengan vitamin C dalam menyembuhkan luka.
- 5) Vitamin B6
 - a) Dalam proses metabolisme energy dan protein, kebutuhan vitamin B6 akan meningkat bila asupan protein meningkat.

- b) Memudahkan tubuh memproduksi sel darah merah dan meningkatkan metabolisme asam amino tertentu, yang penting untuk mengubah beberapa jenis asam amino menjadi hormon.
 - c) Berperan penting pada jaringan saraf dan mengurangi stres.
- 6) Vitamin B12
- a) Membentuk sel darah merah (bersama-sama asam folat)
 - b) Melindungi lapisan myelin yang membungkus urat saraf.
- 7) Asam folat
- a) Memperkuat tulang dan gigi 99% kalsium terdapat pada tulang dan gigi.
 - b) Penting sekali untuk pengiriman sinyal-sinyal saraf, pengumpulan darah, dan pengaturan ritme detak jantung.
 - c) Berguna untuk meningkatkan fungsi beberapa enzim dan penyerapan vitamin B12.
- 8) Kalsium
- a) Memperkuat tulang dan gigi, 99% kalsium terdapat pada tulang dan gigi.
 - b) Penting sekali untuk pengiriman sinyal-sinyal saraf, penggumpalan darah, dan pengaturan ritme detak jantung.
 - c) Berguna untuk meningkatkan fungsi beberapa enzim dan penyerapan Vitamin B12.
- c. Sumber bahan makanan yang penting pada masa perimenopause:

1) Tempe

Tempe merupakan hasil fermentasi kedelai oleh kapang *Rhizopus* sp. Tempe merupakan sumber estrogen alami. Proses fermentasi mengakibatkan kedelai menjadi lebih mudah dicerna dibandingkan dengan bahan nabati lainnya, tempe merupakan bahan pangan yang kaya vitamin B12 yang terbentuk dari aktivitas bakteri *Klebsiella pneumoniae*. Kekurangan vitamin B12 bisa mengakibatkan terhambatnya pembentukan sel darah merah sehingga

menyebabkan anemia pernisiiosa. Selain itu, hasil penelitian membuktikan tempe mengandung senyawa anti bakteri (antibiotik) yang didapat dari hasil fermentasi.

2) Tahu

Sebagai sumber protein nabati, tahu memiliki banyak kandungan, diantaranya.

- a) Mengandung fitoestrogen (isoflavon) yang berpera sebagai estrogen saat diserap tubuh.
- b) Mengandung zat fitokimia, yang di samping fitoestrogen, dapat melindungi tubuh dari kanker dan menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL) sekaligus menaikkan kadar kolesterol baik (HDL).
- c) Memiliki kandungan mineral kalsium, zat besi, fosfat, kalium, natrium, serta vitamin seperti kolin, vitamin B, dan vitamin E yang tinggi.
- d) Kandungan asam lemak jenuh pada tahu relatif rendah dan tahu bebas kolesterol.

3) Tauco

Tauco juga merupakan hasil fermentasi kedelai. Pada setiap 100 g tauco terkandung 104 protein, 4,9% lemak, 24,1% karbohidrat, 56-65% air, 17,8% garam, 7,4% abu, dan total gula darah pH 4,9. Dalam tauco terdapat 17 asam amino antara lain: arigin, prolin, leusin, tirosin, dan valin. Selain itu juga mengandung asam organik seperti asam laktat dan asam suksinat.

4) Susu kedelai

Susu kedelai merupakan minuman bergizi tinggi yang terbuat dari ekstrak kedelai (kedelai digiling, diambil airnya, dididihkan, serta ditambahi gula dan esen). Dapat digunakan sebagai pengganti susu sapi bagi mereka yang alergi susu sapi. Bagi wanita menopause sangat baik dikonsumsi setiap hari sebagai sumber fitoestrogen.

Masih ada lagi produk kedelai lainnya yang saat ini ada dipasaran seperti yoghurt dan daging tiruan yang terbuat dari protein kedelai.

5) Wortel

Mengandung fitoestrogen yaitu lignin (346/100g) dan isoflavonoid serta mineral boron (3,6/100g). Tinggi kandungan vitamin A (1800 RE), kalsium (39 mg), dan fosfor (37mg/100g).

6) Brokoli

Dibandingkan dengan family kubis-kubisan lainnya, brokoli paling berkhasiat sebagai sayuran anti kanker usus besar. Komponen brokoli yaitu indol dapat meningkatkan ekskresi estrogen yang dibutuhkan pada kasus kanker rahim. Dengan demikian wanita sangat dianjurkan untuk mengonsumsi brokoli guna mencegah kanker payudara dan kanker rahim. Selain itu, brokoli tinggi kandungan vitamin C, E, beta karoten, asam folat, dan kalsiumnya.

7) Kol

Mengandung vitamin C, A dan B1 cukup tinggi. Mineral yang terdapat dalam kol antara kalium, klor, yodium, fosfor, natrium dan sulfur. Bagian kol yang berwarna mengandung 40% kalsium lebih banyak dibandingkan bagian dalamnya. Selain itu, sayuran ini juga mengandung fitoestrogen, yaitu lignin dan isoflavonoid serta boron.

8) Bayam

Sumber vitamin A, vitamin C, besi, kalsium, dan kalium. Kandungan besinya cukup tinggi dua kali lebih banyak dibandingkan dengan sayuran jenis lain. Bayam mempunyai kandungan karotenoid yang tinggi untuk mencegah kanker. Bayam juga mampu menurunkan kadar kolesterol darah. Kandungan mangan yang terdapat dalam bayam berkhasiat anti diabetes. Bayam juga mengandung fitoestrogen (lignin) dan boron.

9) Tomat

Kandungan vitamin A-nya tinggi yaitu 225 RE. Tomat mempunyai tipe karoten jenis yang berfungsi sebagai anti kanker suatu penelitian mengemukakan bahwa tomat juga menempati peringkat tinggi sebagai pelindung dari usus buntu akut. Tomat juga mengandung sejumlah asam sitrat yang dapat dimanfaatkan untuk membantu memindahkan racun terutama asam urat dari system peredaran darah.

10) Jagung

Kandungan magnesium pada jagung kuning sangat tinggi. Jagung kuning merupakan pembangun otot dan tulang yang baik disbanding jagung putih. Kandungan fosfor yang berperan dalam kerja otak dan system saaraf pada jagung termasuk tinggi yaitu 47 mg/100 g. Jagung mengandung fitoestrogen (lignan) dan boron.

11) Mentimun

Mengandung fitoestrogen (isoflavonoid) dan boron mentimun banyak mengandung air, kulitnya mengandung mineral penting termasuk silica yang dapat memperkuat jaringan konektif. Tanpa silica, jaringan konektif, yaitu jaringan intraselular otot, tendon, ligament, tulang, tidak dapat dibentuk dengan cepat.

12) Alpukat

Kadar lemaknya tinggi yaitu 6,5 mg%. Jenis lemaknya termasuk lemak tidak jenuh dan menurunkan serum kolesterol jenuh. Alpukat mengandung boron. Selain boron, juga mengandung besi dan tembaga yang membantu dalam proses regenerasi darah merah dan mencegah anemia.

13) Pisang

Kandungan yang menonjol pada pisang adalah kalium. Sebuah pisang kira-kira dapat menyumbang kalium 440 mg. Kalium berfungsi antara lain untuk menjaga keseimbangan air dalam tubuh, kesehatan

jantung, menurunkan tekanan darah, dan membantu mengirim oksigen ke dalam otak. isang juga mengandung boron.

14) Jeruk

Kaya akan boron, kalsium (33 mg/100 g), fosfor (23 gr/100 gr) dan vitamin C (49 mg/100 g). kombinasi vitamin C dan flavonoid meningkatkan manfaat jeruk dalam system pertahanan tubuh, mendukung jaringan konektif, mendukung kesehatan tubuh secara keeluruhan dan mencegah serangan kanker.

15) Anggur

Mengandung fitoestrogen (isoflavonoid) serta boron. Selain itu, anggur kaya akan zat besi sehingga sangat baik untuk membentuk sel darah merah (hemoglobin). Anggur mengandung flavonoid yang berfungsi sebagai antioksidan yang dapat mencegah terjadinya aterosklerosi. Sebuah penelitian melaporkan bahwa pemberian anggur kering (kismis) pada lansia menurunkan rata-rata kematian akibat kanker.

16) Pepaya

Mengandung mineral boron, kalsium (23 mg/100g) dan vitamin C (76 mg/100 g). kandungan vitamin C, karoten dan flavonoid dapat berfungsi sebagai zat anti kanker. Pepaya dapat memperlancar keluarnya feses karena enzim papain yang dikandungnya dapat membantu memecahkan serta makan sisa sehingga menjadi lebih lunak dan mudah dikeluarkan. Selain itu, dapat pula digunakan untuk pengobatan lambung dan menurunkan kelebihan panas dalam.

17) Apel

Apel mengandung fitoestrogen (isoflavonoid) dan boron. Kandungan vitamin A pada apel 50% lebih banyak dibandingkan jeruk. Apel juga mempunyai kandungan vitamin C dan B yang penting untuk mempertahankan kesehatan urat saraf. Kandungan besi dan

kalsium walaupun sedikit tetapi berperan penting dalam system pencernaan.

18) Mangga

Kandungan vitamin A dan vitamin Cnya tinggi yaitu masing-masing 573 RE dan 30 mg/100 g (pada mangga golek) dan dapat berfungsi sebagai antioksidan untuk mencegah kanker. Mangga mengandung boron yang dapat menggandakan jumlah estrogen dalam tubuh. Mangga juga mengandung asam galat yang bermanfaat bagi saluran pencernaan.

2. Kebutuhan aktivitas fisik dan olahraga

Latihan dan olahraga pada masa ini dapat memperlambat terjadinya penurunan massa tulang dan kekuatan otot. Apabila olahraga dilakukan dengan teratur terbukti dapat mencegah berbagai penyakit dan meningkatkan kebugaran.

Manfaat olahraga antara lain:

- a. Melancarkan aliran darah, sehingga badan terasa segar.
- b. Meningkatkan kualitas tidur
- c. Meningkatkan daya tahan tubuh.
- d. Memperkuat dan melenturkan otot dan sendi.
- e. Menjaga keseimbangan gerak.
- f. Pengaturan kadar gula darah menjadi lebih baik.
- g. Memberi rasa santai.
- h. Menimbulkan rasa senang
- i. Meningkatkan hubungan dengan orang lain.
- j. Memperlambat proses penuaan.

Prinsip latihan atau olahraga pada perimenopause antara lain:

- a. Intensitas sedang, dilakukan 3 kali seminggu secara teratur.
- b. Dipilih olahraga yang tidak mudah menimbulkan cedera.
- c. Menghindari olah raga yang kompetitif (bertanding).
- d. Memilih olahraga yang disenangi dan bervariasi

e. Olahraga sebaiknya dilakukan 2 jam setelah selesai makan.
Sebelum olahraga dianjurkan minum 2 gelas air untuk menghindari dehidrasi.

Jenis aktivitas fisik atau olahraga yang baik bagi perimenopause:

- a. Melakukan pekerjaan rumah
- b. Berjalan-jalan
- c. Jogging atau olahraga yang baik bagi perimenopause.
- d. Berenang.
- e. Senam aerobik ringan.

3. Kebersihan

Untuk menghindari terjadinya infeksi pada vagina, saluran kencing dan kulit maka kebersihan diri harus dijaga. Terutama kebersihan kulit, vulva dan vagina. Hindarkan penggunaan sabun yang mengeringkan kulit.

4. Pendidikan dan konsultasi

- a. Perubahan-perubahan yang terjadi
- b. Kebutuhan yang diperlukan pada perimenopause.
- c. Tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadi pada pre pre dan post menopause.
- d. Makanan yang dibutuhkan
- e. Aktivitas dan olahraga yang harus dilakukan
- f. Penggunaan hormon dan suplemen.

Beberapa perempuan perimenopause membutuhkan bantuan tenaga kesehatan, sehingga konsultasi dapat memecahkan permasalahan yang dihadapinya. Konsultasi ini dilakukan pada saat pelayanan di sarana kesehatan, juga di rumah saat pelayanan rumah/pembinaan keluarga.

Pendidikan dan konsultasi ini juga diberikan dalam rangka memberikan dukungan psikologi, sehingga perempuan mendapatkan ketenangan dan support dalam menghadapi perubahan dan masalahnya.

Dalam rangka membantu mengatasi masalah pola dan aktivitas seksual, maka perempuan dan pasangannya perlu mendapatkan pendidikan dan konsultasi tentang hubungan seksual.

C. Rangkuman

Perempuan yang mengalami menopause memerlukan berbagai kebutuhan yang harus dipenuhi, yaitu kebutuhan gizi, kebersihan, olahraga, pendidikan dan konsultasi. Kebutuhan gizi utama adalah makanan sumber estrogen. Latihan dan olahraga pada masa ini dapat memperlambat terjadinya penurunan massa tulang dan kekutan otot. Untuk menghindari terjadinya infeksi pada vagina, saluran kencing dan kulit maka kebersihan diri harus dijaga

D. Tugas

Untuk memperdalam pemahaman Mahasiswa mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

1. Jelaskan kebutuhan gizi pada masa perimenopause!
2. Jelaskan kebutuhan fisik dan olahraga pada masa perimenopause!
3. Jelaskan kebutuhan pendidikan dan konsultasi pada masa perimenopause!

E. Tes

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1. Seorang perempuan usia 48 tahun datang ke BPM mengeluh terasa panas di wajah, berkeringat, dan merasa terbakar, dan merasa cemas. Perempuan tersebut mengatakan sudah jarang mengalami haid. Hasil TTV dalam batas normal. Apa makanan yang disarankan untuk mengurangi gejala tersebut?
 - a. Makanan mengandung fitoestrogen
 - b. Makanan tinggi progesteron
 - c. Makanan yang tinggi lemak
 - d. Makanan mudah dikunyah
2. Di bawah ini yang merupakan jenis aktivitas fisik atau olahraga yang baik bagi perimenopause adalah....
 - a. Joging
 - b. Aerobik berat
 - c. Lompat galah

- d. Badminton
3. Seorang perempuan usia 48 tahun datang ke BPM mengeluh terasa panas di wajah, berkeringat, dan merasa terbakar, dan merasa cemas. Perempuan tersebut mengatakan sudah jarang mengalami haid. Hasil TTV dalam batas normal. Apa pendidikan kesehatan yang tepat diberikan pada perempuan tersebut?
- a. Perubahan-perubahan yang terjadi pada perimenopause
 - b. Kebutuhan yang diperlukan pada perimenopause.
 - c. Tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadi pada menopause.
 - d. Makanan yang dibutuhkan pada perimenopause

BAB IV

PERDARAHAN ABNORMAL PADA MASA PERIMENOPAUSE DAN POST MENOPAUSE

A. Tujuan

1. Umum

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa mampu melakukan identifikasi perdarahan abnormal pada masa perimenopause dan postmenopause dengan benar

2. Khusus

a. Mahasiswa mampu melakukan identifikasi perdarahan perimenopause dengan benar

b. Mahasiswa mampu melakukan identifikasi perdarahan post menopause dengan benar

B. Uraian Materi

Perimenopausal Bleeding

1. Pengertian

Perdarahan uterus abnormal didefinisikan sebagai keluarnya darah dari uterus diluar volume, durasi, keteraturan, dan frekuensi normal. Siklus menstruasi yang teratur dihubungkan dengan ovulasi dan produksi progesterone pada fase luteal (ACOG, 2012).

2. Penyebab

Perdarahan uterus abnormal disebabkan oleh perdarahan mentruasi berat (Heavy Mentruasl Bleeding/HMB) dan Perdarahan intermentrual (Intermenstrual Bleeding /IMB). Kedua penyebab tersebut bisa didasari karena penyebab struktur (anatomi) dan penyebab yang bukan structural organ reproduksi. Penyebab yang karena faktor structural adalah Polyp, Adenomyosis, Leiomyoma, keganasan (Malignancy) dan hyperplasia (PALM), sedangkan penyebab faktor bukan structural antara lain coagulability, Ovulatory

dysfunction, Endometrial, Iatrogenic, Not yet classified (COEIN) (Munro dkk, 2011).

3. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil anamnesis menyeluruh, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium yang sesuai dan tes pencitraan. Anamnesa harus mencakup riwayat keluarga yang relevan termasuk: gangguan perdarahan yang mendasari, dan penggunaan obat-obatan atau sediaan herbal yang dapat mempengaruhi perdarahan seperti ginseng, ginkgo, motherwort, kontrasepsi, antiinflamasi nonsteroid obat (NSAID), dan warfarin atau heparin atau turunannya (Basila & Yuan, 2005; Wittkowsky, 2005).

Pemeriksaan fisik harus mencakup penilaian indeks massa tubuh, pemeriksaan tiroid, pemeriksaan panggul termasuk: pemeriksaan dengan spekulum untuk menyingkirkan penyebab serviks atau vagina, dan penilaian panggul bimanual termasuk ukuran dan kontur dari rahim.

Tabel 4.1 Pemeriksaan Perdarahan Uterus Abnormal

Kriteria	Pemeriksaan
Pemeriksaan umum	- Riwayat dan pola perdarahan - Pemeriksaan fisik, panggul, dan spekulum
Pemeriksaan laboratorium	- Hitung darah lengkap, zat besi, tirodi, dan hCG. - Gangguan hemostasis
Pemeriksaan status ovulatori	
Evaluasi organ pelvic dan endometrium	- Ttransvaginal ultrasound - Endometrial biopsy - Hysteroscopy

4. Tata Laksana

Manajemen pada perdarahan uterus abnormal pada masa perimenopause adalah (Goldstein & Lumsden, 2017):

- a. Pengobatan non hormonal
 - 1) Non-steroidal anti-inflammatory drugs.
 - 2) Anti-fibrinolytic agents
- b. Pengobatan hormonal
 - 1) Cyclical or long-acting progestogens

- 2) Combined oral contraceptives
- 3) GnRH analogs (fibroid-associated)
- 4) Selective progesterone receptor modulators (fibroid-associated)
- c. Levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS)
- d. Endometrial ablation
- e. Uterine artery embolization (fibroid-associated)
- f. Hysterectomy.

Post menopausal Bleeding (PMB)

1. Pengertian

Postmenopausal Bleeding (PMB) adalah perdarahan yang terjadi setelah 1 tahun terjadinya menopause (Clark dkk, 2006; Dijkhuizen, 2000).

2. Penyebab

PMB disebabkan oleh abnormalitas endometrium, baik pada yang jinak maupun yang ganas. Postmenopause dengan perdarahan vagina terjadi 10-15% karena kanker endometrium (Escoferry dkk, 2002; Gredmark dkk, 1995; Lee dkk, 1995; Lidor dkk, 1986; Lin dkk, 1993). Sebaliknya, prevalensi polip endometrium pada pasien PMB dan peningkatan ketebalan endometrium diukur dengan Transvaginal Sonografi (TVS) diperkirakan sekitar 40% (Epstein dkk, 2001; Timmermans, 2008). Kanker endometrium sering muncul pada tahap awal sehingga ada kemungkinan penanganan kuratif dengan histerektomi (Epstein, 2004; Goldstein dkk, 2001).

3. Kanker Endometrium

a. Pengertian

Kanker endometrium adalah transformasi ganas dari stroma endometrium dan atau kelenjar endometrium yang ditandai dengan membran inti sel yang ireguler, nukleus atipikal, aktivitas mitosis yang meningkat, hilangnya pola atau gambaran normal kelenjar, serta ukuran sel yang ireguler (Ferri, 2015).

b. Faktor Risiko

Etiologi kanker endometrium belum diketahui secara pasti, tetapi terdapat beberapa faktor risiko yang berhubungan. Faktor risiko utama adalah ketidakseimbangan hormon estrogen. Kadar estrogen yang tinggi dalam sirkulasi dan kadar progesteron yang rendah menyebabkan efek mitogenik dari estrogen tidak diimbangi dengan efek inhibisi dari progesterone (Dowdy dkk, 2012; Cardenes dkk, 2012).

Faktor risiko lainnya adalah nuliparitas, akibat siklus menstruasi yang anovulatoir, obesitas, wanita dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) di atas 25 kg/m² risiko terkena kanker endometriunya meningkat dua kali lipat, dan menjadi 3 kali lipat pada wanita dengan IMT lebih dari 30 kg/m² Cardenes dkk, 2012; WHO, 2012; Bakkum-Gamez, 2008). Diabetes mellitus Tipe-2 dan hipertensi juga meningkatkan risiko kanker endometrium. Seringkali dua faktor risiko ini dianggap berhubungan dengan kanker endometrium secara sekunder, yaitu akibat obesitas yang melatar belakangnya, akan tetapi terdapat data yang menunjukkan kedua faktor risiko ini ternyata secara independen mempengaruhinya (Brohet & Ramli, 2015).

Penggunaan terapi sulih hormon dan kontrasepsi oral sangat meningkatkan risiko kanker endometrium (Risiko Relatif atau RR 10-20), tetapi jika dikombinasi malah memiliki efek protektif (RR 0,3-0,5) (Cardenes dkk, 2012). Penggunaan tamoxifen pada pasien kanker payudara juga dihubungkan dengan peningkatan risiko seseorang terkena kanker endometrium. Faktor prediposisi genetic yang diturunkan, terutama pada pasien *Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer* (HNPCC) menyumbang 5% dari seluruh kasus kanker endometrium. Mutasi pada 4 gen “*mismatch repair*” yaitu hMLH1, hMSH2, hMSH6, atau hPMS2 telah diidentifikasi pada pasien sindroma Lynch. Angka keterlibatan segmen uterus bagian bawah yang berhubungan dengan pasien kanker dengan HNPCC cukup tinggi (Cardenes dkk, 2012; Bakkum-Gamez, 2008).

c. Histopatologi

Jenis histopatologi kanker endometrium tersering adalah adenokarsinoma. Adenokarsinoma endometrium dibagi menjadi 2 tipe berdasarkan gambaran morfologi, pathogenesis dan prognosinya. Kedua tipe tersebut adalah adenokarsinoma endometrium Tipe 1 dan Tipe 2 (Beyzadeoglu dkk, 2010; Creasman, 2007; Chu dkk, 2008; Querleu dkk, 2011).

1) Adenokarsinoma endometrium Tipe 1

Merupakan tipe kanker endometrium yang paling sering ditemukan (80-95% dari semua karsinoma endometrium). Pada umumnya, kanker jenis ini timbul akibat hiperplasia endometrium. Gambaran morfologi histopatologi tipe ini menunjukkan adanya fokus hyperplasia di dalam karsinoma. Adenokarsinoma endometrium Tipe 1 memiliki diferensiasi yang baik serta sulit untuk dibedakan dengan kelenjar endometrium normal. Kanker tipe ini tidak menginvasi sampai bagian dalam miometrium dan prognosinya baik (Beyzadeoglu dkk, 2010; Creasman, 2007; Chu dkk, 2008).

2) Adenokarsinoma endometrium Tipe 2

Adenokarsinoma endometrium tipe ini lebih jarang muncul (10-15% dari seluruh kasus kanker endometrium) dan tidak ada hubungannya dengan hiperplasia. Penderita kanker tipe ini biasanya lebih tua dari penderita Tipe 1 dan diferensiasinya buruk (Beyzadeoglu dkk, 2010; Creasman, 2007; Chu dkk, 2008). Tipe ini juga tidak ada hubungannya dengan estrogen. Tingkatan atau *grading* histopatologinya juga lebih tinggi. Jenis tumor yang termasuk dalam tipe ini adalah serosa, sel jernih (*clear cell*), musinosum, serta tidak berdiferensiasi. Jenis lainnya yang relatif lebih sering muncul adalah skuamosa, transisional dan jenis lainnya yang sangat jarang. Jenis serosa dan sel jernih merupakan kanker endometrium Tipe 2 yang paling sering muncul pada wanita usia tua dengan endometrium yang atrofi (Cardenes

dkk, 2012). Prognosis pasien dengan karsinoma serosa dan sel jernih lebih buruk dibandingkan Tipe 1 (Beyzadeoglu dkk, 2010; Creasman, 2007; Chu dkk, 2008).

d. Diagnosis dan Penentuan Stadium

Pemeriksaan patologi anatomi merupakan baku emas penentuan diagnosis kanker endometrium (Dowdy dkk, 2012). Namun, sebelum dilakukan pemeriksaan patologi anatomi, perlu dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang mendukung penentuan diagnosis. Pada anamnesis dan pemeriksaan fisik harus diperhatikan ukuran dari uterus, keterlibatan dari leher rahim dan vagina, asites, dan pembesaran KGB daerah pelvis atau inguinal.

Biopsi aspirasi endometrium merupakan langkah pertama yang dapat diterima dalam mengevaluasi pasien dengan perdarahan uteri abnormal atau yang dicurigai mengalami proses patologis pada endometriurnya. Akurasi diagnostik dari biopsi endometrium yang dilakukan di poli rawat jalan adalah sebesar 90-98% jika dibandingkan dengan hasil temuan dilatasi kuretasi (D&C) atau histerektomi (Dowdy dkk, 2012). Jika dicurigai adanya lesi patologis pada serviks, maka dilakukan kuretase endoserviks pada saat biopsi endometrium (Dowdy dkk, 2012). Tes pap merupakan uji diagnostik yang tidak dapat diandalkan, karena hanya 30-50% pasien dengan kanker endometrium yang memiliki hasil tes pap abnormal (Dowdy dkk, 2012).

Histeroskopi dan D&C dilakukan jika terjadi stenosis serviks, perdarahan yang berulang setelah biopsi endometrium memberikan hasil negatif, atau jika spesimen yang didapatkan kurang adekuat untuk menjelaskan perdarahan abnormal.² Ultrasonografi transvaginal dapat berguna membantu biopsi endometrium. Ketebalan endometrium lebih dari 4 mm yang terlihat dari USG membutuhkan evaluasi lebih lanjut (Dowdy dkk, 2012).

Menurut pedoman French National Cancer Institute (FNCI), penentuan stadium dilakukan berdasarkan pemeriksaan klinis dan

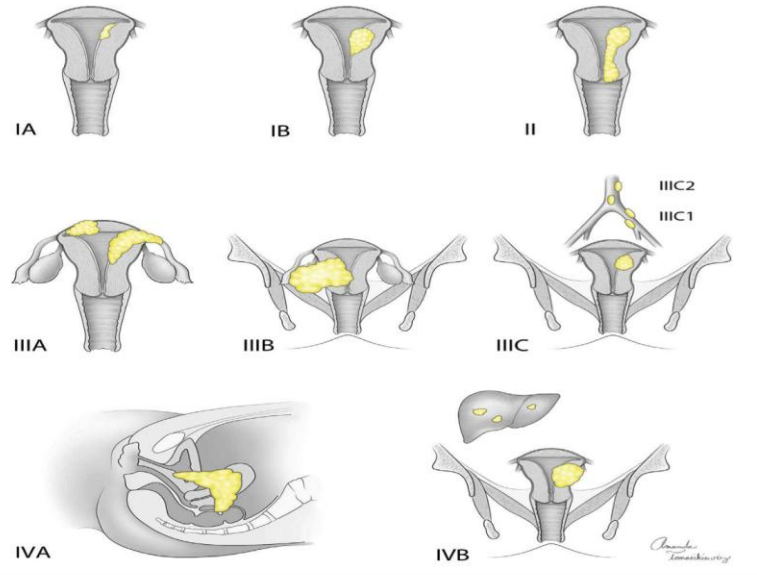
pencitraan, termasuk MRI. Jika MRI dikontraindikasikan, maka CT-Scan abdomen pelvis dan USG pelvis dapat dipertimbangkan. PET-CT dapat dipertimbangkan jika diduga stadiumnya III-IV. Antigen Ca-125 tidak termasuk bagian dari proses penentuan stadium, akan tetapi dapat dipertimbangkan apabila dicurigai Stadium III-IV (Querleu dkk, 2011). Kadar Ca-125 pada serum juga bermanfaat dalam pertimbangan pemilihan jenis operasi. Kadar Ca-125 pre operasi > 40 U/ml bisa menjadi indikasi untuk limfadenektomi paraaorta dan seluruh pelvis pada saat penentuan stadium berdasarkan operasi, tanpa adanya bukti metastasis (Dowdy dkk, 2012). Menurut pedoman European Society for Medical Oncology (ESMO), evaluasi prabedah yang harus dilakukan adalah :foto thoraks, USG transvagina, pemeriksaan darah lengkap, fungsi hati dan ginjal. Pemeriksaan CT-Scan abdomen diindikasikan untuk mendeteksi penyebaran ekstrapelvis. Pemeriksaan MRI kontras paling baik untuk mendeteksi keterlibatan serviks (Brohet & Ramli, 2015).

e. Stadium

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) menyarankan penggunaan pembedahan sebagai cara menentukan stadium karsinoma korpus uteri. Penentuan stadium dengan cara ini juga dapat mengenali faktor prediktor yang dapat memprediksi prognosis 5 tahun pasien dengan lebih baik dan menentukan terapi ajuvan terbaik bagi pasien.

Penentuan stadium secara pembedahan pada kanker endometrium harus meliputi lavase peritoneal untuk pemeriksaan sitologi, biopsi semua lesi yang mencurigakan dengan eksplorasi pelvis dan abdominal, histerektomi radikal, salpingooforektomi bilateral dan diseksi KGB pelvis dan paraaorta bilateral (Cardenes dkk, 2012). Uterus diperiksa untuk menentukan ukuran tumor, kedalaman invasi miometrium, stroma servikal dan ekstensi glandular. Semua KGB pelvis dan paraaorta yang mencurigakan harus diperiksa patologinya (Cardenes dkk, 2012; Alektiar,

2014). Penentuan stadium dapat dilihat pada Tabel 4.2 dan 4.3 serta Gambar 4.1.



Gambar 4.1 Ilustrasi penentuan stadium kanker endometrium (Dowdy, 2012)

Tabel 4.2 Perbandingan penentuan stadium kanker endometrium berdasarkan FIGO tahun 1988 dan 2009

Stadium (1988)	Stadium (2009)	Deskripsi
I	I	Tumor terbatas pada endometrium
IA-B	IA	Tumor menginvasi <50% ketebalan endometrium
IC	IB	Tumor menginvasi >50% ketebalan endometrium.
II	II	Tumor menginvasi stroma jaringan pengikat serviks tapi tidak meluas keluar uterus
IIA	-	Keterlibatan endoserviks saja
IIB	-	Invasi stroma serviks
III	III	Penyebaran lokal dan atau regional tumor
IIIA	IIIA	Invasi tunika serosa dan atau adneksa
IIIB	IIIB	Metastasis ke vagina atau parametrium
IIIC	IIIC	Metastasis ke KGB pelvis dan atau paraaorta
-	IIIC1	Metastasis ke KGB pelvis
-	IIIC2	Metastasis ke KGB paraaorta dengan atau keterlibatan KGB Pelvis
IVA	IVA	Invasi mukosa buli dan atau rectum
IVB	IVB	Metastasis jauh, termasuk intraabdomen dan atau KGB inguinal

Keterangan : Hasil pemeriksaan sitologi peritoneum harus dilaporkan bersama dengan stadium, akan tetapi berdasarkan pedoman FIGO tahun 2009 sitologi positif tidak mempengaruhi penentuan stadium. Pada pedoman FIGO tahun 1988, sitologi positif masuk kategori Stadium IIA (Cardenes dkk, 2012).

Tabel 4.3 Pembagian derajat keganasan histopatologi kanker endometrium (Dowdy dkk, 2012).

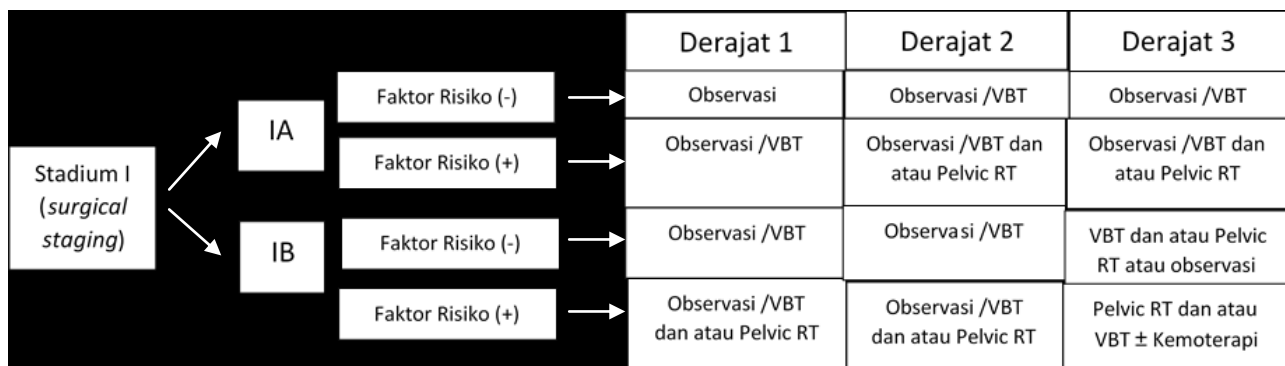
Derajat Keganasan	Deskripsi
Derajat I	Diferensiasi baik, pola pertumbuhan padat atau nonskuamosa atau nonmorula jumlahnya $\leq 5\%$
Derajat II	Diferensiasi menengah, pola pertumbuhan padat atau nonskuamosa atau nonmorula jumlahnya 6-50%
Derajat III	Diferensiasi buruk, pola pertumbuhan padat atau nonskuamosa atau nonmorula jumlahnya $>50\%$

Stratifikasi risiko berdasarkan FIGO tahun 2009 dibagi lagi seperti di bawah ini (Morneau, 2013):

- 1) Risiko rendah : Stadium IA Derajat 1-2.
- 2) Risiko menengah: Stadium IA Derajat 3, atau Stadium IB Derajat 1-2
- 3) Risiko tinggi : Stadium IB Derajat 3 dan di atasnya.

f. Tata Laksana

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) menyusun panduan berdasarkan seluruh uji klinis yang disebutkan di atas. Faktor risiko berdasarkan pemeriksaan histopatologi pasca operasi meliputi: derajat histopatologi tinggi, invasi myometrium dalam, invasi limfovaskuler, dan histologi selain Tipe 1, sedangkan faktor risiko pasien yang perlu dipertimbangkan juga adalah usia, ukuran tumor, dan keterlibatan segmen uteri bawah (NCCN, 2015). Panduan dari NCCN tersebut disajikan pada Gambar 6 dan Gambar 7.



Gambar 6. Bagan tatalaksana kanker endometrium Stadium I sesuai hasil temuan operasi menurut NCCN (NCCN, 2015)

	Derajat 1	Derajat 2	Derajat 3
Stadium II →	VBT dan atau Pelvic RT	Pelvic RT + VBT	Pelvic RT + VBT ± Kemo

Gambar 7. Bagan tatalaksana kanker endometrium Stadium II sesuai hasil temuan operasi menurut NCCN (NCCN, 2015)

Pada kelompok pasien yang tidak dimasukkan dalam studi PORTEC 1 dan 2, yaitu IB Derajat III (FIGO 2009), terapi ajuvan dengan brakiterapi saja pada kelompok ini belum dipastikan cukup. Pada kelompok pasien ini, juga dipertimbangkan pemberian kemoterapi ajuvan, yang studinya (PORTEC-3) masih berlangsung. Data awal penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna pada kesintasan antara kelompok yang diberikan ajuvan kemoterapi (carboplatin+paclitaxel), tetapi toksisitas akut ternyata lebih banyak pada kelompok yang diberikan kemoterapi (NCCN, 2015).

Sebagai perbandingan, *European Society of Medical Oncologist* (ESMO) juga menyusun panduan. Dalam panduannya, menyebutkan bahwa faktor yang berhubungan dengan risiko tinggi rekurensi adalah : subtype histologi (diluar Tipe 1), histologi Derajat 3, invasi myometrium $\geq 50\%$, invasi limfovaskular (LVSI), metastasis KGB, dan tumor dengan diameter > 2 cm. Berdasarkan penentuan faktor risiko ini, ESMO menyusun panduan terapi ajuvan kanker endometrium yang dapat dilihat pada Tabel 4. Panduan ESMO dan NCCN relatif mirip. Perbedaan ada pada pasien IB Derajat III, yang secara tegas menurut ESMO sebaiknya diterapi dengan radiasi eksterna pelvis yang dikombinasikan dengan kemoterapi. Perbedaan lain adalah pada IA Derajat 2, ESMO masih merekomendasikan observasi, sementara NCCN masih mempertimbangkan VBT jika ada faktor prognostik buruk (Colombo dkk, 2013).

Kelemahan lain dari studi PORTEC-1 dan PORTEC-2 adalah dieksklusinya histopatologi Tipe 2 dari penelitiannya. Kelompok FNCI

Perancis mengakomodir kelemahan ini, dan menyusun pedoman yang telah memasukkan jenis histopatologi (Tipe 1 atau Tipe 2) sebagai pertimbangan pemilihan terapi dan dapat dilihat di Tabel 5.

Tabel 4. Rekomendasi ESMO untuk terapi ajuvan kanker endometrium (Colombo dkk, 2013)

Stadium	Terapi
IA, Derajat 1-2	Observasi
IA, Derajat 3	Observasi atau VBT. Jika ada faktor prognostik buruk, dapat dipertimbangkan radiasi pelvis dan tambahan kemoterapi.
IB, Derajat 1-2	Observasi atau VBT. Jika ada faktor prognostik buruk, dapat dipertimbangkan radiasi pelvis dan tambahan kemoterapi.
IB, Derajat 3	Radiasi Eksterna. Jika ada faktor prognostik buruk, dapat dikombinasikan dengan kemoterapi.
Stadium II	Radiasi Pelvis dan VBT. Jika Derajat 1-2, invasi myometrium <50%, LVSI (-), dan operasi adekuat, maka VBT saja. Jika ada faktor prognostik buruk, kemoterapi +/- radioterapi.
Stadium III-IV	Kemoterapi. Jika KGB + maka sekuensial dengan radioterapi, jika sudah metastasis, radioterapi paliatif dilakukan setelah kemoterapi.

C. Rangkuman

Perimenopausal bleeding didefinisikan sebagai keluarnya darah dari uterus diluar volume, durasi, keteraturan, dan frekuensi normal. Siklus menstruasi yang teratur dihubungkan dengan ovulasi dan produksi progesterone pada fase luteal. *Postmenopausal bleeding* adalah perdarahan yang terjadi setelah 1 tahun terjadinya menopause. *Postmenopausal bleeding* disebabkan oleh abnormalitas endometrium, baik pada yang jinak maupun yang ganas

D. Tugas

Untuk memperdalam pemahaman Mahasiswa mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

1. Jelaskan perbedaan antara *perimenopausal bleeding* dan *postmenopausal bleeding*!
2. Jelaskan penyebab terjadinya *postmenopausal bleeding*!
Jelaskan tata laksana *perimenopausal bleeding*!

E. Tes

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1. Seorang perempuan usia 50 tahun datang ke BPM mengeluh keluar darah banyak. Perempuan tersebut mengatakan sudah tidak haid sejak 3 tahun yang lalu. Hasil pemeriksaan TTV normal dan darah keluar dari jalan lahir. Apa diagnose yang tepat pada perempuan tersebut?
 - a. Premenopausal bleeding
 - b. Perimenopausal bleeding
 - c. Intermenopausal bleeding
 - d. Postmenopausal bleeding
2. Seorang perempuan usia 50 tahun datang ke BPM mengeluh keluar darah banyak. Perempuan tersebut mengatakan sudah tidak haid sejak 3 tahun yang lalu. Apa pemeriksaan umum yang perlu dilakukan pada perempuan tersebut?
 - a. Pemeriksaan payudara
 - b. Pemeriksaan abdomen
 - c. Pemeriksaan speculum
 - d. Pemeriksaan tungkai
3. Di bawah ini yang merupakan penyebab terbanyak terjadinya perdarahan postmenopause adalah...
 - a. Kanker endometrium
 - b. Perdarahan banyak
 - c. Kelainan strutur anatomi
 - d. Endometritis

BAB V

DETEKSI DINI KANKER PAYUDARA DAN KANKER SERVIK

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa mampu melakukan deteksi dini kanker payudara dan kanker servik pada wanita perimenopause dengan tepat

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa menjelaskan pengertian kanker payudara dan kanker servik dengan tepat
- b. Mahasiswa menjelaskan faktor penyebab kanker payudara dan kanker servik dengan tepat
- c. Mahasiswa mampu melakukan skrining kanker payudara dan servik pada wanita perimenopause dengan tepat
- d. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang penanggulangan kanker payudara dan servik pada wanita perimenopause dengan tepat

B. Uraian Materi

Kanker Payudara

1. Pengertian

Kanker Payudara adalah keganasan yang berasal dari sel kelenjar, saluran kelenjar, dan jaringan penunjang payudara, tidak termasuk kulit payudara. Kanker payudara (KPD) merupakan keganasan pada jaringan payudara yang dapat berasal dari epitel duktus maupun lobulusnya.

2. Faktor Risiko

Tidak seperti Kanker Leher Rahim yang dapat diketahui etiologi dan perjalanan penyakitnya secara jelas, penyakit Kanker Payudara belum dapat dijelaskan, tetapi banyak penelitian yang menunjukkan adanya beberapa faktor yang berhubungan dengan peningkatan risiko atau kemungkinan untuk terjadinya Kanker Payudara.

Faktor risiko yang utama berhubungan dengan keadaan hormonal (estrogen dominan) dan genetik. Penyebab terjadinya keadaan estrogen dominan dapat terjadi karena beberapa faktor risiko tersebut di bawah ini dan dapat digolongkan berdasarkan:

a. Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Diet

Faktor risiko ini dapat dibagi dalam 2 (dua) katagori yaitu faktor risiko yang memperberat terjadinya kanker dan yang mengurangi terjadinya kanker. Beberapa faktor yang memperberat seperti:

- 1) Peningkatan berat badan yang bermakna pada saat paska menopause
- 2) Diet ala barat yang tinggi lemak (*western style*)
- 3) Minuman beralkohol
- 4) Perokok aktif maupun pasif

b. Faktor-faktor yang menurunkan risiko terjadinya Kanker Payudara seperti:

- 1) Peningkatan konsumsi serat
- 2) Peningkatan konsumsi buah dan sayur
- 3) Peningkatan aktivitas fisik

c. Hormon dan faktor reproduksi

- 1) Menarche atau menstruasi pertama pada usia relatif muda (kurang dari 12 tahun)
- 2) Menopause atau mati haid pada usia relatif lebih tua (lebih dari 50 tahun)
- 3) Belum pernah melahirkan
- 4) Infertilitas
- 5) Melahirkan anak pertama pada usia relatif lebih tua (lebih dari 35 tahun)
- 6) Pemakaian kontrasepsi oral dalam waktu lama
- 7) Tidak menyusui

d. Riwayat radiasi pada daerah payudara/dada

Riwayat radiasi sebelumnya pada daerah payudara atau dada, terutama bila didapat pada masa pertumbuhan saat payudara masih berkembang, meningkatkan risiko terjadinya Kanker Payudara.

e. Riwayat keluarga

Pada Kanker Payudara, telah diketahui beberapa gen yang dikenali mempunyai kecenderungan untuk terjadinya Kanker Payudara yaitu gen BRCA1, BRCA2.

Pada masyarakat umum yang tidak dapat memeriksakan gen dan faktor proliferasinya, maka riwayat kanker pada keluarga merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit:

- 1) Tiga (3) atau lebih keluarga (saudara ibu/klien atau bibi) dari sisi keluarga yang sama terkena Kanker Payudara atau ovarium.
- 2) Dua (2) atau lebih keluarga dari sisi yang sama terkena Kanker Payudara atau ovarium usia di bawah 40 tahun.
- 3) Adanya keluarga dari sisi yang sama terkena Kanker Payudara dan ovarium.
- 4) Adanya riwayat Kanker Payudara bilateral pada keluarga.

f. Riwayat Adanya Penyakit Tumor Jinak

Beberapa tumor jinak pada payudara dapat bermutasi menjadi ganas, seperti termasuk *atipikal duktal hiperplasia*.

3. Deteksi Dini/Skrining

Upaya deteksi dini Kanker Payudara adalah upaya untuk mendeteksi dan mengidentifikasi secara dini adanya Kanker Payudara, sehingga diharapkan dapat diterapi dengan teknik yang dampak fisiknya kecil dan punya peluang lebih besar untuk sembuh.

Upaya ini sangat penting, sebab apabila Kanker Payudara dapat dideteksi pada stadium dini dan diterapi secara tepat maka tingkat kesembuhan yang cukup tinggi (80-90%).

Skrining pada negara maju seperti Amerika, Inggris, dan Belanda dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan ultrasonografi dan mamografi, karena sumber daya di negara-negara itu cukup memadai untuk melakukan program tersebut, sedangkan di negara berkembang seperti Indonesia, skrining secara massal dengan USG dan mamografi belum memungkinkan untuk

dilakukan. Oleh karena itu pemeriksaan payudara klinis oleh tenaga kesehatan terlatih yang diikuti dengan promosi dan edukasi tentang pengobatan yang baik kepada masyarakat (bahwa Kanker Payudara bila ditemukan pada stadium awal dan dilakukan operasi akan meningkatkan kemungkinan untuk sembuh dan waktu untuk bertahan hidup lebih lama) sehingga pada akhirnya akan meningkatkan pencapaian tujuan dari skrining yaitu menurunkan angka kesakitan dan kematian serta meningkatkan kualitas hidup penderita Kanker Payudara.

Selain skrining, penemuan dini merupakan strategi lain untuk down staging. Penemuan dini dimulai dengan peningkatan kesadaran masyarakat tentang perubahan bentuk atau adanya kelainan di payudara mereka sendiri, dengan cara memasyarakatkan program SADARI bagi semua perempuan dimulai sejak usia subur, sebab 85% kelainan di payudara justru pertama kali dikenali oleh penderita bila tidak dilakukan skrining massal.

SADARI sebaiknya dilakukan setiap kali selesai menstruasi (hari ke-10, terhitung mulai hari-pertama haid). Pemeriksaan dilakukan setiap bulan sejak umur 20 tahun (sumber: *American Cancer Society*).

Skrining pada Kanker Payudara yang dilakukan oleh petugas kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai cara:

- a. Pemeriksaan Payudara Klinis Oleh Tenaga Medis Terlatih (SADANIS)
 - 1) Pada perempuan sejak pertama mengalami haid dianjurkan melaksanakan SADARI, sedangkan pada perempuan yang lebih tua dianjurkan SADANIS yang dilakukan setiap tiga tahun sekali. Untuk perempuan yang mendapatkan kelainan pada saat SADARI dianjurkan dilaksanakan SADANIS sehingga dapat lebih dipastikan apakah ada kemungkinan keganasan.
 - 2) Pada perempuan berusia di atas 40 tahun, dilakukan SADANIS setiap tahun
- b. Pemeriksaan *Ultrasonography* (USG)

- 1) Apabila pada pemeriksaan SADANIS terdapat benjolan dibutuhkan pemeriksaan lanjutan dengan USG maupun Mammografi.
 - 2) USG dilakukan terutama untuk membuktikan adanya massa kistik dan solid/padat yang mengarah pada keganasan, dan pada perempuan di bawah usia 40 tahun
- c. Pemeriksaan Skrining Mammografi
- 1) Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan secara berkala, yaitu pada perempuan usia 40 – 50 tahun setiap 2 tahun sekali dan setiap 1 tahun sekali pada perempuan di atas 50 tahun kecuali yang mempunyai faktor risiko.
 - 2) Dilakukan pada perempuan yang bergejala maupun pada perempuan yang tidak bergejala (*opportunistic screening* dan *organized screening*).

Dengan kemampuan dan kapasitas tenaga kesehatan di Puskesmas, apabila ditemukan tumor pada payudara, petugas kesehatan harus merujuk ke pelayanan dengan fasilitas dan kemampuan yang lebih tinggi seperti rumah sakit kabupaten/kota untuk mendapatkan konfirmasi diagnosis dan tindak lanjut yang dibutuhkan oleh pasien tersebut.

Disadari bahwa upaya skrining yang ideal yaitu dengan cara pemeriksaan payudara klinis (SADANIS) oleh tenaga terlatih, dilanjutkan dengan pemeriksaan USG dan atau mamografi. Tetapi dengan sumber daya terbatas di Puskesmas, pada saat ini pemeriksaan payudara klinis oleh tenaga kesehatan (dokter atau bidan) merupakan pilihan. Apabila petugas Puskesmas menemukan benjolan yang dicurigai jinak atau ganas, maka petugas kesehatan harus merujuk ke fasilitas yang lebih tinggi seperti rumah sakit kabupaten/kota atau provinsi untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut dan terapi apabila dibutuhkan.

Langkah-langkah yang dilakukan pada skrining Kanker Payudara dimulai dengan:

- a. Bicara Dengan Seorang Perempuan/Klien:

Sebelum melakukan pemeriksaan, seorang perempuan perlu mendapat informasi yang akurat mengenai penyakit tersebut dan tindakan pengobatannya. Tenaga kesehatan harus mendorong semua perempuan, khususnya yang berusia antara 30 sampai 50 tahun untuk melakukan pengujian Kanker Payudara. Seorang perempuan juga butuh konseling untuk membantu mereka membuat keputusan tentang apa yang harus dilakukan, terutama bila dibutuhkan rujukan. Beberapa hal penting yang harus disampaikan dalam konseling adalah:

- 1) Apa yang dimaksud dengan Kanker Payudara dan bagaimana mendeteksinya;
- 2) Apa faktor risiko yang menyebabkan tumbuhnya kanker dan yang dapat dilakukan untuk mencegahnya;
- 3) Apa yang akan dilakukan pada saat pemeriksaan;
- 4) Penjelasan singkat hasil pemeriksaan dan rujukan, bila dibutuhkan.

Tenaga kesehatan harus mampu menyampaikan hasil diagnosa dan pengobatan Kanker Leher Rahim yang dapat dilakukan dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti oleh perempuan tersebut. Sayangnya, tenaga kesehatan seringkali sulit membicarakan Kanker Payudara dengan klien tetapi hal ini akan lebih mudah membicarakan masalah yang sensitif ini jika:

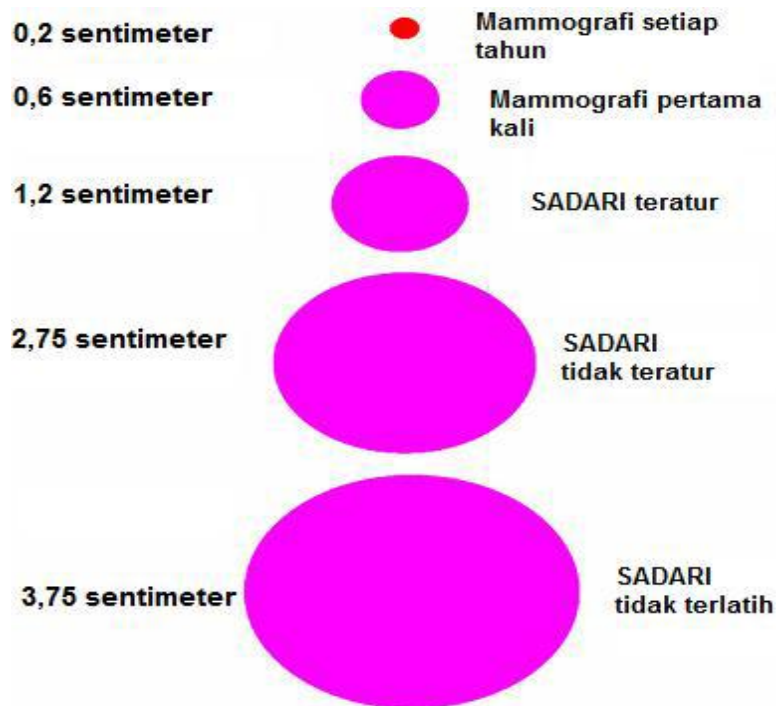
- a) Mempunyai tenaga dan informasi teknis yang akurat, lengkap, dan terkini tentang pemeriksaan Kanker Payudara, serta pemeriksaan penunjang lain yang tersedia di rumah sakit yang mempunyai fasilitas.
- b) Mampu menciptakan hubungan yang jujur dan pengertian dengan seorang perempuan yang mendapat konseling.

Sangat penting ditekankan bahwa pemeriksaan payudara sendiri oleh klien merupakan salah satu kunci utama untuk dapat mengetahui benjolan sedini mungkin.

Terakhir, tenaga kesehatan harus tahu dan mampu menggunakan teknik-teknik dasar dalam memberikan konseling. Teknik tersebut dapat membantu petugas membangun hubungan dengan klien.

Jika seorang perempuan percaya pada kompetensi dan kejujuran petugas, akan lebih mungkin baginya untuk melakukan pemeriksaan, dan bila perlu dapat menerima bila harus dirujuk ke rumah sakit yang mempunyai fasilitas lebih memadai untuk mendapatkan pemeriksaan lanjutan atau kembali untuk kunjungan selanjutnya. Selain itu, dia mungkin akan mengajak yang lain untuk melakukan pemeriksaan deteksi dini kanker.

Seperti ditunjukkan di bawah ini (Gambar 5.1), ibu yang telah dilatih melakukan pemeriksaan payudara sendiri dapat mendeteksi benjolan kecil dari pada ibu yang tidak terlatih.



Gambar 5.1 Ukuran Rata-rata Benjolan yang Terdeteksi (Spence, 1994).

- b. Hal – Hal yang Perlu Diperhatikan Saat Melakukan Pemeriksaan Payudara
- 1) Cobalah untuk peka terhadap seorang perempuan dengan memberi kesempatan untuk mengekspresikan kekhawatiran yang dimiliki sebelum dan pada saat pemeriksaan berlangsung.
 - 2) Selalu hargai privasi klien (misalnya menutup kerai di sekeliling meja pemeriksaan, menutup pintu atau menutup jendela yang ada di ruang pemeriksaan).
 - 3) Selalu berbicara dengan suara yang tenang dan santai dan dorong dia untuk bertanya.
 - 4) Jika klien merasa gelisah, yakinkan dirinya bahwa anda akan berupaya sebaik mungkin agar pemeriksaan berjalan dengan nyaman.
 - 5) Diskusikan masing-masing langkah yang akan dilakukan, tunjukkan padanya apa yang akan dilakukan, diskusikan/katakan apa yang ditemukan selama pemeriksaan dan pastikan dia memahami temuan tersebut dan apa artinya bagi dia.
 - 6) Selama pemeriksaan, lakukan pendekatan secara perlahan dan hindari gerakan yang tiba-tiba atau tak terduga.
 - 7) Jangan melakukan pemeriksaan dengan terburu-buru. Lakukan tiap langkah dengan lembut dan tanyakan apakah perempuan tersebut merasakan ketidak nyamanan selama tahap pemeriksaan. Upayakan untuk peka terhadap perubahan ekspresi wajah dan gerak tubuh klien yang menandakan bahwa dirinya merasa tidak nyaman.
 - 8) Selalu pertimbangkan faktor budaya pada saat memutuskan pakaian apa yang harus ditanggalkan oleh klien. Sediakan kain bersih untuk menutupi payudara atau daerah panggulnya jika perlu.
 - 9) Dengan mengetahui bahwa pemeriksaan akan dilakukan oleh petugas yang perhatian dan kompeten dapat mendorong perempuan tersebut untuk terus datang ke klinik untuk kebutuhan kesehatan reproduksinya.
- c. Melakukan Pemeriksaan Payudara

Petugas harus peka terhadap perasaan dan kekhawatiran klien sebelum, selama dan setelah melakukan pemeriksaan payudara. Perempuan tersebut mungkin malu atau tidak ingin diperiksa karena dia harus memperlihatkan payudaranya. Petugas kesehatan mungkin juga merasa kurang nyaman pada awalnya. Sikap yang tenang dan perhatian dapat membantu kepercayaan klien.

Beberapa hal yang memerlukan perhatian pada saat pemeriksaan yaitu:

- Cara memeriksa kedua payudara dan puting untuk melihat apakah ada perubahan dalam bentuk dan ukuran, bintik-bintik pada kulit, dan keluarnya cairan dari puting
- Cara memeriksa kedua payudara dan ketiak apakah terdapat kista atau massa yang menebal dan berisi cairan (tumor)

1) Persiapan

Pada saat pemeriksaan payudara dibutuhkan persiapan seperti:

- a) Katakan bahwa Anda akan memeriksa payudara seorang perempuan.

Ini merupakan saat yang tepat untuk menanyakan apakah ibu mengetahui adanya perubahan dalam payudaranya dan apakah ibu secara rutin telah melakukan pemeriksaan payudara sendiri.

- b) Sebelum klien pergi untuk membuka pakaian bagian atas, katakan bahwa Anda akan menjelaskan cara memeriksa payudara yang juga dapat dilakukannya sendiri.
- c) Setelah seorang perempuan membuka pakaian mulai pinggang ke atas, minta dia agar duduk di meja periksa dengan kedua lengan di sisi tubuhnya.

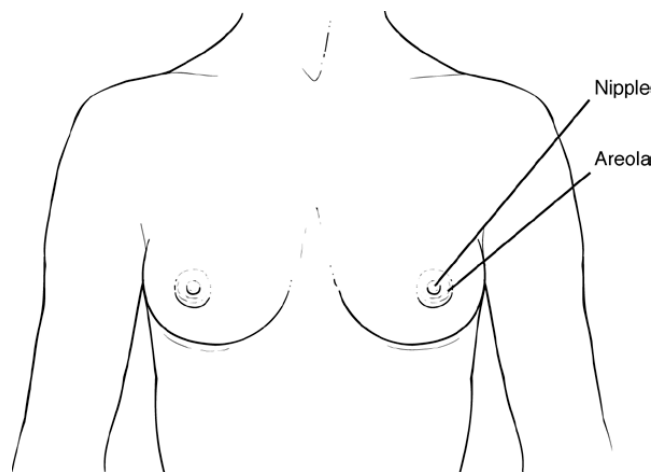
Dokter bedah :

- Memeriksa dan mendiagnosa kasus rujukan.
- Melakukan biopsi pada suspek kanker

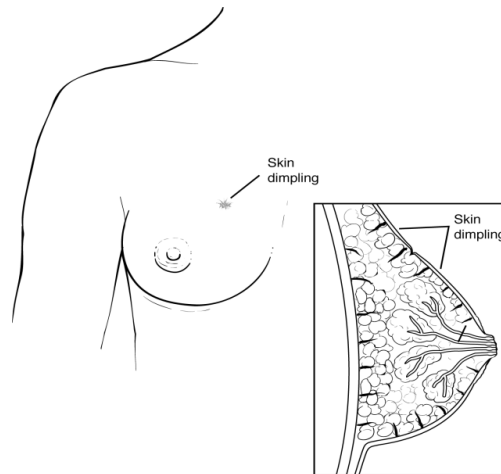
- Identifikasi sarana umum perawatan paliatif, misalnya : penghilang nyeri, asuhan psikologi dan dukungan moral.
- Mengawasi dan mendukung petugas klinis.
- Merujuk atau mendiskusikan dalam tumor board dengan bagian/disiplin lain jika perlu.
- Kanker Payudara yang sudah dikonfirmasi dengan USG/ mammografi dilakukan mastektomi dan/atau kemoterapi dan radioterapi bila perlu.

2) Tindakan Inspeksi

Lihatlah bentuk dan ukuran payudara (Gambar 5.2). Perhatikan apakah ada perbedaan bentuk, ukuran, puting atau kerutan atau lekukan pada kulit (Gambar 5.3). Walaupun beberapa perbedaan dalam ukuran payudara bersifat normal, ketidakberaturan atau perbedaan ukuran dan bentuk dapat mengindikasikan adanya massa. Pembengkakan, kehangatan, atau nyeri yang meningkat pada salah satu atau kedua payudara dapat berarti adanya infeksi, khususnya jika si perempuan tersebut sedang menyusui.

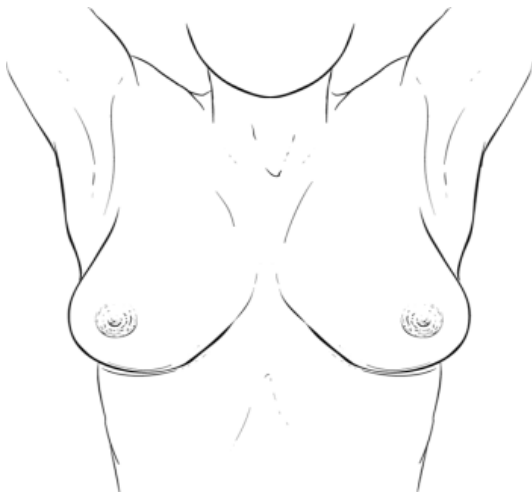


Gambar 5.2 Tampilan Payudara (Kedua Tangan di Sisi Tubuh)



Gambar 5.3 Kerutan atau Lekukan Pada Payudara

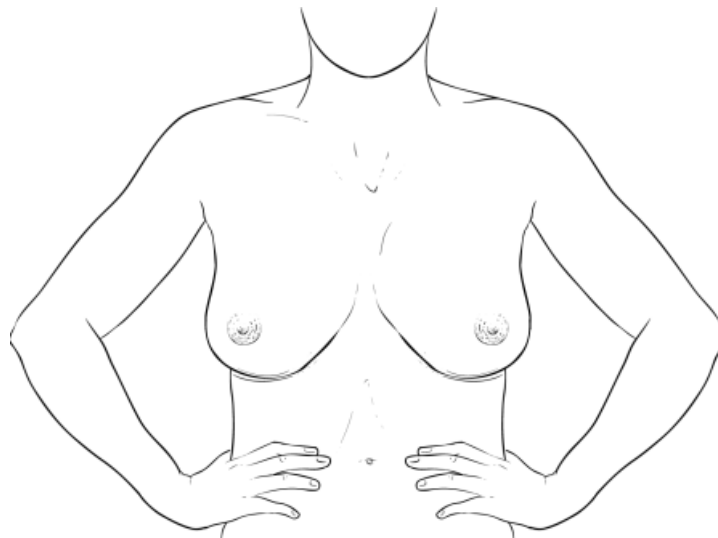
- a) dan perhatikan ukuran dan bentuknya serta arah jatuhnya (misalnya apakah kedua payudara menggantung secara seimbang?). Periksa juga apakah terdapat ruam atau nyeri pada kulit dan apakah keluar cairan dari puting.
- b) Minta ibu/klien untuk mengangkat kedua tangan ke atas kepala (Gambar 5.4 a) kemudian menekan kedua tangan di pinggang untuk mengencangkan otot dadanya (m.pectoral/otot pektoralis) (Gambar 5.4 b). Pada setiap posisi, periksa ukuran, bentuk dan simetri, lekukan puting atau kulit payudara dan lihat apakah ada kelainan. (Kedua posisi tersebut juga dapat terlihat jeruk atau lekukan pada kulit jika ada.) Kemudian minta klien untuk membungkukkan badannya ke depan untuk melihat apakah kedua payudara tergantung secara seimbang (Gambar 5.4 c).



Gambar 5.4a



Gambar 5.4b



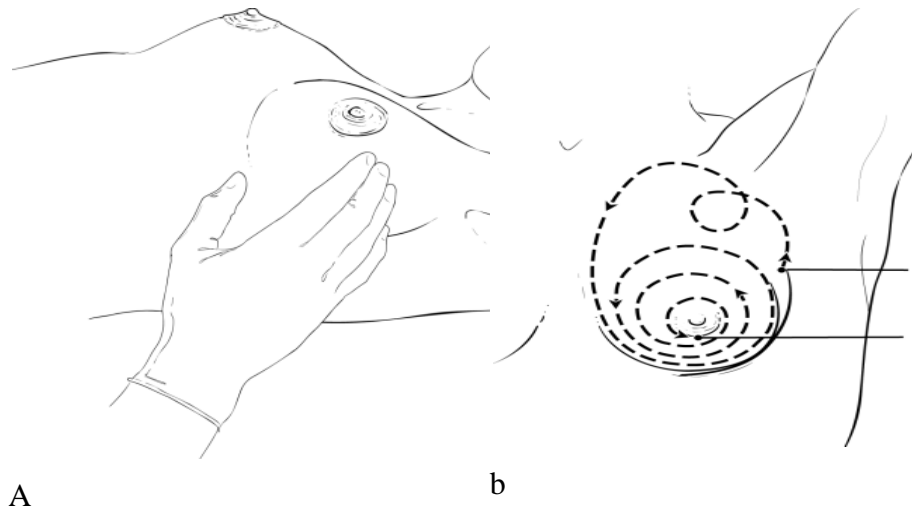
Gambar 5.4c

Gambar 5.4a, b dan c. Tampilan Payudara (kiri ke kanan): Lengan ke Atas, Tangan di Pinggang, Membungkuk

3) Palpasi

- a) Minta klien untuk berbaring di meja periksa.

- b) Dengan meletakkan sebuah bantal di bawah punggung pada sisi yang akan diperiksa akan membuat jaringan ikat payudara menyebar, sehingga dapat membantu pemeriksaan payudara.
- c) Letakkan kain bersih di atas perut ibu/klien
- d) Letakkan lengan kiri ibu ke atas kepala. Perhatikan payudaranya untuk melihat apakah tampak sama dengan payudara sebelah kanan dan apakah terdapat lipatan atau lekukan.
- e) Dengan menggunakan permukaan tiga jari tengah Anda (Gambar 5.5 a), lakukan palpasi payudara dengan menggunakan teknik spiral. Mulai pada sisi terluar payudara (Gambar 5.5 b). Tekan jaringan ikat payudara dengan kuat pada tulang rusuk setelah selesai tiap satu putaran dan secara bertahap pindahkan jari-jari Anda menuju areola. Lanjutkan sampai semua bagian selesai diperiksa. Perhatikan apakah terdapat benjolan atau nyeri (*tenderness*).
- f) Dengan membasahi ujung-ujung jari dengan cairan sabun encer atau betadin dapat membantu mengidentifikasi gumpalan atau benjolan pada ketiak.



Gambar 5.5 a dan b. Teknik Spiral untuk Pemeriksaan Payudara

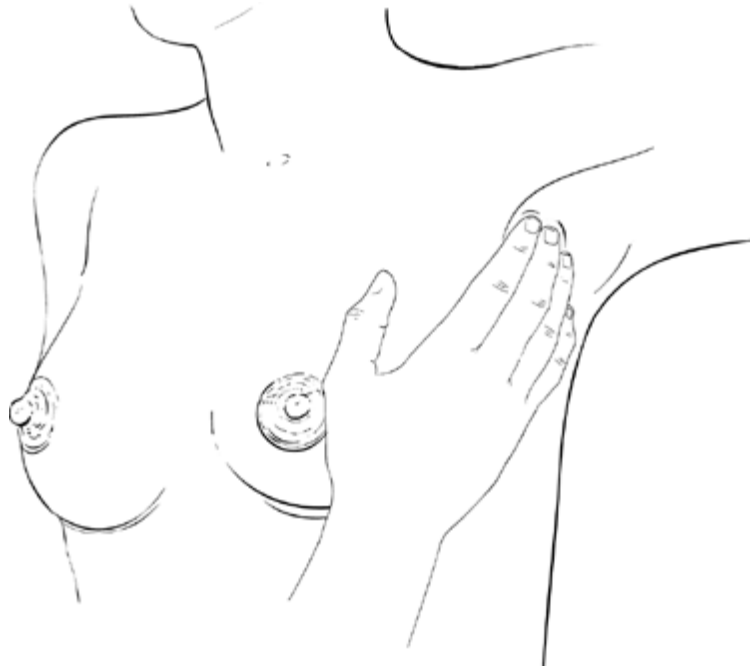
- g) Dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk, tekan puting payudara dengan lembut (Gambar 5.6). Lihat apakah keluar cairan: bening, keruh, atau berdarah. Cairan keruh atau berdarah yang keluar dari puting harus ditulis dalam catatan ibu/klien. Walaupun cairan keruh dari salah satu atau kedua payudara dianggap normal sampai selama 1 tahun setelah melahirkan atau berhenti menyusui, hal tersebut jarang disebabkan karena kanker, infeksi, tumor, atau kista jinak.



Gambar 5.6 Memeriksa Cairan Puting (Payudara Kiri)

- h) Ulangi langkah tersebut pada payudara sebelah kiri.
- i) Jika ada keraguan tentang temuan (misalnya apakah terdapat benjolan) ulangi langkah-langkah, ibu duduk dengan kedua lengan di sisi badannya.
- j) Untuk memalpasi bagian pangkal payudara, minta ibu duduk dan mengangkat lengan kirinya setinggi bahu. Bila perlu, minta ibu meletakkan tangannya di bahu Anda. Tekan sisi luar dari otot pektoralis sambil bertahap menggerakkan jari-jari ke pangkal ketiak untuk memeriksa apakah terdapat pembesaran kelenjar getah bening (lymph nodes) atau kekenyalan (Gambar 5.7). Penting untuk

melakukan palpasi pada pangkal payudara karena disini biasanya terdapat kanker.



Gambar 5.7 Memeriksa Pangkal Payudara (Payudara Kiri)

- k) Ulangi langkah tersebut untuk payudara sebelah kiri.
- l) Setelah selesai melakukan pemeriksaan, minta ibu untuk memakai pakaian kembali. Jelaskan temuan kelainan jika ada, dan hal yang perlu dilakukan. Jika pemeriksaan sepenuhnya normal, katakan bahwa semua normal dan sehat dan waktunya untuk kembali melakukan pemeriksaan (misalnya tiap tahun atau jika ibu menemukan adanya perubahan pada pemeriksaan payudara sendiri).
- m) Tunjukkan kepada ibu cara melakukan pemeriksaan payudara sendiri (lihat di bawah).
- n) Catat temuan.

Mencatat temuan: Setelah melakukan pemeriksaan payudara, tulislah temuan-temuan dalam catatan medis ibu. Sebuah contoh temuan dari pemeriksaan normal di tunjukkan di bawah ini:
 Payudara normal: Tampak normal. Tidak ada cairan dari puting. Tidak terdapat benjolan atau nyeri pada saat palpasi. Aksila normal.

Tabel 5.1 Perbedaan Pemeriksaan Fisik Pada Payudara Normal dan Kanker Payudara

Jenis Pemeriksaan	Payudara Normal	Kanker Payudara
Pengamatan (Inpeksi)	Simetris	Asimetris
	Tidak tampak benjolan	Ada benjolan
	Tekstur kulit normal	Tekstur kulit seperti kulit jeruk
	Puting normal	Puting masuk krdalam (retraksi)
	Tidak keluar cairan	Kadang keluar cairan selain ASI
	Tidak ada peradangan	Ada peradangan
Perabaan (pallpasi)	Tidak teraba benjolan	Teraba benjolan keras, tidak dapat digerakkan, permukaan tidak rata dan nyeri tekan

4) Istilah-istilah yang Digunakan untuk Menggambarkan Temuan

Daftar istilah-istilah khusus yang digunakan untuk menggam-barkan temuan dapat dilihat di bawah ini. Pada saat mencatat temuan, gunakan sebanyak mungkin istilah-istilah berikut, sehingga catatan ibu memiliki data yang cukup lengkap.

Bentuk : Apakah terdapat perbedaan bentuk payudara?

Kulit : Seperti apa tampak kulitnya? Apakah halus, berkerut atau berlesung?

Cairan Puting : Apakah ada cairan abnormal yang keluar dari puting? Cairan dijelaskan berdasarkan warna, kekentalan, bau, dan banyaknya.

Massa atau Benjolan : Sekelompok sel yang saling menempel. Dapat diakibatkan oleh abses, kista, tumor jinak, atau

- ganas.
- Ukuran : Berapa besar (cm) massa-nya? Jika massa bulat, berapa diameternya?
- Konsistensi : Seperti apa massa atau benjolan tersebut? Apakah keras, lunak, berisi cairan, atau mengeras?
- Mobilitas : Saat dipalpasi, apakah massa tersebut dapat bergerak atau tetap di tempat? Mobilitas biasanya menggunakan istilah seperti tetap (tidak bergerak saat dipalpasi), bergerak bebas (bergerak saat palpasi) dan bergerak terbatas (beberapa gerakan saat dipalpasi).

5) Rujukan

Skrining dengan cara pemeriksaan fisik oleh petugas kesehatan yang terlatih tidak akan berhasil, bila kelainan yang didapati tidak diikuti dengan pemeriksaan penunjang yang sesuai. Pemeriksaan lanjutan yang dibutuhkan pada pemeriksaan payudara dapat dilihat pada bagan 5.1.

TINGKAT KOMUNITAS

Mengajak ibu ibu dalam kelompok usia 30 - 50 tahun untuk melakukan skrining Kanker Payudara

Melakukan konseling tentang kanker payudara, faktor risiko dengan pencegahannya

Menanyakan apakah Ibu telah melakukan SADARI

TINGKAT YANKES PRIMER

Tidak

Ajarkan SADARI

Ya

Ada benjolan/kelainan lainnya?

Tidak

Ya

Lakukan SADANIS

Adanya benjolan/Kelainan lainnya?

Tidak

Ya

Anjurkan SADARI

Rujuk

TINGKAT YANKES SEKUNDER

Radiolog

Dokter Bedah

Bagan 5.1 Diagram Alur untuk Pencegahan Kanker Payudara

6) Pemeriksaan Payudara Sendiri

Sebagian besar benjolan payudara ditemukan oleh ibu sendiri. Dengan memeriksa payudaranya sendiri, seorang ibu akan mengetahui bagaimana payudara yang terlihat dan terasa normal. Jika terdapat perubahan pada payudaranya, dia dapat melihatnya dan memberitahu petugas kesehatan. Mengajarkan ibu tentang cara memeriksa payudara setiap bulan dan mendorong mereka agar mau melakukannya sebab hal ini penting untuk menjaga kesehatannya (Gambar 5.8). Cara pemeriksaan ini hendaknya diajarkan kepada ibu oleh petugas kesehatan.

a) Waktu untuk Memeriksa Payudara

Sebaiknya periksa payudara ibu 7–10 hari setelah hari pertama menstruasi (saat payudara kemungkinan tidak mengeras dan nyeri.) Ibu harus memeriksa payudara sendiri setiap bulan, bahkan setelah masa menstruasi telah berhenti selamanya. Jika ibu tidak mendapat menstruasi lagi, ibu harus memilih hari/tanggal yang sama tiap bulan (misalnya hari/tanggal 1 tiap bulan) untuk memeriksa payudara.

Pemeriksaan payudara dapat dilakukan sendiri saat mandi atau sebelum tidur. Dengan memeriksa saat ibu mandi tangan dapat bergerak dengan mudah di kulit yang basah.

b) Cara Memeriksa Payudara (Lihat Gambar 5.8)

- (1) Pertama-tama, minta agar ibu/klien perhatikan payudara-nya.
- (2) Mintalah untuk berdiri di depan cermin dengan tangan di sisi tubuh dan lihat apakah ada perubahan pada payudara ibu. Lihat perubahan dalam hal ukuran, bentuk, warna kulit, dan jika ada kerutan atau lesung pada kulit (seperti lesung pipit).
- (3) Perhatikan kembali kedua payudara, pertama dengan kedua tangan diangkat ke atas kepala, kemudian dengan kedua tangan menekan pinggang agar otot dada berkontraksi. Bungkukkan

badan untuk melihat apakah kedua payudara menggantung seimbang.

- (4) Dengan lembut tekan masing-masing puting dengan ibu jari dan jari telunjuk untuk melihat apakah ada cairan yang keluar.
- (5) Kemudian, mintalah ibu meraba payudara.
- (6) Ibu dapat memeriksa payudara sambil berdiri atau berbaring. Jika ibu memeriksa payudara sambil berbaring, akan lebih membantu bila ibu meletakkan sebuah bantal di bawah pundak sisi payudara yang akan diperiksa (dalam contoh, dimulai dengan payudara sebelah kiri).
- (7) Angkat lengan kiri ke atas kepala. Gunakan tangan kanan ibu untuk menekan payudara kiri dengan ketiga jari (telunjuk, tengah, manis). Mulailah dari bagian atas payudara kiri dan gerakkan jari-jari ibu di seluruh permukaan payudara dengan gerakan memutar. Rasakan apakah terdapat benjolan atau penebalan. Terus bergerak di seputar payudara dengan gerakan memutar ke dalam sampai menyentuh puting.
- (8) Pastikan untuk memeriksa area di antara payudara dan bawah lengan, serta payudara dan klavikula.
- (9) Angkat lengan kanan ke atas kepala dan ulangi pemeriksaan untuk payudara sebelah kanan.
- (10) Apa yang Perlu Dicari Ketika Memeriksa Payudara
 - (a) Perubahan ukuran dan bentuk payudara.
 - (b) Lipatan atau cekungan (*dimple*) pada kulit payudara.
 - (c) Benjolan atau penebalan di dalam atau dekat payudara atau daerah bawah lengan. Jika benjolan halus atau seperti karet dan bergerak di bawah kulit ketika ditekan dengan jari, tidak perlu khawatir. Tetapi, jika benjolan keras,

memiliki bentuk yang tidak rata dan tidak terasa sakit, khususnya jika benjolan tersebut hanya berada pada salah satu payudara dan tidak bergerak ketika ditekan, ibu harus memberitahu petugas kesehatan.

(11) Jika payudara ibu biasanya memiliki benjolan, ibu harus mengetahui berapa banyak benjolan yang teraba dan lokasinya. Bulan berikutnya, ibu harus mengetahui jika terdapat perubahan ukuran atau bentuk (halus atau tidak beraturan). Dengan menggunakan teknik yang sama setiap bulan akan membantu ibu mengetahui jika ada perubahan yang terjadi.

(12) Jika ada cairan dari puting yang tampak seperti darah atau nanah, khususnya jika ibu tidak sedang menyusui, ibu harus memberitahu petugas kesehatan.

(13) Cairan mungkin keluar dari salah satu atau kedua payudara selama satu tahun setelah memiliki anak atau berhenti menyusui.

7) Terapi

Modalitas terapi Kanker Payudara ada 5 (lima) yaitu:

- a) Operasi: *Breast Conserving Surgery* (BCS) atau mastektomi baik *simple* maupun radikal.
- b) Radioterapi
- c) Kemoterapi
- d) Hormonal
- e) Terapi biologik (*target therapy*)

Pengobatan dilakukan berdasar kajian klinis yang ada pada pasien dan sesuai protokol pengobatan.

Dengan kemampuan dan kapasitas tenaga kesehatan di Puskesmas, apabila ditemukan tumor pada payudara, petugas kesehatan harus merujuk ke pelayanan dengan fasilitas dan kemampuan yang lebih

tinggi seperti RS kabupaten/kota untuk mendapatkan konfirmasi diagnosis dan tindak lanjut yang dibutuhkan oleh pasien tersebut.



1. Perhatikan bentuk dan ukuran payu-dara melalui cermin dengan posisi kedua lengan di samping tubuh.



2. Perhatikan payudara dengan kedua tangan ke atas kepala kemudian kedua tangan di pinggang.



3. Dengan lembut te-kan setiap puting dan lihat apakah ada cairan yang keluar.



4. Angkat lengan kiri ke atas kepala atau dapat juga dilakukan pada posisi tiduran.

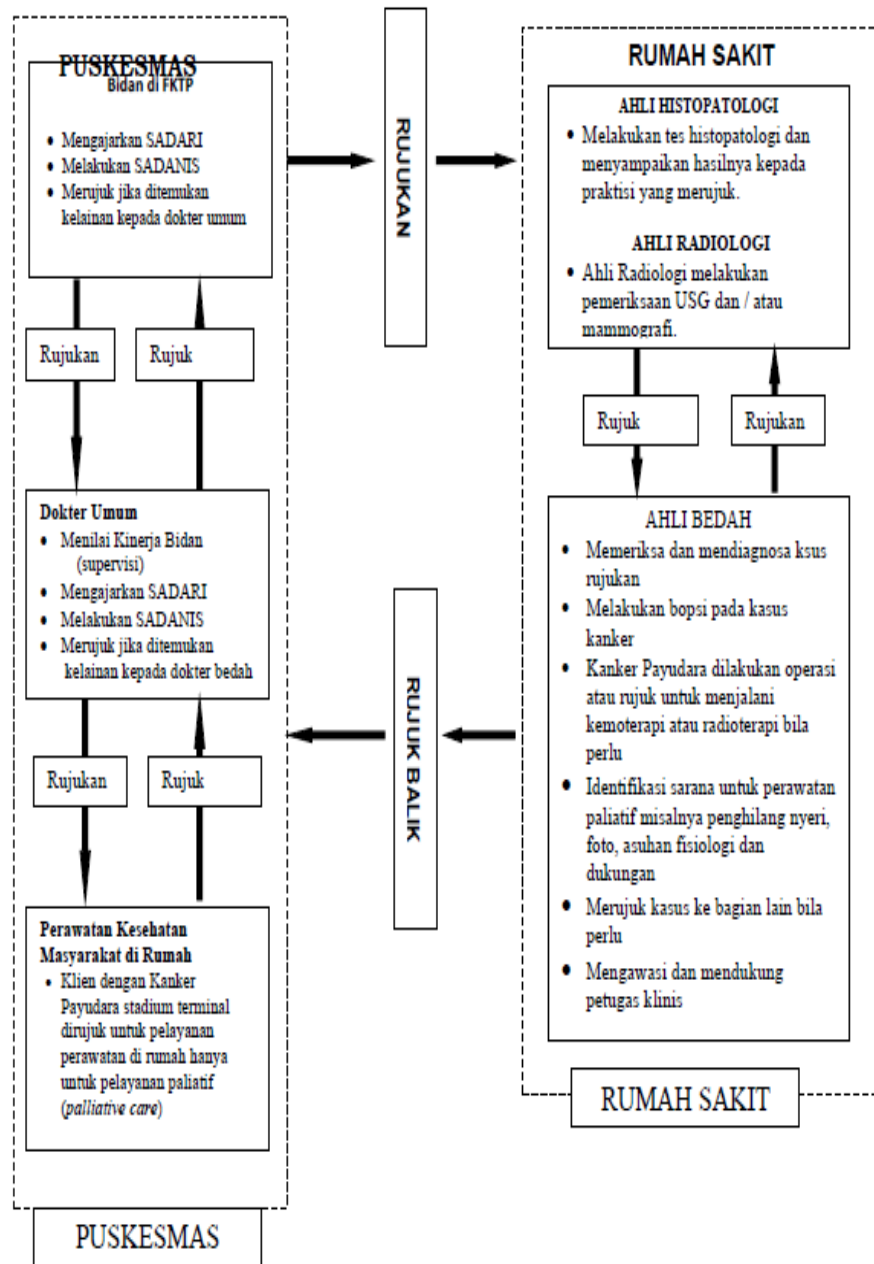


5. Gunakan permukaan jari yang rata untuk menekan payudara. Pastikan untuk menyentuh seluruh bagian payudara. Gunakan pola yang sama setiap bulan.



6. Periksa daerah antara payudara dan ketiak serta payudara dan tulang dada. Ulangi semua langkah tersebut untuk payudara sebelah kanan.

Gambar 5.8 Pemeriksaan Payudara Sendiri



Bagan 5.2 Algoritma Rujukan Kanker Payudara

4. Prognosis

Berdasarkan data yang didapatkan dari PERABOI (Perhimpunan Ahli Bedah Onkologi Indonesia) pada Tahun 2003, didapatkan data prognosis daya tahan hidup penderita Kanker Payudara (*survival rate*) per stadium sebagai berikut :

- a. Stadium 0 : 10-years survival ratenya 98% (*nonpalpable breast cancer* yang terdeteksi oleh Mammografi/ USG)
- b. Stadium I : 5-years survival ratenya 85%
- c. Stadium II : 5-years survival ratenya 60-70%
- d. Stadium III : 5-years survival ratenya 30-50%
- e. Stadium IV : 5-years survival ratenya 15%

Sampai saat ini patofisiologi Kanker Payudara masih belum diketahui secara pasti, sehingga upaya deteksi dini yang dilakukan hanya bertujuan untuk menemukan penderita kanker pada stadium yang masih rendah (*down staging*) dan persentase kemungkinan untuk dapat disembuhkan tinggi.

Kegiatan deteksi dini Kanker Payudara dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih di Puskesmas yang disebut dengan pemeriksaan payudara klinis (SADANIS) yang diikuti dengan pengajaran cara melakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) dengan cara yang benar.

Kanker Servik

1. Pengertian

Kanker serviks (leher rahim) adalah keganasan yang terjadi pada leher rahim yang merupakan bagian terendah dari rahim yang menonjol ke puncak liang senggama.

2. Perubahan Fisiologis Epitel Leher Rahim

Epitel leher rahim terdiri dari 2 (dua) jenis, yaitu epitel skuamosa dan epitel kolumnar. Daerah pertemuan kedua jenis epitel disebut Sambungan Skuamosa-Kolumnar (SSK) dan letaknya dipengaruhi oleh faktor hormonal yang berkaitan dengan umur, aktivitas seksual dan paritas. Pada perempuan

berusia sangat muda dan menopause, SSK terletak di dalam ostium. Sedangkan pada perempuan usia reproduksi/seksual aktif, SSK terletak di ostium eksternum karena trauma atau retraksi otot oleh prostaglandin.

Pada masa kehidupan perempuan terjadi perubahan fisiologis pada epitel leher rahim, epitel kolumnar akan digantikan oleh epitel skuamosa yang diduga berasal dari cadangan epitel kolumnar. Proses pergantian epitel kolumnar menjadi epitel skuamosa disebut proses metaplasia dan terjadi akibat pengaruh pH vagina yang rendah. Aktivitas metaplasia yang tinggi sering dijumpai pada masa pubertas. Akibat dari proses metaplasia ini maka secara morfogenik terdapat 2 (dua) SSK, yaitu SSK asli dan SSK baru yang menjadi tempat pertemuan antara epitel skuamosa baru dengan epitel kolumnar. Daerah di antara kedua SSK disebut daerah transformasi.

3. Perjalanan Penyakit

Infeksi Human Papilloma Virus (HPV) atau Virus Papiloma Manusia biasa terjadi pada perempuan usia reproduksi. Infeksi ini dapat menetap, berkembang menjadi displasi atau sembuh sempurna. Virus ini ditemukan pada 95% kasus Kanker Leher Rahim. Ada dua golongan HPV yaitu HPV risiko tinggi atau disebut HPV onkogenik yaitu utamanya tipe 16, 18, dan 31, 33, 45, 52, 58; sedangkan HPV risiko rendah atau HPV non-onkogenik yaitu tipe 6, 11, 32, dsb.

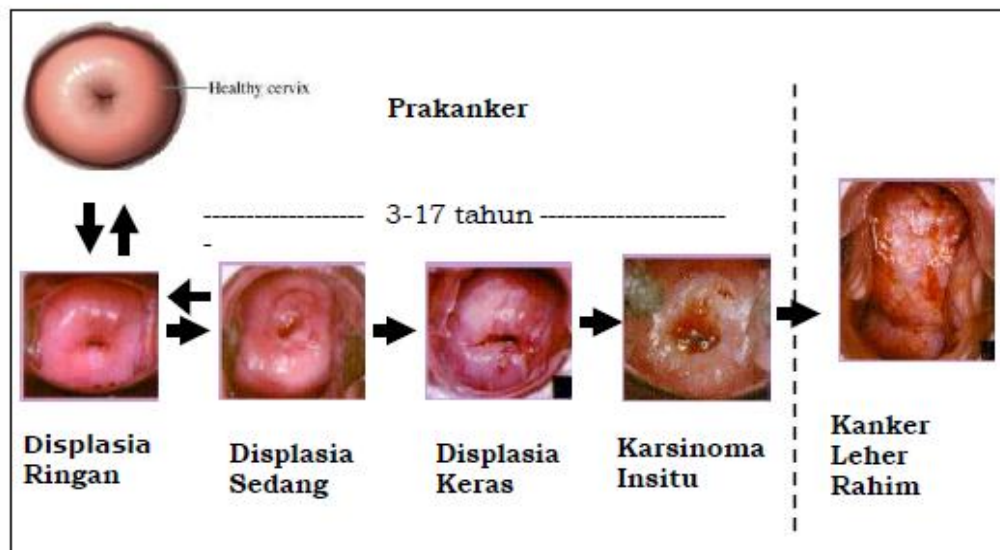
Proses terjadinya Kanker Leher Rahim sangat erat berhubungan dengan proses metaplasia. Masuknya mutagen atau bahan-bahan yang dapat mengubah perantai sel secara genetik pada saat fase aktif metaplasia dapat berubah menjadi sel yang berpotensi ganas. Perubahan ini biasanya terjadi di daerah transformasi.

Sel yang mengalami mutasi disebut sel displastik dan kelainan epitelnya disebut displasia (*Neoplasia Intraepitel Leher rahim/ NIS*). Dimulai dari displasia ringan, sedang, berat dan karsinoma in-situ dan kemudian berkembang menjadi karsinoma invasif. Lesi displasia dikenal juga sebagai

”lesi prakanker”. Perbedaan derajat displasia didasarkan atas tebal epitel yang mengalami kelainan dan berat ringannya kelainan pada sel.

Sedangkan karsinoma in-situ adalah gangguan maturasi epitel skuamosa yang menyerupai karsinoma invasif tetapi membrana basalnya masih utuh.

Pada lesi prakanker derajat ringan dapat mengalami regresi spontan dan menjadi normal kembali. Tetapi pada lesi derajat sedang dan berat lebih berpotensi berubah menjadi kanker invasif.



Gambar 5.9 Perjalanan alamiah penyakit Kanker Leher Rahim (L Nuranna, G Puwoto dkk-FKUI/RSCM 2005)

Tabel 5.2 Perjalanan Penyakit Kanker Leher Rahim dan Manajemennya

	Infeksi HPV dan Displasia Leher rahim Ringan	Displasia Leher rahim Sedang dan Berat	Kanker Invasif
Karakteristik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infeksi HPV biasa terjadi pada perempuan usia reproduktif. Infeksi HPV dapat tetap stabil, berkembang menjadi displasia, atau sembuh. ▪ Displasia ringan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Displasia sedang dan berat merupakan keadaan yang berpotensi menjadi Kanker Leher Rahim. Keadaan ini sangat 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perempuan dengan displasia berat berisiko untuk menjadi kanker invasif; yang biasanya membutuhkan waktu bertahun-

	Infeksi HPV dan Displasia Leher rahim Ringan	Displasia Leher rahim Sedang dan Berat	Kanker Invasif
	biasanya bersifat sementara dan hilang sendiri. Pada kasus lain bisa menjadi displasia berat.	jarang ditemukan bila dibanding dengan displasia ringan. Displasia sedang dan berat dapat berasal dari displasia ringan atau langsung dari infeksi HPV.	tahun.
Manajemen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Belum ada terapi yang dapat membasmi HPV. Pencegahan primer yang dapat dilakukan adalah dengan vaksinasi HPV. ▪ Pada displasia ringan monitoring lesi lebih diutamakan dari pada terapi, karena sebagian besar lesi dapat sembuh spontan atau menetap. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Displasia sedang dan berat harus diterapi, karena sangat berpotensi menjadi kanker. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengobatan kanker invasif adalah di rumah sakit, mahal dan sering tidak efektif.

4. Faktor Risiko

Faktor yang menyebabkan perempuan terpapar HPV (sebagai etiologi dari Kanker Leher Rahim) adalah :

- a. Menikah/ memulai aktivitas seksual pada usia muda (kurang dari 20 tahun).
- b. Berganti-ganti pasangan seksual.
- c. Berhubungan seks dengan laki-laki yang sering berganti pasangan.
- d. Riwayat infeksi di daerah kelamin atau radang panggul.
- e. Perempuan yang melahirkan banyak anak.
- f. Perempuan perokok mempunyai risiko dua setengah kali lebih besar untuk menderita Kanker Leher Rahim dibanding dengan yang tidak merokok.
- g. Perempuan yang menjadi perokok pasif (yang tinggal bersama keluarga yang mempunyai kebiasaan merokok) akan meningkat risikonya 1,4 (satu koma empat) kali dibanding perempuan yang hidup dengan udara bebas.

- h. Perempuan yang pernah melakukan pemeriksaan skrining (Papsmear atau IVA) akan menurunkan risiko terkena Kanker Leher Rahim.

5. Deteksi Dini/Skrining

Ada beberapa metode yang dikenal untuk melakukan skrining Kanker Leher Rahim. Tujuan skrining untuk menemukan lesi prakanker.

Beberapa metode itu antara lain:

a. Inspeksi Visual dengan Aplikasi Asam Asetat (IVA)

Pemeriksaan dengan cara mengamati dengan menggunakan spekulum, melihat leher rahim yang telah dipulas dengan asam asetat atau asam cuka (3-5%). Pada lesi prakanker akan menampilkan warna bercak putih yang disebut *acetowhite* epitelium.

b. Pemeriksaan Sitologi (Papanicolaou/Papsmear)

Merupakan suatu prosedur pemeriksaan sederhana melalui pemeriksaan sitopatologi, yang dilakukan dengan tujuan untuk menemukan perubahan morfologis dari sel-sel epitel leher rahim yang ditemukan pada keadaan prakanker dan kanker.

6. Skrining Kanker Leher Rahim Dengan Pendekatan Komprehensif

a. Pendekatan Komprehensif

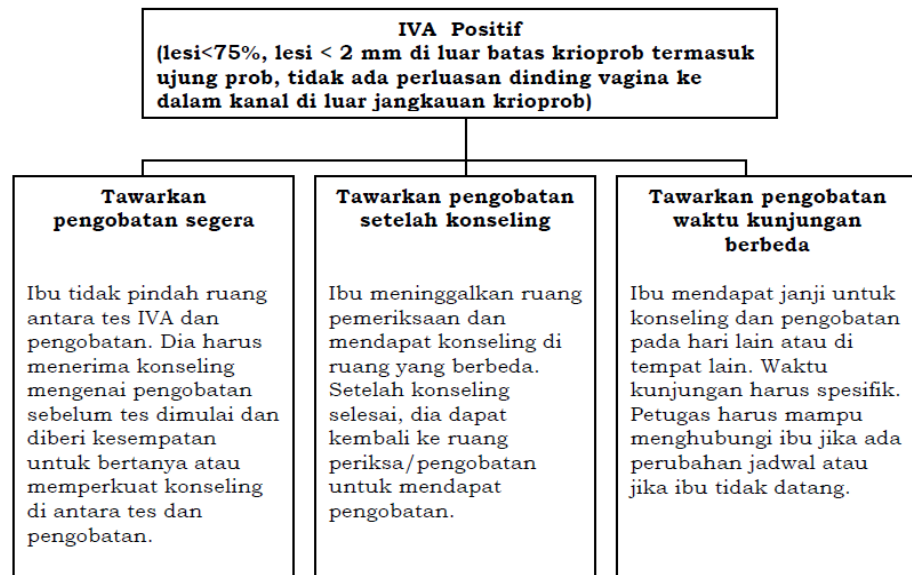
Pendekatan "KOMPREHENSIF" atau dengan istilah "Dilihat dan Diobati /*See and Treat*" untuk pencegahan Kanker Leher Rahim melalui pemeriksaan IVA yang dilanjutkan dengan pengobatan krioterapi, pelaksanaan skrining dengan cara melihat dan mengobati klien, dapat dilakukan pada saat kunjungan yang sama.

Dengan kata lain, apabila seorang klien yang dinilai IVA (+) akan mendapatkan tawaran pilihan pengobatan dengan krioterapi atau rujukan untuk pelayanan lain, pada hari yang sama saat dia menjalani skrining tersebut.

Pendekatan ini bertujuan untuk menghindari kunjungan berulang dari ibu/klien dan mengurangi kemungkinan ketidakhadiran kembali ibu/klien pada kunjungan berikutnya. Walaupun pada keadaan tertentu,

seorang perempuan/klien harus memintakan persetujuan suami untuk dilakukan krioterapi sehingga memungkinkan pelaksanaan krioterapi bukan pada hari yang sama dengan pemeriksaan IVA.

Pendekatan komprehensif untuk pencegahan Kanker Leher Rahim yang menggunakan IVA dan krioterapi merupakan pilihan pertama sebagai sarana skrining dan pengobatan. Oleh karena itu, panduan ini memfokuskan pada penyelenggaraan *komprehensif* menggunakan IVA dan krioterapi.



Bagan 5.3 Tindak lanjut tes IVA positif dan Pengobatan di FKTP

b. Kelompok Sasaran Skrining

Melihat dari perjalanan penyakit Kanker Leher Rahim, kelompok sasaran skrining Kanker Leher Rahim adalah:

- 1) Perempuan berusia 30 - 50 tahun
- 2) Perempuan yang menjadi klien pada klinik IMS dengan *discharge* (keluar cairan) dari vagina yang abnormal atau nyeri pada abdomen bawah (bahkan jika di luar kelompok usia tersebut).

- 3) Perempuan yang tidak hamil (walaupun bukan suatu hal yang rutin, perempuan yang sedang hamil dapat menjalani skrining dengan aman, tetapi tidak boleh menjalani pengobatan dengan krioterapi) oleh karena itu IVA belum dapat dimasukkan pelayanan rutin pada klinik antenatal.
- 4) Perempuan yang mendatangi Puskesmas, klinik IMS, dan klinik KB dianjurkan untuk skrining Kanker Leher Rahim.

c. Frekuensi Skrining

Seorang perempuan yang mendapat hasil tes IVA-negatif, harus menjalani skrining 3 - 5 tahun sekali. Mereka yang mempunyai hasil tes IVA-positif dan mendapatkan pengobatan, harus menjalani tes IVA berikutnya enam bulan kemudian.

d. Pemberi Pelayanan IVA

- 1) Petugas Kesehatan
- 2) Bidan terlatih
- 3) Dokter umum terlatih
- 4) Dokter spesialis Obstetri dan Ginekologi (DSOG)

e. Tempat Pelayanan

- 1) Puskesmas dan jaringannya
- 2) Klinik
- 3) Dokter praktek mandiri

f. Pelatihan Petugas Kesehatan

Petugas yang akan melakukan IVA dan krioterapi dipilih sesuai kebutuhan program dengan kriteria berikut:

- 1) Berpengalaman dalam memberikan pelayanan KB.
- 2) Berpengalaman dalam memberi konseling dan edukasi kelompok.
- 3) Berpengalaman dalam melakukan pemeriksaan panggul.
- 4) Berpenglihatan baik untuk memeriksa leher rahim secara visual.

Petugas akan mengikuti pelatihan berbasis kompetensi dengan modul-modul di bawah ini:

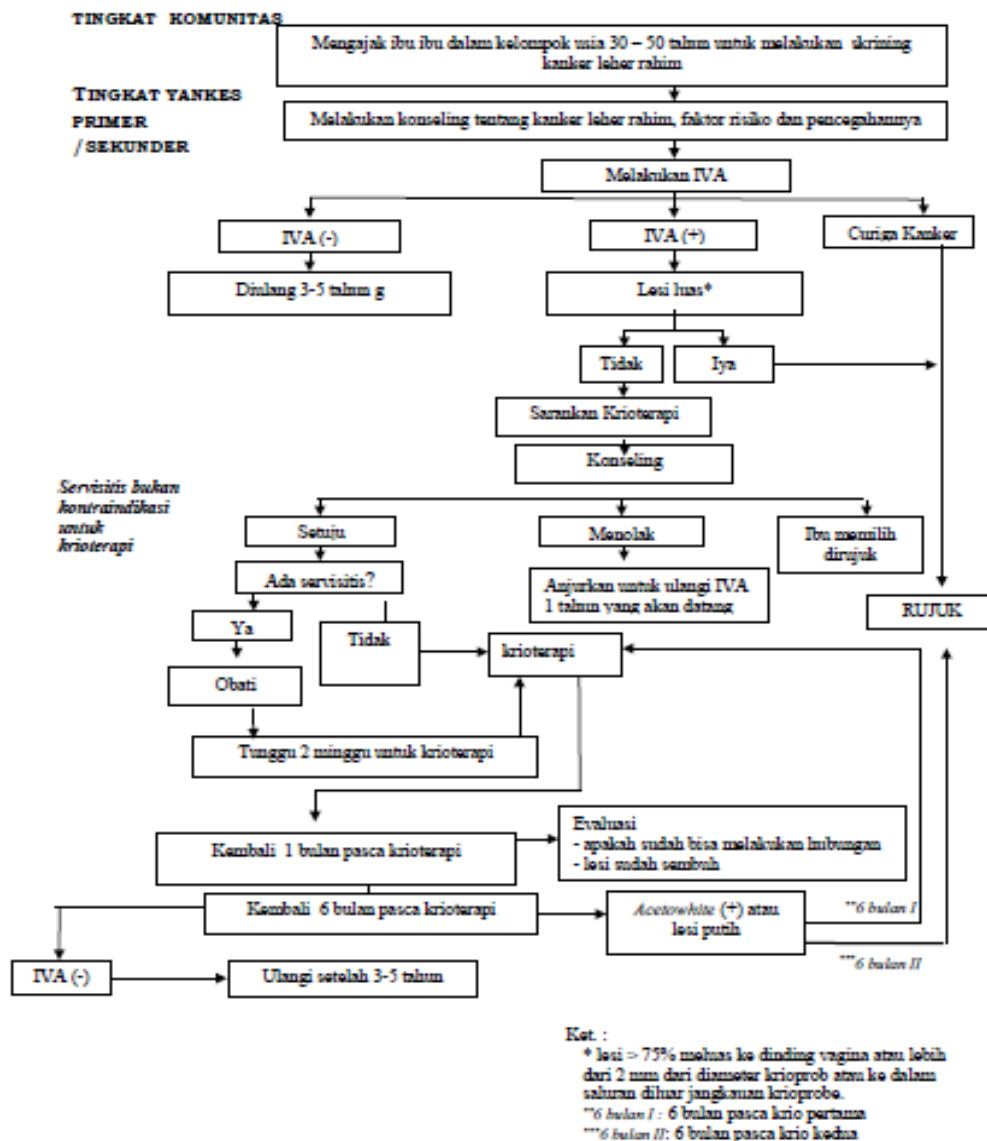
- 1) Gambaran umum, Permasalahan Kanker Leher Rahim di masyarakat

- 2) Anatomi dan fisiologi, Pemahaman tentang SSK (Sambungan Skuamo Kolumnar)
- 3) Etiologi dan faktor risiko
- 4) Patogenesis/karsinogenesis
- 5) Pencegahan Infeksi
- 6) Konseling perorangan dan edukasi kelompok
- 7) Melakukan IVA
- 8) Melakukan Papsmear
- 9) Melakukan Krioterapi
- 10) Deteksi dini Kanker Payudara
- 11) Pencatatan dan pelaporan

Panduan khusus pelatihan dapat dilihat dalam dokumen terpisah, modul Pelatihan untuk pegangan pelatih, petugas, dan buku acuan Pencegahan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim.

g. Bagan Alur

Program Skrining Kanker Leher Rahim mengikuti bagan alur sebagaimana tercantum dibawah ini. Bagan alur tersebut menjelaskan langkah-langkah khusus yang harus diikuti pada tiap tahap proses, tergantung hasil pemeriksaan klien secara perorangan.



Bagan 5.4 Skrining Kanker Leher Rahim

h. Inspeksi Visual dengan Asam Cuka (IVA)

Pemeriksaan leher rahim secara visual menggunakan asam cuka (IVA) berarti melihat leher rahim dengan mata telanjang untuk mendeteksi abnormalitas setelah pengolesan asam asetat atau cuka (3–5%). Daerah yang tidak normal akan berubah warna dengan batas yang tegas menjadi

putih (*acetowhite*), yang mengindikasikan bahwa leher rahim mungkin memiliki lesi prakanker.

IVA adalah praktik yang dianjurkan untuk fasilitas dengan sumber daya sederhana karena:

- 1) Aman, tidak mahal, dan mudah dilakukan;
- 2) Akurasi tes tersebut sama dengan tes-tes lain yang digunakan untuk skrining Kanker Leher Rahim;
- 3) Dapat dipelajari dan dilakukan oleh hampir semua tenaga kesehatan di semua jenjang sistem kesehatan;
- 4) Memberikan hasil segera sehingga dapat segera diambil keputusan mengenai penatalaksanaannya (pengobatan atau rujukan);
- 5) Suplai sebagian besar peralatan dan bahan untuk pelayanan ini mudah didapat dan tersedia;
- 6) Pengobatan langsung dengan krioterapi berkaitan dengan skrining yang tidak bersifat invasif dan dengan efektif dapat mengidentifikasi berbagai lesi prakanker.

Langkah-langkah pemeriksaan IVA adalah sebagai berikut :

- 1) Konseling Kelompok atau Perorangan Sebelum Menjalani IVA

Sebelum menjalani tes IVA, ibu dikumpulkan untuk edukasi kelompok dan sesi konseling bila memungkinkan. Pada saat presentasi dalam edukasi kelompok, topik-topik berikut harus dibahas:

- a) Menghilangkan kesalahpahaman konsep dan rumor tentang IVA dan krioterapi
- b) Sifat dari Kanker Leher Rahim sebagai sebuah penyakit
- c) Faktor-faktor risiko terkena penyakit tersebut
- d) Pentingnya skrining dan pengobatan dini
- e) Konsekuensi bila tidak menjalani skrining
- f) Mengkaji pilihan pengobatan jika hasil tes IVA positif
- g) Peran pasangan pria dalam skrining dan keputusan menjalani pengobatan

- h) Pentingnya pendekatan kunjungan tunggal sehingga ibu siap menjalani krioterapi pada hari yang sama jika mereka mendapat hasil IVA positif.
- i) Arti dari tes IVA positif atau negatif
- j) Pentingnya membersihkan daerah genital sebelum menjalani tes IVA

JIKA HASIL TES IBU/KLIEN ADALAH POSITIF DAN MEMERLUKAN PENGOBATAN, TETAPI IBU/KLIEN MERASA MEMBUTUHKAN KONSULTASI SUAMI/KELUARGA SEBELUM TINDAKAN, IBU DIPERBOLEHKAN PULANG UNTUK MENDISKUSIKAN DENGAN SUAMI/KELUARGA, SEHINGGA MEREKA SIAP MENERIMA PENGOBATAN KRIOTERAPI.

2) Tindakan IVA

Tindakan IVA dimulai dengan penilaian klien dan persiapan, tindakan IVA, pencatatan dan diakhiri dengan konseling hasil pemeriksaan. Penilaian klien didahului dengan menanyakan riwayat singkat tentang kesehatan reproduksi dan harus ditulis di status, termasuk komponen berikut:

- a) Paritas
- b) Usia pertama kali berhubungan seksual atau usia pertama kali menikah
- c) Pemakaian alat KB
- d) Jumlah pasangan seksual atau sudah berapa kali menikah
- e) Riwayat IMS (termasuk HIV)
- f) Merokok
- g) Hasil pap smear sebelumnya yang abnormal
- h) Ibu atau saudara perempuan kandung yang menderita Kanker Leher Rahim
- i) Penggunaan steroids atau obat-obat alergi yang lama (kronis)

Penilaian klien dan persiapan dan tes IVA:

1) Penilaian Klien dan Persiapan

Terdapat beberapa langkah untuk melakukan penilaian klien dan persiapan tindakan IVA yaitu:

- a) Sebelum melakukan tes IVA, diskusikan tindakan dengan ibu/klien. Jelaskan mengapa tes tersebut dianjurkan dan apa yang akan terjadi pada saat pemeriksaan. Diskusikan juga mengenai sifat temuan yang paling mungkin dan tindak lanjut atau pengobatan yang mungkin diperlukan.
- b) Pastikan semua peralatan dan bahan yang diperlukan tersedia, termasuk spekulum steril atau yang telah di DTT, kapas lidi dalam wadah bersih, botol berisi larutan asam asetat dan sumber cahaya yang memadai. Tes sumber cahaya untuk memastikan apakah masih berfungsi.
- c) Bawa ibu ke ruang pemeriksaan. Minta dia untuk Buang Air Kecil (BAK) jika belum dilakukan. Jika tangannya kurang bersih, minta ibu membersihkan dan membilas daerah kemaluan sampai bersih. Minta ibu untuk melepas pakaian (termasuk pakaian dalam) sehingga dapat dilakukan pemeriksaan panggul dan tes IVA.
- d) Bantu ibu untuk memposisikan dirinya di meja ginekologi dan tutup badan ibu dengan kain, nyalakan lampu/senter dan arahkan ke vagina ibu.
- e) Cuci tangan secara merata dengan sabun dan air sampai benar-benar bersih, kemudian keringkan dengan kain bersih atau diangin-anginkan. Lakukan palpasi abdomen, dan perhatikan apabila ada kelainan. Periksa juga bagian lipat paha, apakah ada benjolan atau ulkus (apabila terdapat ulkus terbuka, pemeriksaan dilakukan dengan memakai sarung tangan). Cuci tangan kembali.

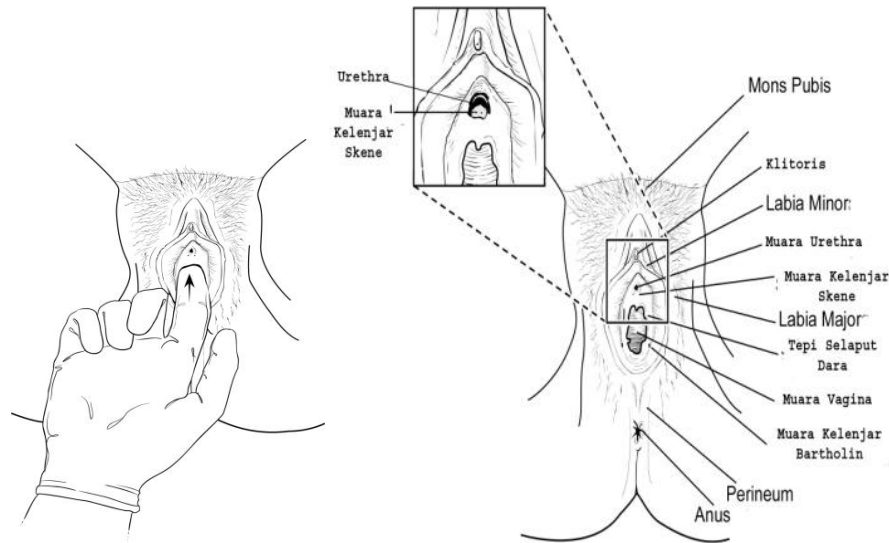
- f) Pakai sepasang sarung tangan periksa yang baru pada kedua tangan atau sarung tangan bedah yang telah di-DDT1
- g) Atur peralatan dan bahan pada nampan atau wadah yang telah di- DTT, jika belum dilakukan.

2) Tes IVA

Tes IVA dilakukan dengan langkah sebagai berikut:

- a) Inspeksi/periksa genitalia eksternal dan lihat apakah terjadi discharge pada mulut uretra. Palpasi kelenjar *Skene's and Bartholin's*. *Jangan menyentuh klitoris, karena akan menimbulkan rasa tidak nyaman pada ibu.* Katakan pada ibu/klien bahwa spekulum akan dimasukkan dan mungkin ibu akan merasakan beberapa tekanan.

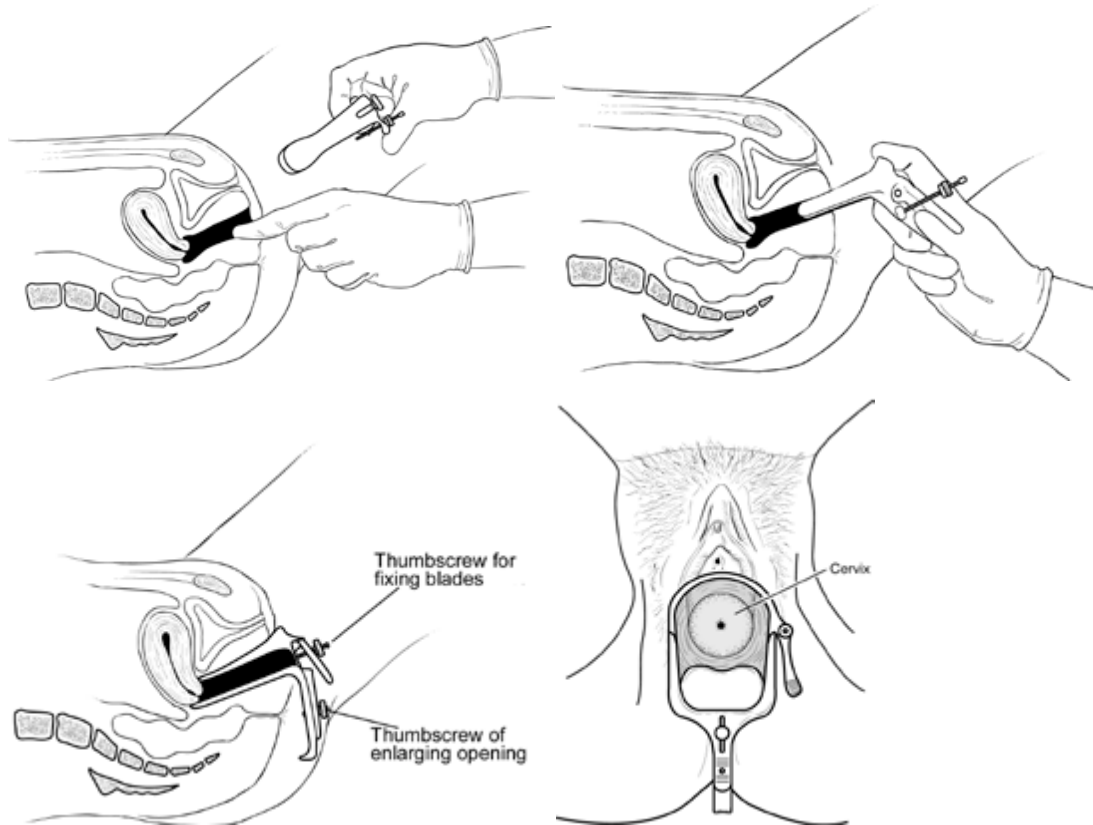
Palpasi Kelenjar Skene



- b) Dengan hati-hati masukkan spekulum sepenuhnya atau sampai terasa ada tahanan lalu secara perlahan buka bilah/daun spekulum untuk melihat leher rahim.

Atur spekulum sehingga seluruh leher rahim dapat terlihat. Hal tersebut mungkin sulit pada kasus dengan leher rahim yang

berukuran besar atau sangat *anterior* atau *posterior*. Mungkin perlu menggunakan spatula atau alat lain untuk mendorong leher rahim dengan hati-hati ke atas atau ke bawah agar dapat terlihat.



Catatan: Jika dinding vagina sangat lemah, gunakan spatula kayu atau alat lain untuk mendorong jaringan ikat yang menonjol diantara bilah/cocor bebek spekulum. Cara lain, sebelum memasukkan spekulum, pasangkan kondom pada kedua bilah/cocor bebek dan potong ujung kondom. Pada saat spekulum dimasukkan dan cocor bebek dibuka, kondom dapat mencegah dinding vagina agar tidak masuk rongga antara bilah/cocor bebek.

- c) Bila leher rahim dapat terlihat seluruh kunci spekulum dalam posisi terbuka sehingga tetap berada di tempatnya saat melihat

leher rahim. Dengan cara ini petugas memiliki satu tangan yang bebas bergerak.

Catatan: Selama proses tindakan, mungkin perlu untuk menyesuaikan baik sudut pandang spekulum atau posisi lampu/senter agar dapat melihat leher rahim dengan baik.

- d) Jika sedang memakai sarung tangan lapis pertama/luar, celupkan tangan tersebut ke dalam larutan klorin 0,5% lalu lepaskan sarung tangan tersebut dengan membalik sisi dalam ke luar. Jika sarung tangan bedah akan digunakan kembali, didesinfeksi dengan merendam ke dalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit. Jika ingin membuang, buang sarung tangan ke dalam wadah anti bocor atau kantong plastik.
- e) Pindahkan sumber cahaya agar leher rahim dapat terlihat dengan jelas.
- f) Amati leher rahim apakah ada infeksi (cervicitis) seperti discharge/cairan keputihan mucous ectopi (ectropion); kista Nabothy atau kista Nabothian, nanah, atau lesi “strawberry” (infeksi Trichomonas).
- g) Gunakan kapas lidi bersih untuk membersihkan cairan yang keluar, darah atau mukosa dari leher rahim. Buang kapas lidi ke dalam wadah anti bocor atau kantong plastik.
- h) Identifikasi ostium servikalis dan SSK serta daerah di sekitarnya.
- i) Basahi kapas lidi dengan larutan asam asetat dan oleskan pada leher rahim. Bila perlu, gunakan kapas lidi bersih untuk mengulang pengolesan asam asetat sampai seluruh permukaan leher rahim benar-benar telah dioleskan asam asetat secara merata. Buang kapas lidi yang telah dipakai.

- j) Setelah leher rahim dioleskan larutan asam asetat, tunggu selama 1 menit agar diserap dan memunculkan reaksi acetowhite.
- k) Periksa SSK dengan teliti. Lihat apakah leher rahim mudah berdarah. Cari apakah ada bercak putih yang tebal atau epitel *acetowhite*. yang menandakan IVA positif (Gambar 5.10)

Catatan:

SSK harus benar-benar terlihat seluruhnya untuk menentukan apakah leher rahim normal atau abnormal.

IVA Negatif



IVA Positif



Gambar 5.10 IVA Negatif dan IVA Positif

- l) Bila perlu, oleskan kembali asam asetat atau usap leher rahim dengan kapas lidi bersih untuk menghilangkan mukosa, darah atau debris yang terjadi saat pemeriksaan dan mungkin mengganggu pandangan. Buang kapas lidi yang telah dipakai.

- m) Bila pemeriksaan visual pada leher rahim telah selesai, gunakan kapas lidi yang baru untuk menghilangkan sisa asam asetat dari leher rahim dan vagina. Buang kapas sehabis dipakai pada tempatnya.
 - n) Lepaskan spekulum secara halus. Jika hasil tes IVA negatif, letakkan spekulum ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk didesinfeksi. Jika hasil tes IVA positif dan setelah konseling pasien menginginkan pengobatan segera, letakkan spekulum pada nampan atau wadah agar dapat digunakan pada saat krioterapi.
 - o) Lakukan pemeriksaan bimanual dan rectovagina (bila diindikasikan). Periksa kelembutan gerakan leher rahim; ukuran, bentuk, dan posisi rahim; apakah ada kehamilan atau abnormalitas dan pembesaran uterus atau kepekaan (*tenderness*) pada adnexa.
- 3) Setelah Tes IVA
- a) Bersihkan lampu dengan lap yang dibasahi larutan klorin 0.5% atau alkohol untuk menghindari kontaminasi silang antar pasien.
 - b) Celupkan kedua sarung tangan yang masih akan dipakai lagi ke dalam larutan klorin 0,5%. Lepaskan sarung tangan dengan cara membalik sisi dalam ke luar lalu letakkan ke dalam wadah anti bocor atau kantong plastik. Jika pemeriksaan rectovaginal telah dilakukan, sarung tangan harus dibuang. Jika sarung tangan bedah akan dipakai ulang, rendam kedua sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk desinfeksi.
 - c) Cuci tangan dengan air sabun sampai benar-benar bersih lalu keringkan dengan kain yang bersih atau dengan cara diangin-anginkan.

- d) Jika hasil tes IVA negatif, minta ibu untuk mundur dan bantu ibu untuk duduk. Minta ibu agar berpakaian.
- e) Catat hasil temuan tes IVA bersama temuan lain seperti bukti adanya infeksi (cervicitis); ectropion; kista Nabothian, ulkus atau “strawberry leher rahim.” Jika terjadi perubahan acetowhite, yang merupakan ciri adanya lesi-prakanker, catat hasil pemeriksaan leher rahim sebagai abnormal. Gambarkan sebuah ”peta” leher rahim pada area yang berpenyakit pada formulir catatan (Formulir B)
- f) Diskusikan dengan klien hasil tes IVA dan pemeriksaan panggul bersama Ibu/klien. Jika hasil tes IVA negatif, beritahu kapan klien harus kembali untuk tes IVA
- g) Jika hasil tes IVA positif atau diduga ada kanker, katakan pada ibu/klien langkah selanjutnya yang dianjurkan. Jika pengobatan dapat segera diberikan, diskusikan kemungkinan tersebut bersamanya. Jika perlu rujukan untuk tes atau pengobatan lebih lanjut, aturlah waktu untuk rujukan dan berikan formulir yang diperlukan sebelum ibu/klien tersebut meninggalkan Puskesmas/klinik. Akan lebih baik jika kepastian waktu rujukan dapat disampaikan pada waktu itu juga.

Tabel 5.3 Kategori Klasifikasi IVA

KLASIFIKASI IVA	KRITERIA KLINIS
Tes Negatif	Halus, berwarna merah muda, seragam, tidak berfitur, ectropion, cervicitis, kista Nabothy dan lesi <i>acetowhite</i> tidak signifikan
Servisitas	Gambaran inflamasi, hiperemis, multipel ovulo naboti, polipus servisis
Tes positif	Bercak putih (<i>acetowhite</i> epithelium sangat meninggi, tidak mengkilap yang terhubung,
Dicurigai kanker	Pertumbuhan massa seperti kembang kol yang mudah berdarah atau luka bernanah/ulcer.

Untuk kriteria klinis lebih lanjut dari tiga klasifikasi IVA tersebut, serta foto-foto yang sesuai, silakan merujuk pada alat bantu kerja “Atlas IVA” di formulir terlampir dan web pptm.depkes.go.id pada jendela galeri IVA.

- 4) **Konseling Pasca Tindakan IVA**
 - a) Jika hasil tes IVA negatif, beritahu ibu untuk datang menjalani tes kembali 5 tahun kemudian, dan ingatkan ibu tentang faktor-faktor risiko.
 - b) Jika hasil tes IVA positif, jelaskan artinya dan pentingnya pengobatan dan tindak lanjut, dan diskusikan langkah-langkah selanjutnya yang dianjurkan.
 - c) Jika telah siap menjalani krioterapi, beritahukan tindakan yang akan dilakukan lebih baik pada hari yang sama atau hari lain bila klien inginkan.
 - d) Jika tidak perlu merujuk, isi kertas kerja dan jadwal pertemuan yang perlu. Lihat Tabel 5.4 untuk tindakan rujukan yang dianjurkan.

Tabel 5.4 Tindakan Rujukan yang Dianjurkan

TEMUAN IVA	TINDAKAN RUJUKAM
Bila ibu dicurigai menderita Kanker Leher Rahim	Segera rujuk ke fasilitas yang dapat memberikan pengobatan yang memadai untuk kanker invasif.
Ibu dengan hasil tes positif yang lesinya menutupi cervix lebih dari 75% (lesi luas), meluas ke dinding vagina atau lebih luas 2 mm dari probe krioterapi termasuk ujung probe	Rujuk untuk penilaian dan pengobatan di rumah sakit yang menawarkan <i>LEEP</i> atau <i>cone biopsy</i> . Jika tidak mungkin atau dianggap tidak akan pergi ke fasilitas lain, beritahu tentang kemungkinan besar persistensi lesi dalam waktu 12 bulan dan tentang perlunya pengobatan ulang.
Ibu dengan hasil tes positif yang memenuhi kriteria untuk mendapat pengobatan segera tetapi meminta diobati dengan tindakan lain, bukan dengan krioterapi	Beritahu mengenai kelebihan dan kekurangan semua metode pengobatan. Rujuk ke rumah sakit yang menawarkan pengobatan sesuai keinginan klien.

Ibu dengan hasil tes positif yang meminta tes lebih lanjut (diagnosis tambahan), yang tidak tersedia di fasilitas kesehatan tingkat pertama	Rujuk ke rumah sakit yang menawarkan klinik ginekologi (bila diindikasikan).
Ibu dengan hasil tes positif yang menolak menjalani pengobatan	Beritahu tentang kemungkinan pertumbuhan penyakit dan prognosinya. Anjurkan untuk datang kembali setelah setahun untuk menjalani tes IVA kembali untuk menilai status penyakit tersebut.

Pada semua kasus, khususnya jika pengobatan diberikan segera, konseling harus selengkap mungkin untuk memastikan agar ibu dapat membuat keputusan berdasarkan informasi yang didapat (*informed decision*).

7. Terapi

Pada lesi dengan displasia ringan sebagian besar lesi dapat sembuh sendiri atau regresi spontan, sedangkan untuk displasia sedang dan berat dapat dilakukan beberapa alternatif pengobatan sebagai berikut:

- a. Dibekukan/krioterapi
- b. Terapi Eksisi : *Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP)*
- c. *Large Loop Excision of the Transformation Zone (LLETZ)*
- d. Biopsi kerucut/konisasi
- e. Histerektomi, dapat dilakukan pada NIS III bila pasien telah mempunyai cukup anak.

Tabel 5.5 Tata Laksana Kanker Servik

Stadium	Terapi	Kriteria
0 / Karsinoma in-situ	Operasi berupa konisasi	Pasien masih berusia muda dan masih menginginkan anak atau histerektomi simpel
IA1	histerektomi simple	
IA2	Histerektomi radikal	
IIA	Histerektomi radikal	
IIB	Radiasi atau Kemoradiasi	
IIIB	Radiasi atau Kemoradiasi	

Stadium	Terapi	Kriteria
IV	Radiasi paliatif atau perawatan paliatif	

Dewasa ini berkembang juga pendekatan pengobatan dengan berbagai kombinasi operasi, radiasi dan kemoterapi sesuai dengan masalah tiap-tiap pasien.

Selain pengobatan di atas, rehabilitasi juga harus dilakukan terutama akibat pengobatan misalnya pada paska radikal histerektomi dapat terjadi inkontinensia urin yang memerlukan *bladder retraining* untuk mengembalikan fungsi berkemih atau akibat penyebaran penyakit sering terjadi limfedema pada ekstremitas bawah akan menimbulkan masalah bengkak, gangguan gerak, dan nyeri yang perlu diketahui sejak awal untuk mendapatkan penanganan rehabilitasi medik yang adekuat, immobilisasi atau tirah baring lama lebih dari satu minggu menimbulkan berbagai dampak pada sistem tubuh di antaranya gangguan muskuloskeletal dan kardiorespirasi yang perlu dieliminir untuk memperoleh fungsi optimal, metastasis pada medula spinalis, paru dan tulang. Perlu penanganan rehabilitasi medik yang cermat agar memperoleh kondisi optimal dan perbaikan kualitas hidup.

8. Pemberian Pelayanan Krioterapi

Krioterapi mencakup proses pembekuan leher rahim, baik menggunakan CO₂ terkompresi atau NO₂ sebagai pendingin. Pengobatan berupa penerapan pendinginan terus menerus selama 3 (tiga) menit untuk membekukan (*freeze*), diikuti pencairan selama 5 (lima) menit kemudian 3 (tiga) menit pembekuan kembali.

a. Syarat Untuk Krioterapi

Tindakan pengobatan dengan cara Krioterapi dapat dilakukan oleh dokter umum terlatih dan diberikan pada klien di Puskesmas/FKTP dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Lesi *acetowhite*/lesi putih yang menutupi leher rahim kurang dari 75% (Jika lebih dari 75% leher rahim tertutup, krioterapi harus dilakukan oleh seorang ginekolog), tidak lebih dari 2 mm di luar diameter kriotip.

- 2) Lesi yang tidak meluas sampai dinding vagina
- 3) Tidak dicurigai kanker

Krioterapi tidak boleh dilakukan oleh tenaga dokter umum/bidan di Puskesmas/FKTP, dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Lesi *acetowhite*/lesi putih lebih dari 75% dari permukaan leher rahim.
- 2) Lesi *acetowhite*/lesi putih meluas sampai ke dinding vagina atau lesi lebih dari 2mm dari tepi probe alat krioterapi (kriotip).
- 3) Lesi *acetowhite*/lesi putih namun klien menginginkan pengobatan lain selain krioterapi atau meminta tes diagnosa lebih lanjut di pelayanan kesehatan lain.
- 4) Dicurigai kanker.
- 5) Pada saat pemeriksaan bimanual, dicurigai adanya massa ovarium (*ovarian mass*) atau fibroid.

b. Konseling Sebelum Menjalani Krioterapi

Sesuai dengan kode etik kedokteran, *informed consent* secara verbal dan tertulis harus diperoleh sebelum melakukan tindakan. Klien harus mendapat penjelasan yang lengkap tentang tindakan krioterapi yang akan dijalannya, risiko, manfaat, angka keberhasilan, dan alternatif lain. Serta memberikan dorongan agar klien dapat memberikan pendapatnya dan menanyakan kembali apakah klien telah memahami tindakan dan bersedia menjalani krioterapi. Dan memberikan informasi tambahan mengenai IMS dan cara mencegahnya.

c. Langkah-langkah Krioterapi

1) Peralatan dan Perlengkapan

Krioterapi adalah tindakan yang mengalirkan gas bertekanan tinggi dari tabung gas ke ruang ekspansi/pembekuan pada bagian krioprobe. Unit Krioterapi tersebut terdiri dari (lihat gambar 5.11):

- a) Regulator dengan penunjuk tekanan dan dudukan penyemprot gas (cryogun);

- b) Selang fleksibel yang menghubungkan regulator dengan penyemprot;
- c) Penyemprot dengan pegangan dan tombol *freeze* (beku)/*defrost* (cair);
- d) Probe yang terisolasi; dan
- e) Kriotip metal/ besi yang dirancang agar pas pada leher rahim dan menutup seluruh daerah sekitar SSK dan daerah yang berpenyakit.



Gambar 5.11 Unit Krioterapi

Untuk unit krioterapi dirancang untuk terhubung dengan tabung gas CO₂ atau N₂ terkompresi. Bahan-bahan yang dibutuhkan untuk melaksanakan krioterapi hampir sama dengan bahan dan alat yang dibutuhkan untuk memeriksa IVA yaitu:

- a) Kapas lidi
 - b) Sarung tangan periksa yang baru atau sarung tangan bedah yang telah di DTT
 - c) Spatula baru berbahan kayu
 - d) Larutkan (3–5%) asam asetat (dengan cuka jika dapat diterima)
 - e) Larutan klorin 0.5% untuk dekontaminasi alat dan sarung tangan
 - f) Status klien/ibu
- 2) Penilaian dan Persiapan Klien untuk Krioterapi

Sebelum melakukan krioterapi perlu dilakukan persiapan dan penilaian klien dengan langkah-langkah berikut ini :

- a) Sebelum melakukan krioterapi, diskusikan tindakan yang akan dilakukan dengan ibu/klien.

Jelaskan mengapa perlu dilakukan pengobatan, apa saja alternatif pengobatan selain krioterapi dan mengapa abstinensi (atau pemakaian kondom) penting setelah menjalani tindakan. Jelaskan langkah-langkah tindakan, suara keras yang mungkin ditimbulkan oleh alat tersebut, ketidak nyamanan yang mungkin dirasakan dan efek samping yang akan dialami setelah tindakan. Pastikan ibu/klien tidak sedang hamil.

- b) Pastikan semua peralatan dan bahan yang diperlukan telah tersedia. Di antaranya spekulum yang telah di DTT, kapas lidi dalam wadah bersih, sebuah wadah berisi asam asetat/cuka yang telah diencerkan 3–5%, spatula berbahan kayu dan lampu/senter yang memadai (tes lampu/senter untuk memastikan masih bekerja dengan baik). Gas harus dibuka pada katup utama tabung dan tekanan minimal harus berada pada 40–70 kg/cm². Terakhir, *timer*, jika tersedia, harus diset pada posisi nol.
- c) Masukkan kriotip yang telah di-DTT ke dalam pelindung plastik (*protective sleeve*). Posisikan tabung plastik tepat pada takik/lubangnya di bawah ujung kriotip dan kencangkan pada posisinya. Instruksi ini adalah untuk kriotip dengan tombol *freeze* dan *defrost*. Meskipun prinsip krioterapi sama, instrument dari berbagai merek mungkin berbeda dalam menyiapkan instrumennya atau memproses setelah digunakan.
- d) Sebelum membawa ke ruang pemeriksaan/tindakan, pastikan dia sudah buang air kecil atau pastikan bahwa klien telah mengosongkan kandung kemihnya. Minta klien membuka pakaian dari pinggang ke bawah ganti dengan memakai sarung. Setelah itu,

bantu ibu naik ke meja pemeriksaan untuk tindakan dan nyalakan lampu, arahkan ke vagina ibu/klien.

- e) Cuci tangan secara merata dengan menggunakan sabun dan air dan keringkan dengan kain bersih atau diangin-anginkan. Kemudian pakai sarung tangan periksa yang baru atau sarung tangan bedah yang telah di-DDT. Bila tersedia tambahan sarung tangan, gunakan sarung tangan kedua, sehingga bila perlu pengaturan lampu sarung tangan yang luar dan mengatur lampu dengan sarung tangan yang bersih.
 - f) Atur peralatan dan bahan pada nampan atau wadah yang telah di-DDT, jika belum dilakukan.
- 3) Tindakan Krioterapi

Tindakan krioterapi dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Katakan kepada ibu bahwa spekulum akan dimasukkan dan kemungkinan akan merasakan tekanan.
- b) Dengan lembut masukkan spekulum sepenuhnya atau sampai terasa ada tahanan lalu perlahan-lahan buka bilah/cocor bebek agar leher rahim dapat terlihat. Sesuaikan spekulum sampai seluruh leher rahim dapat terlihat. Hal ini mungkin akan sulit bila leher rahim berukuran besar, parous, patulous atau sangat anterior atau posterior.

Mungkin perlu menggunakan lidi kapas bersih, spatula atau forsep untuk mendorong leher rahim ke atas atau ke bawah secara perlahan agar terlihat.

- c) Bila leher rahim dapat terlihat seluruhnya, kunci bilah/ cocor bebek spekulum dalam posisi terbuka sehingga tetap berada di tempatnya. Dengan cara ini petugas memiliki satu tangan yang bebas bergerak.
- d) Gerakkan lampu/senter agar leher rahim dapat terlihat dengan jelas.

- e) Gunakan kapas lidi bersih untuk menghilangkan discharge, darah atau mukosa dari cervix. Identifikasi ostium uteri, SSK, serta lokasi dan ukuran lesi. Bila perlu, oleskan asam asetat sehingga lesi dapat terlihat. Buang kapas lidi tersebut ke dalam wadah anti bocor atau kantung plastik.
- f) Tes alat krioterapi dengan mengarahkan probe ke langit-langit. Tekan tombol “freeze” selama 1 detik kemudian tekan tombol “defrost” selama 1 detik untuk mengeluarkan gas melalui lubang metal tipis. Alat berfungsi dengan baik bila ujung kriotip terlihat berembun,

Catatan: Beritahu pasien bahwa akan terdengar suara dari unit

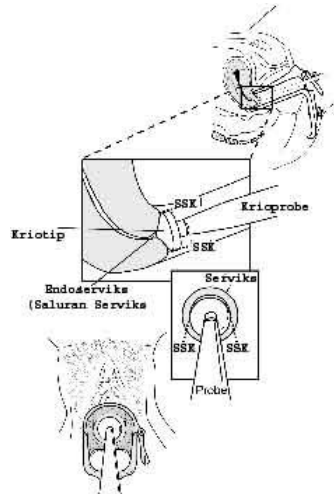
- g) Pasang kriotip yang terbalut sleeve pada ujung probe. Kencangkan hanya menggunakan tangan. Jangan gunakan alat lain untuk mengencangkan kriotip pada probe.

Catatan: jika kriotip tidak mau terpasang pada probe dengan benar, periksa apakah ujung pelindung probe telah terpasang dengan benar ke dalam takik/lobangnya pada kriotip.

- h) Tempelkan kriotip pada leher rahim, pastikan ujung tip telah masuk dalam ostium uteri seperti pada Gambar 5.12 dan diletakkan secara seimbang pada permukaan leher rahim. Tidak perlu memegang cervix dengan tenaculum atau forseps. Pastikan dinding vagina lateral tidak bersentuhan dengan kriotip. Ingatkan ibu bahwa mesin/unit tersebut akan mengeluarkan suara bising selama tindakan.

Catatan: Mungkin perlu menggunakan spatula kayu atau alat lain untuk mendorong jaringan yang menonjol diantara bilah/ cocor bebek spekulum. Cara lain, sebelum memasukkan spekulum,

pasangkan kondom pada cocor bebek dan potong ujung kondom. Pada saat spekulum dimasukkan dan cocor bebek dibuka, kondom dapat mencegah dinding vagina agar tidak masuk celah di antara bilah/cocor bebek.



Gambar 5.12 Penempatan Kriotip Pada Leher Rahim

- i) Gunakan teknik „freeze – clear – freeze.“ Setelah 15 detik dilakukan *freeze*, tekan tombol “defrost” tidak lebih dari 1 detik. Segera tekan tombol “freeze” kembali. Tekan tombol “defrost” setiap 15 detik, lakukan hal yang sama selama 3 menit proses pembekuan. Catatan: Jika memungkinkan, minta asisten memberi aba-aba (contoh, *Clear!*) setiap 15 detik. Perhatikan saat terbentuk bola es disekitar kriotip (perhatikan Gambar 13).



Sebelum Krioterapi



Setelah Krioterapi

Gambar 5.13 Perubahan leher rahim setelah di lakukan krioterapi

- j) Setelah melakukan pembekuan selama 3 menit, kriotip akan menempel pada leher rahim, karena bola es. Jangan menarik kriotip secara paksa. Tunggu sampai mencair (*defrost*) dan alat terlepas dengan sendirinya dari leher rahim (biasanya hanya memakan waktu kurang dari 30 detik), jangan dipaksa melepaskan kriotipnya.
- k) Letakkan alat krio pada tempatnya (pada tempat penggantungnya) atau baki instrumen yang sudah di-Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT).
- l) Tunggu 5 menit dan ulangi kembali proses pembekuan menggunakan teknik *freeze – clear – freeze*. Mungkin perlu menambah waktu pembekuan sampai 5 menit jika bola es tidak terbentuk di luar tepi probe.

Catatan: Selama tindakan krioterapi, tabung menjadi dingin, bagian luar tabung dan selang mungkin mengeluarkan semacam embun. Selain itu, alat penunjuk tekanan akan menunjukkan penurunan tekanan. Semua perubahan tersebut adalah normal. Bila tekanan pada regulator memperlihatkan bahwa tekanan gas di bawah 50 kg/cm², hentikan tindakan krioterapi. Tunggu sampai tabung gas kembali pada suhu kamar dan tekanan gas naik di 50

kg/cm². Ada kemungkinan keluar serpihan es dari saluran pengeluaran gas, keadaan ini normal terjadi dan tidak akan mengganggu tindakan krioterapi yang sedang dilakukan.

- m) Diakhir tindakan, periksa leher rahim secara hati-hati untuk memastikan apakah telah terbentuk "bola es" yang putih, keras, benar-benar beku. Jika tidak, ulangi langkah 8–11 minimal sekali dengan menambahkan tekanan pada leher rahim. Yakinkan bahwa tekanan gas yang ditampilkan pada pengukur tekanan sudah cukup. Jika tekanan kurang, minta pasokan ulang gas dan jadwal ulang tindakan.
 - n) Setelah tindakan, tutup katup tabung utama.
 - o) Periksa apakah leher rahim/ leher rahim apakah terjadi perdarahan. Jika terdapat perdarahan, tekan area perdarahan dengan kapas lidi bersih. Setelah itu buang kapas lidi tersebut pada tempatnya.
 - p) Lepaskan spekulum dan letakkan dalam larutan klorin 0,5% dalam wadah tertutup selama 10 menit untuk desinfeksi, atau apabila petugas terbatas dipisahkan dulu spekulum di wadah yang kering dan tertutup karena bila dibiarkan spekulum terendam dalam larutan klorin dalam waktu lebih 10 menit dapat menimbulkan korosif pada spekulum.
- 4) Pasca Krioterapi
- a) Bersihkan lampu/senter dengan kain/kasa yang telah dibasahi larutan klorin 0,5% untuk menghindari kontaminasi silang antar ibu/klien.
 - b) Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Lepaskan sarung tangan dengan membalik sisi dalam keluar. Jika sarung tangan dibuang, masukkan ke dalam wadah tahan bocor atau kantong plastik. Jika sarung

tangan akan dipakai ulang, dekontaminasi dengan merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

- c) Cuci tangan dengan sabun dan air kemudian keringkan dengan kain yang bersih dan kering, atau dianginkan.
- d) Pastikan ibu/perempuan tidak mengalami kram atau flashing sebelum duduk, turun dari meja periksa dan berpakaian. Jika masih terasa sangat kram setelah 5–10 menit, berikan analgesik oral (acetaminophen atau ibuprofen).
- e) Beri anjuran mengenai asuhan pasca pengobatan, tanda-tanda peringatan dan jadwal tindak lanjut.
- f) Catat hasil pengobatan dan jadwal kunjungan berikutnya pada status pasien.
- g) Amati ibu/klien, minimal selama 15 menit. Tanyakan bagaimana keadaannya sebelum mengijinkannya pulang.
- h) Bersihkan unit krioterapi sesuai instruksi dalam formulir terlampir.
- i) **Konseling Pasca-krioterapi**

Sebagian besar perempuan/ibu tidak akan mengalami masalah setelah menjalani krioterapi. Beritahu ibu bahwa dia mungkin akan mengalami kram dan mengeluarkan cairan bening (atau sedikit bercampur darah) yang biasanya berlangsung selama 4 sampai 6 minggu. Jika menjadi berbau atau berwarna seperti nanah, atau jika ibu merasa nyeri, dia harus segera kembali ke klinik untuk memeriksa kemungkinan terjadinya infeksi.

Anjurkan ibu agar tidak menyemprotkan air obat (douche), menggunakan tampon atau berhubungan seks selama 4 minggu, atau sampai cairan tersebut benar-benar hilang.

Catatan: Jika ibu tidak dapat menghindari hubungan seksual, sarankan untuk menggunakan kondom saat berhubungan. Berikan 15–20 kondom kepada ibu.

Bicarakan mengenai jadwal tindak lanjut dan tanda - tanda peringatan yang mengharuskan dia untuk kembali ke fasilitas untuk mendapat perawatan, yaitu:

- Demam selama lebih dari 2 hari.
- Nyeri pada abdomen yang amat sangat khususnya jika dibarengi dengan demam.
- Pendarahan selama lebih dari 2 hari yang lebih banyak dari menstruasi terbanyak.
- Pendarahan disertai gumpalan

Buat jadwal tindak lanjut setahun kemudian setelah tindakan, dan beri nama pusat pelayanan atau klinik yang harus didatangi oleh ibu. Jika mungkin, informasi ini harus diberikan secara tertulis. Terakhir, si ibu harus diberi kesempatan untuk bertanya jika ada pertanyaan.

5) Tindak Lanjut Pasca Krioterapi

Ibu/ klien harus kembali untuk melakukan tes ulang IVA dalam 6 bulan. Pada kunjungan ini, setelah memperoleh riwayat masalah, tes IVA harus dilakukan dan segala macam abnormalitas dicatat. Karena SSK mungkin tidak dapat dilihat, leher rahim harus diperiksa secara seksama untuk menilai seberapa jauh kesembuhannya dan apakah masih terdapat lesi.

Tabel 5.6 Penatalaksanaan Efek Samping

EFEK SAMPING	PENATALAKSANAAN
Kram	<ul style="list-style-type: none"> • Beritahu pasien sebelum tindakan bahwa dia akan mengalami kram pada saat tindakan dan setelahnya • Kurangi kram dengan menekan ringan pada leher rahim dengan menggunakan krioterapi probe • jika sangat kram berikan paracetamol atau aspirin
<i>Discharge</i> vagina (carian berlebihan)	<ul style="list-style-type: none"> • Beritahu pasien bahwa ia akan mengalami keluhan keluar cairan dari vagina/<i>discharge</i>

EFEK SAMPING	PENATALAKSANAAN
	selama sekitar 4 minggu <ul style="list-style-type: none"> • Beritahu pasien bahwa akan terjadi perubahan warna <i>discharge</i> dari merah muda menjadi bening atau agak kekuningan • Beritahu klien untuk kembali jika <i>discharge</i> berubah menjadi bau tak sedap, gatal atau berwarna seperti nanah (dan obati sesuai panduan standard IMS) • Anjurkan agar tidak berhubungan badan selama empat minggu • Jika tidak mampu menghindari hubungan seksual (abstain), anjurkan untuk memakai kondom minimal selama 4 minggu
Bercak/menstruasi ringan	<ul style="list-style-type: none"> • Beritahu pasien bahwa dia akan mengalami pendarahan atau bercak selama satu atau dua minggu • Beritahu pasien agar kembali untuk dievaluasi jika terjadi pendarahan berat

Kriteria pengobatan atau rujukan pada kunjungan ini dapat dilihat pada daftar dalam table berikut ini:

Tabel 5.7 Status Pengobatan dan Tindakan yang Dianjurkan

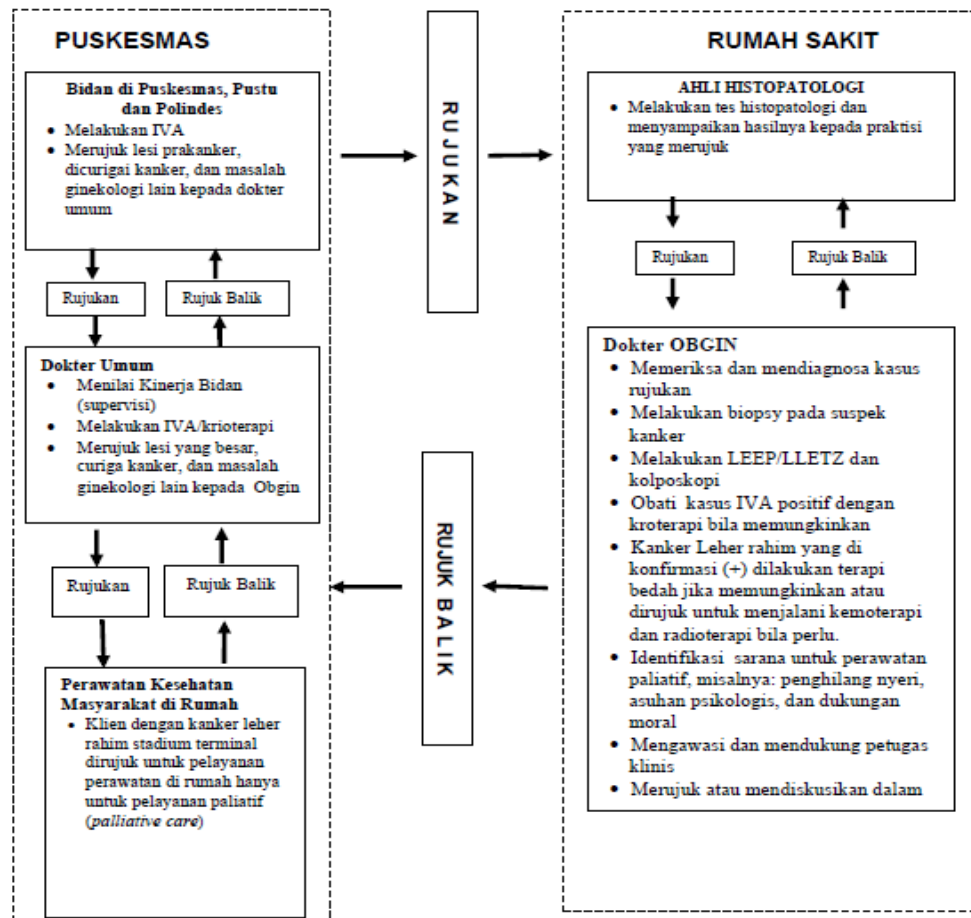
KLASIFIKASI IVA	PENJELASAN	TINDAKAN YANG DIANJURKAN
Tes IVA Negatif	SSK terlihat Tidak ada lesi acetowhite	Ulangi tes IVA setelah 5 tahun
Tidak dapat hilang (Persistent)	Tes IVA positif, tetapi lesi < 75% dari permukaan leher rahim	Obati kembali dengan krioterapi
Progressed	Tes IVA positif dengan lesi lebih besar dari waktu diobati atau sekarang menutupi lebih dari 75% permukaan leher rahim	Rujuk ke pusat kanker atau rumah sakit yang menawarkan diagnosis dan pengobatan
Rujukan ke Pusat kesehatan lain	Lesi yang <i>persistent</i> dan butuh pengobatan dengan krioterapi, tetapi ibu/klien meminta rujukan untuk metode pengobatan yang berbeda	Bicarakan kembali tentang keunggulan dan kekurangan semua metode pengobatan; rujuk ke rumah sakit yang menawarkan pengobatan yang sesuai pilihan

6) Rujukan

Bidan dan dokter umum harus merujuk klien yang mengalami kondisi-kondisi di bawah ini ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut:

- Lesi *acetowhite* lebih dari 75% dari permukaan leher rahim, lesi *acetowhite* meluas sampai dinding vagina atau lebih dari 2 mm tepi luar prob krioterapi
- Lesi *acetowhite* positif, tetapi klien meminta pengobatan lain selain krioterapi atau meminta tes diagnosa lain
- Dicurigai kanker
- Kondisi ginekologis lain (misalnya massa ovarium, mioma, polyp)

Dokter umum yang terlatih, mengkaji lesi berukuran besar dan jika dicurigai kanker, segera rujuk kepada Dokter Obsgin. Selanjutnya Dokter Obsgin yang akan melakukan pemeriksaan dan terapi lanjutan seperti LEEP, konisasi, histerektomi, atau perawatan paliatif sesuai indikasi.



Bagan 5.5 Algoritma Rujukan Kanker Leher Rahim

A. Penanggulangan Kanker Payudara dan Servik

Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim dimulai dari penyampaian informasi tentang faktor risiko dan bagaimana menghindari faktor risiko dimaksud, deteksi dini untuk mendapatkan lesi pra-kanker leher rahim dan melakukan pengobatan segera. Apabila ditemukan kelainan pada kegiatan skrining, segera dilakukan rujukan secara berjenjang sesuai dengan kemampuan rumah sakit.

1. Pencegahan Primer

Kegiatan promosi kesehatan merupakan salah satu bentuk pencegahan primer. Pencegahan primer dimaksudkan untuk mengeliminasi dan

meminimalisasi pajanan penyebab dan faktor risiko kanker, termasuk mengurangi kerentanan individu terhadap efek dari penyebab kanker. Selain faktor risiko, ada faktor protektif yang akan mengurangi kemungkinan seseorang terserang kanker. Pendekatan pencegahan ini memberikan peluang paling besar dan sangat *cost-effective* dalam pengendalian

Kegiatan tersebut merupakan upaya agar memberdayakan masyarakat agar peduli dan menjaga kesehatan dan meningkatkan perilaku sehat individu masing-masing melalui perilaku CERDIK yaitu Cek kesehatan berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktifitas fisik, Diet sehat, Istirahat cukup, serta Kelola stress. Kegiatan promosi spesifik lebih mengarah kepada faktor risiko spesifik terhadap penyebab Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim, seperti riwayat keluarga dengan tumor/kanker, permasalahan hormonal, perilaku seksual yang aman.

Kegiatan promosi kesehatan ini dapat dilakukan oleh individu/kelompok masyarakat peduli kesehatan melalui berbagai media seperti media cetak, elektronik, sosial, serta dapat melibatkan tokoh agama dan tokoh masyarakat. Untuk menjaga mutu promosi, diperlukan pengawasan secara berkala oleh tenaga promosi kesehatan.

Bentuk pencegahan primer lainnya dapat berupa proteksi khusus seperti vaksinasi. Dalam kaitan dengan pencegahan Kanker Payudara sampai saat ini belum ditemukan vaksinasinya, sedangkan untuk Kanker Leher Rahim adalah dengan vaksinasi HPV. Upaya promosi berupa pemberian HPV akan bermanfaat untuk memberikan pengetahuan bagi masyarakat.

2. Deteksi Dini dan Pengobatan Segera (Pencegahan Sekunder)

Ada dua komponen deteksi dini yaitu skrining dan edukasi tentang penemuan dini (*early diagnosis*).

Skrining adalah upaya pemeriksaan atau tes yang sederhana dan mudah yang dilaksanakan pada populasi masyarakat sehat, yang bertujuan untuk membedakan masyarakat yang sakit atau berisiko terkena penyakit di antara masyarakat yang sehat. Upaya skrining dikatakan adekuat bila tes dapat

mencakup seluruh atau hampir seluruh populasi sasaran, untuk itu dibutuhkan kajian jenis pemeriksaan yang mampu laksana pada kondisi sumber daya terbatas seperti di Indonesia. Sebagai contoh: pemeriksaan sitologi untuk memeriksa lesi prakanker leher rahim dan mammografi telah dilaksanakan di negara-negara maju, tetapi di negara berkembang seperti Thailand, Zimbabwe, El Salvador, Ghana, Malawi dan Peru memakai Inspeksi Visual dengan aplikasi Asam Asetat (IVA) sebagai cara untuk pemeriksaan lesi prakanker leher rahim, dan pemeriksaan klinis payudara (SADANIS) juga merupakan pilihan untuk skrining Kanker Payudara.

Penemuan dini (*early diagnosis*), adalah upaya pemeriksaan pada masyarakat yang telah merasakan adanya gejala. Oleh karena itu edukasi untuk meningkatkan kesadaran tentang tanda-tanda awal kemungkinan kanker di antara petugas kesehatan, kader masyarakat, maupun masyarakat secara umum merupakan kunci utama keberhasilannya. Penemuan dini dapat dilakukan terutama pada penyakit-penyakit kanker seperti: payudara, leher rahim, mulut, laring, kolon-rectum, dan kulit.

Salah satu bentuk peningkatan kesadaran masyarakat tentang gejala dan tanda-tanda kanker adalah pemberian edukasi masyarakat tentang Pemeriksaan Payudara Sendiri (yang dikenal dengan istilah SADARI), Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS), IVA dan Papsmear.

Program atau kegiatan deteksi dini yang dilakukan pada masyarakat hanya akan berhasil apabila kegiatannya dihubungkan dengan pengobatan yang adekuat, terjangkau, aman, dan mampu laksana, serta mencakup 80 % populasi perempuan yang berisiko.

Untuk itu dibutuhkan perencanaan akan kebutuhan sumber daya dan strategi-strategi yang paling efektif untuk melaksanakan program ini.

Agar dapat mengurangi jumlah perempuan yang tidak mendapat tindak lanjut penatalaksanaan setelah deteksi dini, diupayakan pengobatan segera dengan menggunakan pendekatan “kunjungan sekali”, yaitu mengaitkan IVA dengan pengobatan krioterapi. Krioterapi merupakan metoda rawat jalan untuk

menghancurkan jaringan dengan cara membekukan sel-sel menggunakan gas CO₂ atau N₂O cair. Kelebihan krioterapi antara lain sangat efektif untuk mengobati lesi derajat rendah (CIN I) dan derajat tinggi (CIN II-III), mempunyai tingkat komplikasi rendah, tidak memerlukan anestesi, tidak membutuhkan listrik, mudah digunakan, serta tidak mahal.

Semua perempuan yang mendapat hasil IVA positif perlu segera diobati untuk mencegah agar tidak berkembang menjadi Kanker Leher Rahim.

3. Upaya Kuratif dan Rehabilitatif (Pencegahan Tersier)

Diagnosis Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim membutuhkan kombinasi antara kajian klinis dan investigasi diagnostik. Sekali diagnosis ditegakkan harus dapat ditentukan stadiumnya agar dapat mengevaluasi besaran penyakit dan melakukan terapi yang tepat. Tujuan dari pengobatan adalah menyembuhkan, memperpanjang harapan hidup, dan meningkatkan kualitas hidup.

Prioritas pengobatan harus ditujukan pada kanker dengan stadium awal dan yang lebih berpotensi untuk sembuh. Standar pengobatan kanker meliputi: operasi (*surgery*), radioterapi, kemoterapi, dan hormonal yang disesuaikan dengan indikasi patologi.

4. Pelayanan Paliatif

Pelayanan paliatif dilakukan pada pasien kanker sejak diagnosis ditegakkan dan pengobatan harus terpadu termasuk pendekatan psikososial, rehabilitasi, dan terkoordinasi dengan pelayanan paliatif untuk memastikan peningkatan kualitas hidup pasien kanker. Untuk kasus seperti ini pengobatan yang realistis adalah mengurangi nyeri dengan pelayanan paliatif. Pelayanan paliatif yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim.

B. Rangkuman

Kanker Payudara adalah keganasan yang berasal dari sel kelenjar, saluran kelenjar, dan jaringan penunjang payudara, tidak termasuk kulit payudara. Kanker

payudara (KPD) merupakan keganasan pada jaringan payudara yang dapat berasal dari epitel duktus maupun lobulusnya. Faktor risiko yang utama berhubungan dengan keadaan hormonal (estrogen dominan) dan genetik. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah dengan Pemeriksaan Payudara Klinis Oleh Tenaga Medis Terlatih (SADANIS) dan pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI).

Kanker serviks (leher rahim) adalah keganasan yang terjadi pada leher rahim yang merupakan bagian terendah dari rahim yang menonjol ke puncak liang senggama. Penyebab terjadinya Human Papilloma Virus (HPV).. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan Inspeksi Visual Asama Asetat (IVA) dan Pap Smear.

C. Tugas

Untuk memperdalam pemahaman Mahasiswa mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

1. Jelaskan faktor risiko terjadinya kanker payudara dan kanker servik!
2. Jelaskan deteksi dini yang dapat dilakukan pada kanker payudara!
3. Jelaskan deteksi dini yang dapat dilakukan pada kanker servik!

D. Tes

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1. Seorang perempuan usia 49 tahun datang ke BPM mengeluh sudah tidak haid sejak satu tahun yang lalu. Perempuan tersebut mengatakan ibunya meninggal karena kanker payudara. Hasil pemeriksaan TTV dalam batasa normal dan tidak teraba benjolan pada payudara. Apa deteksi dini yang dapat diajarkan pada perempuan tersebut?
 - a. SADANIS
 - b. SADARI
 - c. IVA
 - d. PAP SMEAR

2. Penyebab utama wanita mengalami kanker serviks adalah..
 - a. HPV
 - b. Genetik
 - c. Multipara
 - d. Tidak menikah
3. Seorang perempuan usia 47 tahun baru selesai menjalani tes IVA. Hasil pemeriksaannya adalah negatif. Kapan waktu yang tepat untuk menyarankan perempuan tersebut melakukan tes kembali?
 - a. 5 tahun kemudian
 - b. 4 tahun kemudian
 - c. 3 tahun kemudian
 - d. 2 tahun kemudian

BAB VI

ASUHAN KEBIDANAN PADA PERIMENOPAUSE

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada masa perimenopause dengan tepat.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang standar asuhan kebidanan pada masa perimenopause dengan tepat
- b. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada masa perimenopause dengan tepat

B. Uraian Materi

Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktinya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan (Depkes RI, 2007).

Standar I : Pengkajian

1. Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2. Kriteria Pengkajian

- a. Data tepat, akurat, dan lengkap.
- b. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya).
- c. Data objektid (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

1. Pernyataan standar

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa kebidanan yang tepat.

2. Kriteria Perumusan diagnosa dan atau masalah

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, rujukan.

Standar III : Perencanaan

1. Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2. Kriteria perencanaan

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan pasien/klien dan atau keluarga.
- c. Mempertimbangkan konsisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku sumberdaya serta fasilitas yang ada.

Standar IV : Implementasi

1. Pernyataan standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam

bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

2. Kriteria implementasi

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- e. Menjaga privacy klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

Standar V: Evaluasi

1. Pernyataan satandar

Bidan melakukan evaluasi secara sistimatis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

2. Kriteria evaluasi

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

1. Pernyataan Standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/buku KIA).
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi evaluasi/follow up dan rujukan.

Asuhan Kebidanan pada Perimenopause

Asuhan kebidanan yang diberikan menggunakan pendekatan pemecahan masalah dengan manajemen kebidanan. Pengambilan keputusan klinis yang diambil oleh bidan berdasarkan hasil pengkajian sosial budaya dan spiritual. Kemudian diagnosa dirumuskan berdasarkan permasalahan yang muncul selama perimenopause, dan permasalahan tersebut dapat diintervensi oleh bidan sesuai dengan kewenangannya.

1. Pengkajian

- a. Anamnesa
 - 1) Identitas
 - 2) Keluhan yang berhubungan dengan sindrom perimenopause: pusing, berdebar-debar, rasa panas, sulit tidur, berkeringat, seera makan menurun, gangguan pencernaan, gangguan indera, dll).

- 3) Keluhan dan riwayat penyakit yang berhubungan dengan penyakit degeneratif (diabetes mellitus, hipertensi, kegemukan/obesitas, osteoporosis, jantung, hati, dan kanker) atau penyakit saluran pencernaan (gastritis, colitis) serta penyakit infeksi kronis (TBC, diare).
 - 4) Keluhan psikologis: cemas, kekhawatiran, rasa takut, depresi, penolakan, dsb.
 - 5) Riwayat KB dan penggunaan obat hormonal
 - 6) Riwayat kebiasaan buang air besar dan buang air kecil.
 - 7) Riwayat alergi, intoleransi dan diet khusus.
 - 8) Riwayat kesehatan gigi mulut/menelan, apakah menggunakan gigi palsu?
 - 9) Riwayat asupan makan perhari.
 - 10) Riwayat penggunaan obat.
 - 11) Aktivitas sehari-hari yang dilakukan dan riwayat pekerjaan (jenis dan frekuensi).
 - 12) Pola hubungan seksual
 - 13) Riwayat menstruasi
 - 14) Riwayat operasi ginekologi
 - 15) Riwayat obstetri.
- b. Pemeriksaan Fisik
- 1) Keadaan umum; kesadaran
 - 2) Tanda-tanda klinis gizi kurang atau lebih.
 - a) Gizi kurang: kurus, sangat kurus, pucat atau bengkak (edema)
 - b) Gizi lebih: Gemuk atau sangat gemuk (obesitas)
 - 3) Sistem kardiovaskuler: tensi, nadi
 - 4) Sistem pernapasan: frekuensi napas, bunyi napas
 - 5) Sistem gastrointestinal: peristaltik usus
 - 6) Sistem genitourinarius: nyeri tekanan supra pubik
 - 7) Sistem muskuloskeletal: pemeriksaan sendi, aterosklerosis

8) Sistem metabolik/endokrin: Pemeriksaan kelenjar getah bening (bengkak dan sakit), tiroid, dan payudara

9) Sistem neurologik; pemeriksaan refleks

10) Sistem reproduksi

a) Pemeriksaan genitalia: inspeksi genitalia eksterna dan pemeriksaan vagina, pengambilan lendir untuk pap smear.

b) Pemeriksaan bimanual untuk melihat posisi uterus dan sekitarnya serta kedua adneksa.

c. Pemeriksaan antropometri

Untuk menilai status gizi seseorang perlu dilakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan, kemudian dihitung IMT dengan cara sebagai berikut:.

$$IMT = \frac{BB}{TB^2}$$

Keterangan:

IMT: Indeks Massa Tubuh

BB : Berat Badan (kg)

TB : Tinggi Badan (m)

Cara yang dapat digunakan untuk mengukur berat badan ideal dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$BB \text{ ideal} = (TB-100) - 10\%(TB-100)$$

Batas ambang yang diperbolehkan adalah +10%. Bila >10% sudah kegemukan dan bila >20% terjadi obesitas.

Batas ambang IMT untuk orang Indonesia, sebagai berikut:

Tabel 6.1 Kategori Indeks Massa Tubuh Orang Indonesia (Kemenkes RI, 2014)

Status Gizi	Kategori	IMT
Sangat kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	<17,0
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17 - <18,5
Normal		18,5 - 25,0
Gemuk (<i>Overweight</i>)	Kelebihan berat badan tingkat ringan	>25,0 - 27,0
Obese	Kelebihan berat badan tingkat berat	>27,0

d. Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan kolaborasi. Untuk mendukung diagnosa penyakit, pemeriksaan laboratoriumnya antara lain:

- 1) Darah: Hb, kolesterol total, LDL, HDL, gula darah, ureum, kreatinin, asam urat, dan trigliserida.
- 2) Urin: glukosa/gula, protein/albumin.
- 3) *Feces* : serat, darah, lendir, telur cacing, dan lemak.

e. Pemeriksaan lain: Ultrasonografi, rektovagina.

2. Diagnosa dan Masalah Kebidanan

Diagnosa: perimenopause

Masalah:

- a. Ketidakseimbangan asupan gizi
- b. Perubahan pola menstruasi
- c. Ketidaknyaman karena *hot flushes*
- d. Gangguan stabilitas emosi
- e. Gangguan pola tidur
- f. Perubahan kulit: kekeringan, gatal, bersisik, elastisitas berkurang
- g. Perubahan seksualitas
- h. Perubahan keadaan payudara
- i. Gangguan kardiovaskular
- j. Perubahan kesehatan tulang

- k. Perubahan kesehatan pada mata
- l. Gangguan indera pendengaran
- m. Gangguan indera penciuman
- n. Gangguan indera pengecap.

3. Penatalaksanaan

a. Masalah Asupan Gizi

- 1) Menentukan kebutuhan gizi
- 2) Membuat preskripsi diet sesuai kemampuan klien
- 3) Penyuluhan dan konsultasi gizi menggunakan model, poster, leaflet.

Pendidikan gizi pada perempuan perimenopause yang diberikan sesuai dengan 12 dari 13 pesan dasar gizi seimbang, bertujuan untuk:

- 1) Dapat memilih makanan yang mengandung nilai gizi seimbang yang disesuaikan dengan kondisi kesehatannya.

Pesan-pesan yang perlu diperhatikan:

- a) Makanlah aneka ragam makanan
 - b) Makanlah makanan untuk memenuhi kecukupan energi
 - c) Makanlah makanan sumber karbohidrat setengah dari kebutuhan energi.
 - d) Batasi lemak dan minyak sampai seperempat dari kecukupan gizi.
 - e) Gunakan garam beryodium.
 - f) Makanlah makanan sumber zat besi.
 - g) Biasakanlah makan pagi.
 - h) Minumlah air bersih, aman, yang cukup jumlahnya.
 - i) Lakukan aktivitas fisik secara teratur.
 - j) Hindari minuman beralkohol.
 - k) Makanlah makanan yang aman bagi kesehatan.
 - l) Bacalah label pada makanan yang dikemas.
- 2) Mendapat diet yang cukup melalui rencana diet dan penyelenggaraan makanan yang teratur.
 - a) Mencapai dan mempertahankan berat badan ideal.

- b) Mengatasi perubahan fungsi saluran pencernaan yang menyertai proses penuaan.
 - c) Mencegah dan menghambat perkembangan osteoporosis.
 - d) Intervensi atau menanggulangi masalah gizi yang ada.
- b. Perubahan pola menstruasi
- Penatalaksanaan:
- 1) Menjelaskan tentang proses perubahan yang terjadi pada sistem reproduksi perempuan
 - 2) Menjelaskan masalah-masalah yang dapat timbul pada saat sebelum dan sesudah menopause (klimakterium)/perimenopause.
 - 3) Membantu mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan.
 - 4) Memotivasi keluarga untuk memberikan dukungan dan memenuhi kebutuhan ibu.
 - 5) Deteksi dini dan merujuk dalam penanganan komplikasi.
- c. Ketidaknyamanan karena *hot flushes*
- Penatalaksanaan:
- 1) Memberitahu cara mengidentifikasi/mengenai hal-hal yang dapat meringankan *hot flushes*, seperti menghindari minuman/makanan panas, alkohol, kemarahan, udara/ruangan yang panas.
 - 2) Mengajarkan untuk merubah kebiasaan dengan upaya penenangan diri; latihan yang sesuai seperti yoga, meditasi, berdoa/sembahyang.
 - 3) Mengajarkan untuk mempertahankan berat badan (tidak *underweight*)
 - 4) Memilih pakaian yang tidak terlalu panas/berlapis-lapis.
 - 5) Mengajarkan makan-makanan yang mengandung kedelai; tempe, tahu, kecap, ada/minyak ada.
 - 6) Menghindari gangguan tidur karena *hot flushes* dengan minum susu.
 - 7) Rujukan dan kolaborasi pemberian hormon (estrogen dan progestin).
 - 8) Pemberian vitamin E 400 IU atau teh ginseng.
- d. Gangguan tidur
- Penatalaksanaan:

- 1) Mengatur pola tidur secara teratur.
- 2) Anjurkan untuk menghindari kafein, alkohol dan kegiatan yang membuat stres.
- 3) Mandi air hangat di malam hari.
- 4) Minum yogurt/susu sebelum tidur.
- 5) Rujukan dan kolaborasi terapi estrogen (estrogen peroral pada malam hari).

e. Perubahan Psikologi

Penatalaksanaan:

- 1) Konseling gangguan psikologis sesuai yang dihadapi.
- 2) Memberikan dukungan emosional pada klien.
- 3) Memotivasi keluarga untuk memberikan dukungan pada klien.
- 4) Memberikan motivasi agama.

f. Perubahan Kulit

Penatalaksanaan:

- 1) Memberikan penjelasan pentingnya penggunaan *sunscreen* untuk mencegah kerusakan karena sinar matahari.
- 2) Menganjurkan pentingnya menggunakan *moisturizing*.
- 3) Menjaga kelembaban dengan menggunakan *mild soap*.
- 4) Untuk mengatasi pruritis yang berat diberikan *menthol/phenil/anti-inflammatory (Hydrocortison) topical*.
- 5) Deteksi dini kanker kulit.

g. Perubahan Pola Hubungan Seksual

Penatalaksanaan:

- 1) Menjelaskan fisiologi perubahan usia dan hubungannya dengan *sexuality*.
- 2) Menjelaskan alternatif aktivitas seksual.
- 3) Menjelaskan cara mengatasi masalah seksual.
- 4) Merujuk pasien yang mengalami kekeringan dan dispareunia.

h. Perubahan Keadaan Payudara

Penatalaksanaan:

- 1) Mengajarkan klien untuk memeriksa buah dada secara SADARI
- 2) Menjelaskan risiko/masalah buah dada yang dapat terjadi.

i. Gangguan Kardiovaskular

Penatalaksanaan:

- 1) Menjelaskan risiko yang akan timbul/penyakit kardiovaskular.
- 2) Menganjurkan untuk mengurangi merokok, diet yang baik, olahraga yang teratur.

j. Perubahan Kesehatan

Penatalaksanaan:

- 1) Menjelaskan pengaruh rokok, alkohol terhadap kesehatan tulang.
- 2) Menjelaskan cara menghindari fraktur dengan menciptakan lingkungan aman dalam rumah (lantai rumah tidak licin).
- 3) Menjelaskan cara melakukan aktivitas fisik: yang dapat menghindari cedera dan fraktur (tidak menggunakan sepatu/sandal berhak tinggi).
- 4) Upaya pencegahan osteoporosis dengan makanan seimbang dan olahraga teratur.

4. Evaluasi

Evaluasi dilaksanakan untuk melihat keberhasilan asuhan kebidanan yang diberikan dan melihat perubahan masalah yang dialami klien:

- a. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui diet dan makanan yang dikonsumsi. Untuk itu, pasien melakukan kunjungan ulang dua minggu sekali bagi pasien yang bermasalah dan satu bulan sekali bagi yang tidak bermasalah.
- b. Untuk deteksi dini keganasan (kanker) periksa Pap Smear 6 bulan sekali.
- c. Bagi ibu yang bermasalah dilakukan kunjungan (*follow up*).

C. Rangkuman

Asuhan kebidanan yang diberikan menggunakan pendekatan pemecahan masalah dengan manajemen kebidanan. Pengambilan keputusan klinis yang

diambil oleh bidan berdasarkan hasil pengkajian sosial budaya dan spiritual. Kemudian diagnosa dirumuskan berdasarkan permasalahan yang muncul selama perimenopause, dan permasalahan tersebut dapat diintervensi oleh bidan sesuai dengan kewenangannya

D. Tugas

Untuk memperdalam pemahaman Mahasiswa mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

1. Jelaskan standar asuhan kebidanan!
2. Jelaskan anamnesa yang perlu dilakukan pada wanita perimenopause!
3. Jelaskan pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan pada wanita perimenopause!

E. Tes

Pilihlah jawaban yang paling tepat!

1. Di bawah ini yang merupakan pengkajian data subyektif pada wanita perimenopause adalah....
 - a. Keluhan utama
 - b. Status gizi
 - c. Kesadaran
 - d. Antropometri
2. Seorang perempuan usia 47 tahun mengeluh haid dan keluarnya banyak. Perempuan tersebut mengatakan ini haid pertama semenjak 6 bulan terakhir dan akhir-akhir ini sering merasa pusing dan lemas. Hasil pemeriksaan TTV normal. Apa pemeriksaan penunjang yang paling tepat pada perempuan tersebut?
 - a. Hemoglobin
 - b. Kolesterol total
 - c. Asam urat
 - d. Glukosa urin

3. Salah satu metode dokumentasi dalam asuhan kebidanan adalah dengan menggunakan varney. Di bawah ini urutan metode yang paling benar adalah...
- a. Pengkajian-Interpretasi data-diagnosa potensial-antisipasi penanganan segera-perencanaan-Evaluasi-Pelaksanaan
 - b. Pengkajian-Interpretasi data-diagnosa potensial-antisipasi penanganan segera-perencanaan- Pelaksanaan-Evaluasi
 - c. Pengkajian- diagnosa potensial- Interpretasi data-antisipasi penanganan segera-perencanaan- Pelaksanaan-Evaluasi
 - d. Pengkajian- diagnosa potensial- antisipasi penanganan segera-Interpretasi data-perencanaan- Pelaksanaan-Evaluasi

DAFTAR PUSTAKA

- Alektiar KM. Chapter 70 : Endometrium. In :Halperin EC, Perez CA, Brady LW (ed). Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology. Sixth Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2014.p.1629-49.
- American College of Obstetrics and Gynecology. Practice Bulletin No. 128, Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive aged women. *Obstet Gynecol* 2012;120:197–206.
- Bakkum-Gamez, JN. Current issues in the management of endometrial cancer. *Mayo Clin Proc.* 2008;83(1):97-112.
- Basila D, Yuan CS. Effects of dietary supplements on coagulation and platelet function. *Thromb Res* 2005;117:49–53.
- Beyzadeoglu M, Ebruli C, Ozyigit G. Gynecological Cancers. In: Beyzadeoglu M, Ozyigit G, Ebruli C (ed). *Basic Radiation Oncology*. Berlin: Springer Verlag; 2010. p. 447-60.
- Brohet KE, Ramli I. Tatalaksana Radioterapi Kanker Endometrium dengan Fokus pada Stadium Dini. *Radioterapi & Onkologi Indonesia* Vol.6(1) Jan. 2015:37-49.
- Cardenes HR, Look K, Michael H, Cerezo L. Chapter 67 : Endometrium. In :Halperin EC, Perez CA, Brady LW (ed). Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology. Fifth Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins;2012.p.1629-49.
- Chu CS, Lin LL, Rubin SC. Cancer of the uterine body. In: Devita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA (ed). *Devita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology*, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p.1544-62.
- Clark TJ, Barton PM, Coomarasamy A, Gupta JK, Khan KS, “Investigating postmenopausal bleeding for endometrial cancer: cost-effectiveness of initial diagnostic strategies,” *BJOG*, vol. 113, no. 5, pp. 502–510, 2006.
- Colombo N, et. al. Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*.2013; 24 Supp 6: Svi33–vi38.
- Creasman WT. Adenocarcinoma of the Uterus. In: Creasman WT, Disaia PJ. *Clinical Gynecologic Oncology*. 7th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2007. p. 147-84.

- Departemen Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dijkhuizen FP. *Diagnosis of Uterine Cavity Abnormalities. Studies on Test Performance and Clinical Value*, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands, 2000.
- Dowdy, S. Mariani A, Lurain JR. Chapter 35: Uterine Cancer. In: Berek JS (ed). *Berek and Novak's Gynecology*. 15th Edition. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins;2012.p.4773-5016.
- Epstein E, Ramirez A , Skoog L, Valentin L. "Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding," *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 80, no. 12, pp. 1131– 1136, 2001.
- Epstein E. "Management of postmenopausal bleeding in Sweden: a need for increased use of hydrosoneography and hysteroscopy," *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 83, no. 1, pp. 89–95, 2004.
- Escoffery CT, Blake GO, Sargeant LA. "Histopathological findings in women with postmenopausal bleeding in Jamaica," *West Indian Medical Journal*, vol. 51, no. 4, pp. 232–235, 2002.
- Ferri FF. 2015 *Ferri's Clinical Advisor*. New York : Elsevier; 2015.p.667-90.
- Goldstein SR, Lumsden MA. Abnormal uterine bleeding in perimenopause. *Climacteric*, 2017 <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1358921>.
- Goldstein RB, Bree RL, Benson CB, et al. "Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: society of radiologists in ultrasound-sponsored consensus conference statement," *Journal of Ultrasound in Medicine*, vol. 20, no. 10, pp. 1025–1036, 2001.
- Gredmark T, Kvint S, Havel G, Mattsson LA. "Histopathological findings in women with postmenopausal bleeding," *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 102, no. 2, pp. 133–136, 1995.
- Harlow SD, gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop+10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *Climacteric*. 2012;15(2):105-14.

- Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop+10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *Climacteric*. 2012;15(2):105-14.
- Kasdu D. *Solusi Problem Wanita Dewasa*. Jakarta: Puspa Swara Anggoru. IKAPI.2008:67-75.
- Kemenkes RI, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 229/MENKES/SK/II/2010 tentang Pedoman Asuhan Kebidanan Masa Perimenopause. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 tahun 2015 tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 229/Menkes/SK/II/2020 tentang Pedoman Asuhan Kebidanan Masa Perimenopause. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kupperman HS, Wetchler BB, Blatt MH. Contemporary Therapy of the Menopausal Syndrome. *Journal of American Medical Association*. 1959; 171(12):1627-37.
- Lee WH, Tan KH, Lee YW. "The aetiology of postmenopausal bleeding—a study of 163 consecutive cases in Singapore," *Singapore Medical Journal*, vol. 36, no. 2, pp. 164–168, 1995.
- Lidor A, Ismajovich B, Confino E, David MP. "Histopathological findings in 226 women with postmenopausal uterine bleeding," *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 65, no. 1, pp. 41–43, 1986.
- Lin HH, Wu MY, Shyu MK, Chen D, Tsai JL, Hsieh CY. "Clinical study of 381 postmenopausal bleeding patients," *Journal of the Formosan Medical Association*, vol. 92, no. 3, pp. 241–244, 1993.
- Morneau, M. Adjuvant treatment for endometrial cancer: Literature review and recommendations by the Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO). *Gynecol Oncol* 2013; 131: p.231-40.
- Nananda F, Col M, Kathleen M, Fairfield MD, Carol EW, Miller H. In the clinic Menopause. *Annals of Internal Medicine*. 2009.ITC4-2.

- Nananda F, Col M, Kathleen M, Fairfield MD, Carol EW, Miller H. In the clinic Menopause. *Annals of Internal Medicine*. 2009.ITC4-2.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Uterine Neoplasm. Version 2.2015. Diunduh dari: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf.
- Neves-e-Castro M, Birkhauser M, Samsioe G, Lambrinoudaki I, Palacios S, Borrego RS, et al. EMAS Position Statement: The Ten Point Guide to the Integral Management of Menopausal Health. *Maturitas*. 2015;81(1):88-92.
- Querleu D, et.al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients With Endometrial Cancer in France, Recommendations of the Institut National du Cancer and the Socié'te' Française d'Oncologie Gyne 'cologique. *Int J Gynecol Cancer* 2011;21: 945-50).
- Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A Psycho-Educational Program for Improving Women's and Coping With Menopause Symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecology, & Neonatal Nursing*. 2005;34(2):233-40.
- Timmermans A, Gerritse MB, Opmeer BC, Jansen FW, Mol BW, Veersema S. "Diagnostic accuracy of endometrial thickness to exclude polyps in women with postmenopausal bleeding," *Journal of Clinical Ultrasound*, vol. 36, no. 5, pp. 286–290, 2008.
- Wittkowsky AKA. Systematic review and inventory of supplemental effects on warfarin and other anticoagulants. *Thromb Res* 2005;117:81–6.
- World Health Organisation. World Cancer Factsheet. August 2012. Diunduh dari: http://publications.cancerresearchuk.org/downloads/product/CS_FS_WORLD_A4.pdf.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA PERIMENOPAUSE

Hari/tgl :
Jam :
No. RM :
Tempat :
Petugas :

I. PENGKAJIAN

A. Data Subyektif

1. Identitas/ Biodata

Nama klien	:	Nama penanggungjawab	:
Umur	:	Umur	:
Suku / Bangsa	:	Suku / Bangsa	:
Agama	:	Agama	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Alamat	:	Alamat	:

2. Keluhan utama

a. Keluhan yang berhubungan dengan sindrom perimenopause

.....
.....
.....

b. Keluhan psikologis

.....
.....
.....

3. Riwayat Keluhan utama

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Keluhan dan riwayat penyakit yang berhubungan dengan penyakit degeneratif

.....
.....
.....
.....

5. Riwayat KB dan penggunaan obat hormonal

a. Riwayat KB

.....
.....
.....

b. Riwayat penggunaan obat hormonal

.....
.....

6. Riwayat kebiasaan buang air besar dan buang air kecil.

a. Riwayat kebiasaan buang air besar

.....
.....
.....
.....

b. Riwayat kebiasaan buang air kecil

.....
.....
.....

Riwayat alergi, intoleransi dan diet khusus.

.....
.....
.....

Riwayat kesehatan gigi mulut/menelan, apakah menggunakan gigi palsu?

.....
.....
.....
.....

Riwayat asupan makan perhari.

.....
.....
.....
.....

Riwayat penggunaan obat.

.....
.....
.....
.....

Aktivitas sehari-hari yang dilakukan dan riwayat pekerjaan (jenis dan frekuensi).

.....
.....
.....
.....

Pola hubungan seksual

.....
.....
.....

.....
Riwayat menstruasi
.....
.....
.....
.....

Riwayat operasi ginekologi
.....
.....
.....
.....
.....

7. Riwayat obstetri
.....
.....
.....
.....

B. Data Obyektif

1) Keadaan umum; kesadaran

Keadaan umum:

Kesadaran :

2) Tanda-tanda klinis gizi kurang atau lebih.

c) Gizi kurang:

d) Gizi lebih :

3) Sistem kardiovaskuler:

a. Tensi :

b. Nadi :

4) Sistem pernapasan

a. Frekuensi napas :

b. Bunyi napas :

5) Sistem gastrointestinal (peristaltik usus)

.....
.....
.....

Sistem genitourinarius (nyeri tekanan supra pubik)

.....
.....
.....

Sistem musculoskeletal (pemeriksaan sendi, aterosklerosis)

.....
.....
.....

Sistem metabolik/endokrin (Pemeriksaan kelenjar getah bening (bengkak dan sakit), tiroid, dan payudara)

.....
.....
.....

Sistem neurologik (pemeriksaan reflex)

.....
.....
.....

Sistem reproduksi

a. Pemeriksaan genitalia

.....
.....
.....

Pemeriksaan bimanual

.....
.....
.....

Pemeriksaan antropometri (IMT)

.....
.....
.....

Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium)

a. Darah (Hb, kolesterol total, LDL, HDL, gula darah, ureum, kreatinin, asam urat, dan trigliserida).

.....
.....
.....

b. Urin (glukosa/gula, protein/albumin)

.....
.....
.....
.....

c. *Feces* (serat, darah, lendir, telur cacing, dan lemak).

.....
.....
.....

6) Pemeriksaan lain (Ultrasonografi, rektovagina)

.....
.....
.....

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA KEBIDANAN DAN MASALAH

A. Dianosa

Kebidanan:.....

Data Penunjang:

1. Data Subyektif

.....
.....

2. Data Obyektif

.....
.....

B. Masalah

.....
.....

III. MASALAH/DIAGNOSA POTENSIAL

IV. IDENTIFIKASI TINDAKAN SEGERA

V. PERENCANAAN

VI. PELAKSANAAN

VII. EVALUASI

Lampiran 2

KUNCI JAWABAN TES

Kunci Jawaban Tes BAB I

1. B
2. D
3. D

Kunci Jawaban Tes BAB II

1. B
2. A
3. A

Kunci Jawaban Tes BAB III

1. A
2. A
3. A

Kunci Jawaban Tes BAB IV

1. D
2. C
3. A

Kunci Jawaban Tes BAB V

1. B
2. A
3. A

BAB VI

1. A
2. A
3. B