

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR MEDIK**

#### **A. Pengertian**

Hiperplasia endometrium adalah suatu kondisi dimana terjadi penebalan/pertumbuhan berlebihan dari lapisan dinding dalam rahim yang biasanya mengelupas pada saat menstruasi (Wolfe *et al.*, 2017). *Abnormal Uterine Bleeding* adalah semua jenis perdarahan dari rongga uterus (genetalia internal) berupa kelainan haid dalam bentuk gangguan siklus, durasi haid, jumlah, dan viaribilitasnya yang disebabkan oleh gangguan hormonal atau kelainan organik genetalia dimana diperlukan penanganan segera untuk mencegah kehilangan banyak darah (Akbar dkk., 2020). *Abnormal Uterine Bleeding* adalah salah satu kondisi ginekologis yang paling umum dialami oleh perempuan usia reproduksi (15-49 tahun). AUB adalah penyebab sekitar sepertiga dari semua kunjungan ke poli ginekologi, diantara kunjungan tersebut 70% adalah perimenopause dan menopause (48 – 55) tahun. Istilah AUB secara tradisional menggambarkan semua bentuk perdarahan vagina yang abnormal (Munro, 2020; Taylor *et al.*, 2020).

#### **B. Proses Terjadinya Masalah**

##### 1. Presipitasi dan Predisposisi

###### a. Presipitasi

pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit yang sama dari keluarga (Ibu) yaitu hipertensi.

b. Predisposisi

*Abnormal Uterine Bleeding* disebabkan karena hiperplasia endometrium.

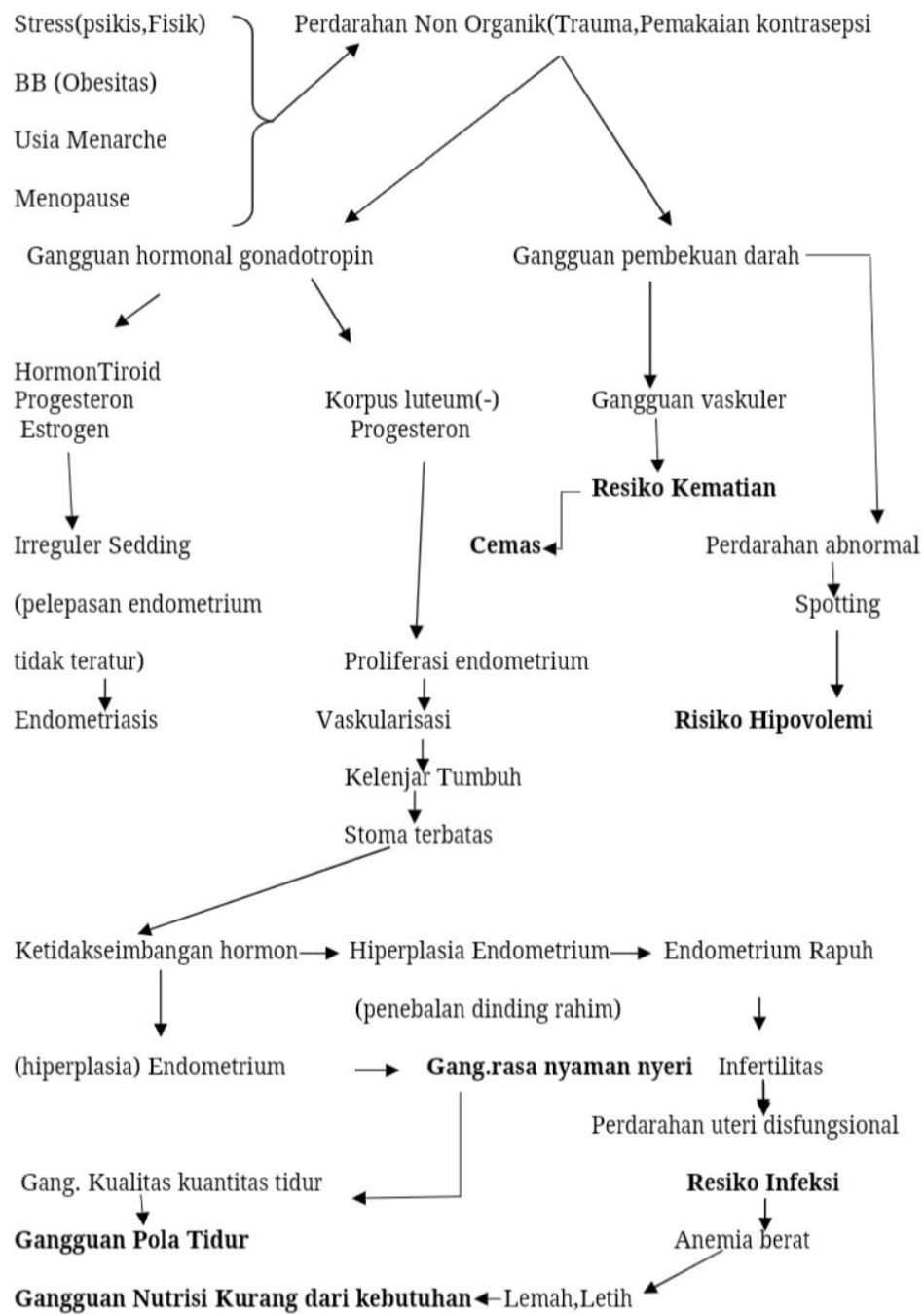
2. Psiko patologi/patofisiologi

Patofisiologi utama dari AUB adalah absennya stimulasi endometrium siklik yang timbul dari siklus ovulasi pada wanita tidak hamil (*nonpregnant*). Hal tersebut menyebabkan pasien memiliki kadar estrogen non-siklus yang konstan yang menstimulasi proliferasi endometrium. Proliferasi endometrium yang tanpa disertai peluruhan endometrium secara periodik menyebabkan endometrium memiliki suplai darah yang berlebihan. Ketika jaringan endometrium mengalami peluruhan, resolusi endometrium selanjutnya menjadi ireguler dan disinkronisasi. Stimulasi kronis oleh kadar estrogen yang rendah akan mengakibatkan perdarahan uterus abnormal dengan episode perdarahan ringan dengan frekuensi jarang terjadi. Stimulasi kronis dari kadar estrogen yang lebih tinggi akan menyebabkan episode perdarahan berat dengan frekuensi sering (Naomi, Eva 2022). Beberapa indikasi pada AUB adalah :

- a. Perdarahan pervaginam dalam volume banyak atau durasi panjang, terutama pada usia > 40 tahun.
- b. Perdarahan pervaginam yang tidak berespons dengan terapi medikamentosa walaupun usia < 40 tahun.
- c. Perdarahan intermenstrual dengan servikal smear normal.

- d. Perdarah pasca koitus atau tebal endometrium 24 mm pada panjang, terutama pada usia > 40 tahun
- e. Perdarahan pervaginam yang tidak berespons dengan terapi medikamentosa walaupun usia < 40 tahun
- f. Perdarahan intermenstrual dengan servikal *smear* normal.
- g. Perdarah pasca koitus atau tebal endometrium 24 mm pada wanita pasca menopause
- h. *Oligomenora* atau *amenorea* pada perempuan usia reproduksi.

Dilakukan pada wanita dengan AUB dengan kecurigaan patologi structural dari USG transvaginal. Contohnya, 10-40% wanita dengan AUB memiliki polip endometrium yang ditemukan pada pemeriksaan. Histeroskopi dilakukan untuk menegaskan diagnosis sekaligus tatalaksana (Hartono, 2022).



Gambar 2.1 Pathway AUB Hiperplasia Endometrium

Sumber (Pentamanah, 2019)

### 3. Manifestasi klinik

Manifestasi klinis utama pada AUB berupa jumlah perdarahan dari uterus yang banyak atau sedikit, dan siklus haid yang memanjang atau tidak beraturan. Dalam menegakkan diagnosis, klinisi perlu melakukan anamnesis lengkap mengenai riwayat menstruasi pada pasien serta tinjauan sistem yang relevan termasuk gejala konstitusional, gejala yang berkaitan dengan endokrinopati, serta gangguan hematologi (Naomi, Eva 2022).

### 4. Pemeriksaan Diagnostik

#### a) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan beta-hCG pada AUB bertujuan untuk menyingkirkan adanya kemungkinan kehamilan ektopik maupun abortus. Pemeriksaan darah lengkap untuk menilai adanya anemia dengan melakukan evaluasi pada parameter hemoglobin dan hematokrit, serta kadar trombosit bila terdapat indikasi kelainan hemostasis pada pasien AUB. Pemeriksaan laboratorium lainnya yang meliputi pemeriksaan faktor koagulasi, pap *smear*, fungsi tiroid, fungsi hepar, kadar prolaktin, dan pemeriksaan hormon lainnya dilakukan sesuai indikasi untuk mencari penyebab yang mendasari AUB.

#### b) Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan ultrasonografi (USG) abdomen maupun transvaginal bertujuan untuk menemukan adanya pembesaran pada kavitas endometrial, massa, maupun bekuan darah. *Saline-infusion*

*sonohysterography* (SIS) merupakan modalitas lain yang dapat digunakan untuk mengevaluasi polip endometrium dan fibroid submukosal.

c) Pemeriksaan Endometrial Sampling

Pemeriksaan endometrial sampling dilakukan melalui prosedur biopsi untuk menyingkirkan kemungkinan adanya kelainan histopatologis seperti hiperplasia endometrium maupun kanker endometrium pada wanita yang berisiko tinggi (usia >35 tahun dan wanita muda dengan riwayat karsinoma endometrium pada keluarga). Wanita yang mengalami kondisi AUB dengan anovulasi kronis, obesitas, hirsutisme, diabetes, atau hipertensi juga disarankan untuk menjalani pemeriksaan endometrial sampling.

d) Pemeriksaan *Histeroskopi National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) menyarankan pemeriksaan histeroskopi pada AUB bila terdapat riwayat fibroid submukosal maupun polip endometrium.

## 5. Komplikasi

Komplikasi perdarahan uterus abnormal kronis dapat berupa anemia, infertilitas, dan kanker endometrium. Komplikasi perdarahan uterus abnormal akut berupa, anemia berat, hipotensi, syok, dan bahkan kematian dapat terjadi jika pengobatan segera dan perawatan suportif tidak dimulai (Emily, Davis 2022).

## 6. Penatalaksanaan Medis

1) Pengobatan Hormonal menurut Fadil *et al* (2022), penatalaksanaan pada kasus AUB di Indonesia dilakukan pengobatan hormonal dengan pemberian obat seperti :

### a) Estrogen

Estrogen efektif dalam mengontrol AUB akut dan perdarahan menstruasi berat. Estrogen bekerja dengan menginduksi formasi reseptor *progesterone* serta mengatur aksi vasospastik pada kapiler dengan mempengaruhi kadar fibrinogen dan faktor koagulasi. Terapi estrogen dengan sediaan oral yaitu estrogen konjugasi dosis 1,25 mg atau  $17\beta$  estradiol 2 mg setiap 6 jam selama 24 jam cukup efektif untuk mengatasi AUB setelah perdarahan berhenti, terapi selanjutnya dengan pemberian pil kontrasepsi kombinasi. Terapi estrogen bertujuan untuk mengontrol perdarahan akut dan tidak dapat mengobati penyebab yang mendasari. Efek samping pada terapi estrogen adalah mual dan muntah.

### b) Progesteron

Progestin dapat menjadi pilihan pada pasien dengan perdarahan ringan-sedang anovulasi. Progestin juga dapat diberikan pada AUB kronis yang memerlukan paparan progesteron secara episodik maupun terus menerus. Pasien yang tidak memiliki kontraindikasi terhadap progestin dapat diberikan kontrasepsi oral pil progestin. Manfaat dari pemberian progestin adalah

penurunan volume kehilangan darah, mereduksi *dismenore*, penurunan kadar hormon androgen serta profilaksis kanker ovarium. Pada pasien dengan kontraindikasi pil, progesteron siklik dapat diberikan selama 12 hari/ bulan menggunakan Medroxyprogesterone acetate 10 mg/hari atau Norethindrone acetate 2,5-5 mg/hari.

Progesteron alami siklik (200 mg/hari) dapat digunakan pada wanita yang rentan terhadap kehamilan. Pada beberapa pasien yang tidak dapat mentoleransi progestin maupun progesteron sistemik atau mereka yang memiliki kontraindikasi terhadap agen yang mengandung estrogen, *intrauterine device* (IUD) yang mensekresi progestin dapat dipertimbangkan untuk mengontrol endometrium melalui pelepasan levonorgestrel secara lokal dan menghindari peningkatan kadar levonorgestrel secara sistemik.

c) Kombinasi Estrogen-Progestin

Kombinasi estrogen-progestin tersedia dalam bentuk pil kontrasepsi dan dapat mengatasi AUB akut. Pil kombinasi juga efektif untuk terapi jangka panjang pada kasus AUB. Dosis pemberian pil kombinasi estrogen-progestin dimulai dengan 1 tablet 2 kali sehari selama 5-7 hari; dilanjutkan 1 tablet sekali sehari selama 3-6 siklus.

d) Obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)



Obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) bekerja dengan menghambat siklooksigenase dan berperan sebagai enzim katalisis yang berkontribusi terhadap transformasi asam arakidonat menjadi prostaglandin dan tromboksan. Studi menunjukkan bahwa peningkatan inflamasi di endometrium memiliki korelasi dengan peningkatan volume darah yang keluar selama menstruasi. OAINS diharapkan dapat membatasi produksi mediator inflamasi. OAINS dapat digunakan sebagai terapi tunggal maupun terapi tambahan untuk terapi hormonal. Asam mefenamat dapat diberikan pada perdarahan uterus abnormal dengan dosis 250-500 mg diberikan 2-4 kali sehari. Penelitian juga telah menunjukkan efektivitas Asam Mefenamat dalam mengurangi volume perdarahan pada AUB sebesar 25% 29 hingga 50%, dan memiliki manfaat dalam mereduksi gejala *dismenore*.

e) Antifibrinolitik

Penelitian telah menunjukkan bahwa wanita dengan peningkatan volume dan aliran darah saat menstruasi memiliki aktivitas sistem fibrinolitik yang tinggi selama menstruasi. Degradasi fibrin terjadi secara cepat sehingga tidak terbentuk fibrin yang berfungsi untuk menahan perdarahan. Antifibrinolitik, seperti Asam traneksamat, bekerja untuk mengurangi fibrinolisis serta mengurangi perdarahan hingga 50%. Asam traneksamat dapat diberikan pada pasien AUB

dengan dosis 500 mg 3 kali sehari selama 5 hari. Rekomendasi dosis Asam traneksamat dari *US Food and Drug Administration* (FDA) untuk perdarahan menstruasi berat adalah 1,3 g, diberikan 3 kali sehari dengan pemberian selama 5 hari.

f) Gonadotropin-releasing hormone (GnRH)

*Gonadotropin-releasing hormone* (GnRH) agonis untuk mencegah ovulasi dengan menghentikan atau mengurangi perdarahan.

g) Antagonis hormon pelepas gonadotropin (GnRH) untuk mengatasi perdarahan berat yang berhubungan dengan fibroid.

2) Tindakan Prosedur Operasi

a) Histerektomi

Histerektomi merupakan prosedur pengangkatan uterus yang bersifat kuratif. Histerektomi dapat dilakukan pada pasien yang gagal merespon terapi hormonal, pasien dengan anemia simptomatik, pasien yang mengalami perburukan kualitas hidup akibat AUB, atau jika semua alternatif terapi gagal dan pasien tidak menginginkan keturunan. Tindakan histerektomi dikaitkan dengan durasi operasi dan periode pemulihan yang lebih lama, serta risiko komplikasi pasca operasi yang lebih tinggi. Namun, tindakan histerektomi menawarkan hasil terapi yang definitif.

b) Ablasi Endometrium

Ablasi endometrium merupakan tindakan mendestruksi lapisan basal endometrium sehingga mencegah regenerasi endometrium. Ablasi endometrium merupakan tindakan alternatif untuk pasien yang menghindari histerektomi maupun pasien yang bukan merupakan kandidat pembedahan mayor. Terdapat beberapa metode ablasi endometrium seperti laser, vaporization, balon termal, cryoablation, microwave ablation, dan bipolar radiofrequency. Semua metode ablasi endometrium memiliki keberhasilan yang relatif sama dan mengarah kepada kemajuan keadaan klinis pasien serta kondisi amenore yang dapat terjadi pada sekitar 40-50% pasien.

c) Dilatasi dan Kuretase

Dilatasi dan kuretase merupakan terapi yang ditujukan pada pasien yang gagal dalam merespon terapi hormonal. Dilatasi dan kuretase lebih dapat dijadikan terapi diagnostik pada AUB karena memiliki efikasi yang rendah dalam mengobati perdarahan uterus abnormal.

### **C. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian atau keputusan klinis perawat tentang respon klien terhadap masalah kesehatan aktual maupun resiko yang mengancam jiwa penderita (Nusdin, 2020).

Adapun diagnosa keperawatan yang sering muncul pada penderita AUB Hiperplasia Endometrium menurut (Brunner & Suddart, 2014), adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (kerusakan jaringan otot, system saraf dan gangguan sirkulasi darah, neoplasma).
2. Resiko tinggi kekurangan cairan tubuh berhubungan dengan perdarahan pervagina berlebihan.
3. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit prognosis dan kebutuhan pengobatan.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan produksi Hemoglobin turun

#### **D. Intervensi Keperawatan**

Intervensi adalah rencana tindakan yang disusun berdasarkan prioritas masalah yang meliputi tujuan dengan kriteria hasil keberhasilan, intervensi, dan rasionalisasi. Rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan (Brunner & Suddart, 2014).

Table 2.1 Rencana Keperawatan Pada AUB

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (kerusakan jaringan otot, system saraf dan gangguan sirkulasi darah, neoplasma)</p>	<p>Nyeri berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien menyatakan nyeri berkurang (skala 3-5)</li> <li>2. Klien tampak tenang, ekspresi wajah rileks</li> <li>3. TTV normal :            Suhu: 36-37 derajat Celcius            Nadi: 80-100 x/menit            RR: 16-24 x/menit            TD: sistol (100-130 mmHg), diastole (70-80 mmHg)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji riwayat nyeri, mis: lokasi nyeri, frekuensi, durasi dan intensitas (kala 0-10) dan tindakan pengurangan yang dilakukan</li> <li>2. Bantu pasien mengatur posisi nyaman mungkin (posisi fowler)</li> <li>3. Kaji tanda vital: takikardi, hipertensi, pernafasan cepat.</li> <li>4. Ajarkan pasien penggunaan keterampilan manajemen nyeri mis: dengan teknik relaksasi, tertawa, mendengarkan music dan sentuhan terapeutik.</li> <li>5. Evaluasi/kontrol pengurangan nyeri</li> <li>6. Ciptakan suasana lingkungan tenang dan nyaman</li> <li>7. Kolaborasi untuk pemberian analgetik sesuai indikasi.</li> <li>8. Laksanakan pengobatan sesuai indikasi seperti intravena</li> <li>9. Observasi efek analgesic (narkotik)</li> <li>10. Kolaborasi: anjurkan dilakukannya pembedahan</li> <li>11. Motivasi klien untuk mobilisasi dini setelah pembedahan bila sudah diperbolehkan.</li> </ol>

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Resiko tinggi kekurangan cairan tubuh berhubungan dengan perdarahan pervagina berlebihan	<p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam tidak terjadi kekurangan volume cairan tubuh</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ditemukan tanda-tanda kekurangan cairan, seperti turgor kulit kurang, membrane mukosa kering, demam.</li> <li>2. Perdarahan berhenti, keluaran urine 1 cc/kg BB/jam</li> <li>3. TTV normal : Suhu: 36-37 derajat Celcius Nadi: 80-100 x/menit RR: 16-24 x/menit TD: sistol (100-130 mmHg), diastole (70-80 mmHg)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tanda-tanda kekurangan cairan</li> <li>2. Pantau masukan dan keluaran/ monitor <i>balance</i> cairan tiap 24 jam.</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital. Evaluasi nadi perifer</li> <li>4. Observasi perdarahan</li> <li>5. Anjurkan klien untuk minum kira-kira 1500-2000 L/hari</li> <li>6. Kolaborasi untuk pemberian cairan parenteral dan kalau perlu transfuse sesuai indikasi, pemeriksaan laboratorium, Hb, leko, trombo, ureum, kreatinin.</li> </ol>
Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit prognosis dan kebutuhan pengobatan	<p>Tujuan: kecemasan dapat berkurang setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak tenang</li> <li>2. Mau berpartisipasi dalam program terapi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dorong dan dukung klien untuk menyadari dan berusaha menerima diagnose</li> <li>2. Diskusikan tanda dan gejala depresi</li> <li>3. Diskusikan kemungkinan untuk bedah rekontruksi atau pemakaian prostetik</li> <li>4. Beri informasi tentang hasil-hasil lab dan perkembangan penyakit klien, serta treatment yang mungkin, seperti kemoterapi, radioterapi, pembedahan</li> <li>5. Informasi tentang dukungan social/kelompok bagi klien, misalnya perkumpulan penyandang kanker mammae</li> </ol>