

**KARAKTERISTIK PENDERITA MIOMA UTERI  
DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH  
PALEMBANG PERIODE 2012 – 2013**

**SKRIPSI**

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar  
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Oleh:

**SUCI LESTARI  
NIM: 70.2011.031**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG  
2016**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**KARAKTERISTIK PENDERITA MIOMA UTERI  
DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH  
PALEMBANG PERIODE 2012-2013**

Dipersiapkan dan disusun oleh

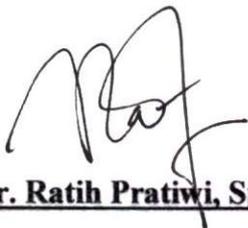
**SUCI LESTARI**

**NIM: 70.2011.031**

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar  
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Pada tanggal 29 Agustus 2016

**Menyetujui :**



**dr. Ratih Pratiwi, Sp. OG**

**Pembimbing Pertama**



**dr. Putri Rizki Amalia Badri**

**Pembimbing Kedua**

**Dekan**

**Fakultas Kedokteran**



**dr. H. M. Ali Muchtar, M.Sc**

**NBM/NIDN. 060347091062484/0020084707**

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang, dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, Agustus 2016

Yang membuat pernyataan



(Suci Lestari)

NIM: 702011031

## HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

“Bersikaplah kukuh seperti batu karang yang tidak putus-putusnya dipukul ombak Ia tidak saja tetap berdiri kukuh, bahkan ia menentramkan amarah ombak dan gelombang itu”

Bismillah....

Dengan izin-Mu ya Allah aku persembahkan Skripsi ini untuk:

Kedua Orangtua tuaku, Mama Hj. Maryani dan Papa H. Zainudin yang selalu memberikan kasih sayang, semangat dan doa.

Kakak dan ayukku tersayang Veranita Pusparani, Rohimin, Nizar Samsudin, Lisma Dewi, Reza Ferial, Tri Aprilia serta keponakan ku Mutiara Florenza, Aura Felisya, Prisil Olivia, Alisya Anindia dan M. Azka yang selalu menyayangiku, memberi dukungan dan semangat.

Mama Kartini, Papa Amrullah terima kasih banyak selama ini telah memberikan doa dan selalu menemani dari awal tes masuk kuliah sampai sekarang.

Untuk rustam effendi terima kasih telah memberikan kasih sayang, motivasi, dan selalu mendengarkan curhatan selama ini.

Sahabat yang selalu ada disaat sedih maupun senang Lisa wendi astuti, , Aprilia ayu Fransiska, Veranika Antonia, Rista Purnama semoga persahabatan kita tetap kompak selamanya.

Keluargaku ayu agustira, erisla yulianti yang selalu ada disetiap susah maupun senang dan selalu mendengarkan keluh kesahku selama ini.

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG  
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, AGUSTUS 2016  
SUCI LESTARI**

**Karakteristik Penderita Mioma Uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah  
Palembang Periode 2012 – 2013**

**xii + 48 halaman + 8 tabel + 3 gambar + 2 lampiran**

**ABSTRAK**

Mioma Uteri yang disebut juga fibromioma uterus, leiomioma uterus, atau uterin fibroid adalah neoplasma jinak yang berasal dari otot polos dinding uterus. Diperkirakan insiden mioma uteri sekitar 20%-30% dari seluruh wanita. Di Indonesia mioma ditemukan 2,3% - 11,7% pada semua penderita ginekologi yang dirawat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik penderita mioma uteri. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif *cross sectional* dan dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dengan jumlah sampel 112 orang. Hasil analisis univariat diperoleh karakteristik berdasarkan usia terbanyak terdapat pada kelompok usia (>35 tahun) yaitu 89 orang (79,5%), pada kelompok paritas nulipara sebanyak 65 orang (58,0%), terbanyak berdasarkan status perkawinan yang telah kawin yaitu 91 orang (81,2%), tatalaksana terbanyak adalah histerektomi yaitu 60 orang (53,6%), dan gejala yang paling banyak adalah benjolan perut bagian bawah yaitu 58 orang (51,8%).

**Referensi : 23 ( 1998 – 2014 )**

**Kata Kunci : Mioma uteri, Karakteristik**

**MUHAMMADIYAH UNIVERSITY PALEMBANG  
FACULTY OF MEDICINE**

**SKRIPSI, AUGUST 2016  
SUCI LESTARI**

**Characteristics of Patients with Uterine Myoma in Muhammadiyah  
Palembang Hospital in 2012 – 2013 Period**

**xii + 48 pages + 8 tables + 3 figures + 2 annexes**

***ABSTRACT***

Uterine myoma, also known as uterine fibromyoma, uterine leiomyoma, or uterine fibroid, is a benign neoplasm originating from smooth muscle of uterine walls. It is estimated to be present in 20% - 30% of all women. In Indonesia, it makes up 2.3% - 11.7% of all gynecology patients. This research aims to understand the characteristic of uterine myoma patients. This is a descriptive study with cross sectional design which was done at Muhammadiyah Palembang Hospital and involved 112 people as samples. Univariate analysis revealed that 89 patients (79.5%) were aged > 35 years old, 65 people (58%) were nulliparous, 91 people (81.2%) were married, 60 people (53.6%) had hysterectomy, and 58 people (51.8%) described the symptoms as a bulge at lower abdomen.

**Reference: 23 (1998 – 2014)**

**Keywords: uterine myoma, characteristics**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti haturkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini yang berjudul **“Karakteristik Penderita Mioma Uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode 2012 – 2013”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S. Ked). Shalawat beriring salam selalu tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat dan pengikut-pengikutnya sampai akhir zaman.

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan dimasa yang akan datang.

Dalam hal penyelesaian penelitian ini, peneliti banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan saran. Pada kesempatan ini , penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada Allah SWT yang telah memberikan kehidupan, kesehatan dan kekuatan. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan materil dan spiritual. Dekan dan staf Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. dr. Ratih Pratiwi, Sp. OG selaku Pembimbing I, dr. Putri Rizki Amalia Badri selaku Pembimbing II dan dr. Asmarani, M.Kes selaku dosen Penguji.

Semoga Allah memberikan balasan pahala atas segala amal yang diberikan kepada semua orang yang telah mendukung peneliti dan semoga laporan ini bermanfaat bagi kita dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, Agustus 2016

Suci Lestari

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN .....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO .....	iv
ABSTRAK .....	v
<i>ABSTRACT</i> .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan Penelitian .....	2
1.3.1. Tujuan Umum .....	2
1.3.2. Tujuan Khusus .....	2
1.4 Manfaat Penelitian .....	3
1.5 Keaslian Penelitian .....	4
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Landasan Teori .....	5
2.1.1 Pengertian Mioma Uteri .....	5
2.1.2 Anatomi Uteri .....	5
2.1.3 Epidemiologi Mioma Uteri .....	7
2.1.4 Etiologi Mioma Uteri .....	9
2.1.5 Patofisiologi Mioma Uteri.....	11
2.1.6 Klasifikasi Mioma Uteri.....	11
2.1.7 Gejala Mioma Uteri.....	13
2.1.8 Diagnosis Mioma Uteri.....	14
2.1.9 Tatalaksana Mioma uteri.....	14
2.1.10 Komplikasi .....	16
2.2 Kerangka Teori .....	17
<b>BAB III. METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Jenis Penelitian .....	18
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	18
3.2.1 Waktu Penelitian .....	18
3.2.2 Tempat Penelitian.....	18
3.3 Populasi dan Sampel.....	18
3.3.1 Populasi.....	18
3.3.2 Sampel dan Besar Sampel.....	18
3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi .....	19

3.5	Variabel Penelitian .....	19
3.6	Definisi Operasional.....	20
3.7	Cara Pengumpulan data .....	22
3.8	Cara Pengolahan dan Analisis Data .....	22
3.9	Alur Penelitian.....	23
<b>BAB IV.</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1	Hasil .....	24
4.2	Pembahasan .....	29
4.3	Keterbatasan Penelitian .....	33
<b>BAB V.</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1	Kesimpulan .....	34
5.2	Saran .....	35
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>36</b>
	<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>39</b>
	<b>BIODATA .....</b>	<b>xii</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>Halaman</b>
1. Keaslian Penelitian .....	4
2. Gejala Mioma .....	13
3. Definisi Operasional .....	20
4. Jumlah Kasus Mioma Berdasarkan Usia.....	24
5. Jumlah Kasus Mioma Berdasarkan Paritas .....	25
6. Jumlah Kasus Mioma Berdasarkan Status Perkawinan ....	26
7. Jumlah Kasus Mioma Berdasarkan Terapi .....	27
8. Jumlah Kasus Mioma Berdasarkan Gejala .....	28

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar</b>	<b>Halaman</b>
1. Anatomi Uterus .....	7
2. Kerangka Teori.....	17
3. Alur Penelitian .....	23

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran</b>	<b>Halaman</b>
1. Data Pasien.....	39
2. Hasil SPSS .....	44

# BAB I

## Pendahuluan

### 1.1 Latar Belakang

Salah satu hal yang penting untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal adalah dengan memperhatikan kesehatan wanita khususnya kesehatan reproduksi karena hal tersebut dampaknya luas dan menyangkut berbagai aspek kehidupan (Depkes RI, 1992). Kesehatan reproduksi wanita memberikan pengaruh yang besar dan berperan penting terhadap kelanjutan generasi penerus bagi suatu negara. Kesehatan reproduksi wanita juga merupakan parameter kemampuan negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat (Wiknjosastro H, 2005).

Kesehatan reproduksi wanita yang menjadi masalah salah satunya mioma uteri yang insidensinya terus mengalami peningkatan. Karel Tangkudung (1977) dan Susilo Rahardjo (1974) dari Surabaya dikutip dalam Wiknjosastro H, masing-masing menemukan prevalensi mioma uteri 10,3% dan 11,9% dari semua penderita ginekologi yang dirawat (Wiknjosastro H, 2005).

Mioma uteri adalah tumor jinak pada daerah rahim atau lebih tepatnya otot rahim dan jaringan ikat di sekitarnya. Mioma belum pernah ditemukan sebelum terjadinya *menarche*, sedangkan setelah menopause hanya kira-kira 10% mioma yang masih tumbuh (Guyton, 2002). Diperkirakan insiden mioma uteri sekitar 20% - 30% dari seluruh wanita. Di Indonesia mioma ditemukan 2,3%-11,7% pada semua penderita ginekologi yang dirawat (Baziad, 2003).

Sebagian besar kasus mioma uteri adalah tanpa gejala, sehingga kebanyakan penderita tidak menyadari adanya kelainan pada uterusnya. Diperkirakan hanya 20%-50% dari tumor ini yang menimbulkan gejala klinik, terutama perdarahan menstruasi yang berlebihan, infertilitas, abortus berulang, dan nyeri akibat penekanan massa tumor (Djuwantono,

2004). Mioma uteri ini menimbulkan masalah besar dalam kesehatan dan terapi yang efektif belum didapatkan, karena sedikit sekali informasi mengenai etiologi mioma uteri itu sendiri. Walaupun jarang menyebabkan mortalitas, namun morbiditas yang ditimbulkan oleh mioma uteri ini cukup tinggi karena mioma uteri dapat menyebabkan nyeri perut dan perdarahan abnormal, serta diperkirakan dapat menyebabkan kesuburan rendah (Bailliere, 2006).

Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang merupakan rumah sakit rujukan di Palembang dan sekitarnya, yang melayani persoalan-persoalan kesehatan dari segala aspek lapisan masyarakat dan memiliki jumlah kasus mioma uteri yang cukup tinggi. Berdasarkan pada kenyataan di atas, maka hal ini mendorong peneliti untuk mengetahui lebih lanjut mengenai gambaran penderita mioma uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah karakteristik penderita mioma uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 – Desember 2013”.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui karakteristik penderita mioma uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode januari 2012 – desember 2013.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian yang dicapai adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui angka kejadian mioma uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode januari 2012 – desember 2013.

2. Untuk mengetahui karakteristik penderita mioma uteri berdasarkan usia, paritas, status perkawinan, gejala dan penatalaksanaan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode januari 2012 – Desember 2013.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi tentang karakteristik penyakit mioma uteri, serta sebagai pengembangan ilmu pengetahuan.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan mengenai karakteristik penderita mioma uteri dan dapat memperdalam pengetahuan tentang penyakit mioma uteri.

#### **b. Bagi Masyarakat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi masyarakat dalam mengetahui gejala, faktor resiko dan komplikasi dari mioma uteri.

#### **c. Bagi Akademik**

Sebagai data awal bagi peneliti yang akan melakukan penelitian yang serupa.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian dengan variabel yang sama antara lain:

No	Nama	Judul	Tempat	Tahun	Hasil
1.	Tri Kurniasari	Karakteristik mioma uteri di RSUD DR. Moewardi Surakarta.	RSUD DR. Moewardi Surakarta	2010	Mioma uteri terbanyak ditemukan pada kelompok usia 41 – 50 tahun sebesar 61,40% dan kelompok usia lebih dari 60 tahun merupakan kelompok usia yang paling sedikit ditemukan yaitu sebesar 0,88% serta tidak ditemukannya kasus mioma uteri di bawah 20 tahun. Berdasarkan jumlah paritas, kasus mioma uteri ditemukan terbanyak pada nullipara sebesar 24,56%. Penderita mioma uteri di RSUD Dr. Moewarsi Surakarta dengan kadar hemoglobin 7 – 11,9 ditemukan sebesar 52,63%. Dari pemeriksaan bagian patologi anatomi, mioma intramural adalah jenis mioma yang paling banyak ditemukan yaitu sebesar 44,73%. Terapi atau penatalaksanaan dengan tindakan histerektomi dilakukan sebesar 65,79%. Sedangkan terapi dengan miomektomi adalah sebanyak 26,32%.

Berdasarkan tabel diatas penelitian ini berbeda pada tempat dan sampelnya, penelitian kali ini dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Pengertian Mioma Uteri**

Mioma Uteri yang disebut juga fibromioma uterus, leiomioma uterus, atau uterin fibroid adalah neoplasma jinak yang berasal dari otot polos dinding uterus (Achadiat, Chrisdiono M, 2004).

##### **2.1.2 Anatomi Uterus**

Uterus (rahim) merupakan organ yang tebal, berotot, berbentuk buah pir, yang sedikit gepeng kearah muka belakang, terletak di dalam pelvis antara rektum di belakang dan kandung kemih di depan. Ukuran uterus sebesar telur ayam dan mempunyai rongga. Dindingnya terdiri atas otot polos. Ukuran panjang uterus adalah 3 inci (8 cm) lebar 2 inci (5 cm), dan tebal 1 inci (2,5 cm) (Snell, Richard S, 2006).

Bagian pada uterus adalah sebagai berikut :

1. Fundus Uteri : Merupakan bagian uterus yang terletak di atas muara tuba uterina.
2. Korpus Uteri : Merupakan bagian uterus yang terletak di bawah muara tuba uterina. Bagian bawah corpus menyempit, yang akan berlanjut sebagai serviks uteri.
3. Serviks Uteri : Ujung serviks yang menuju puncak vagina disebut porsio, hubungan antara kavum uteri dan kanalis servikalis disebut ostium uteri yaitu bagian serviks yang ada di atas vagina.

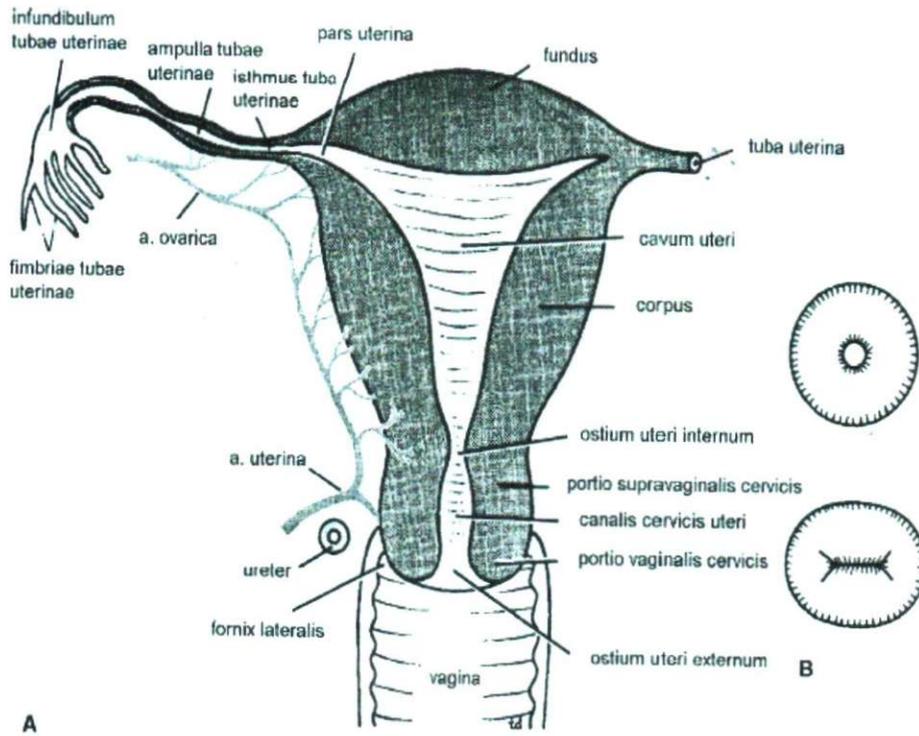
Bagian dinding uterus adalah sebagai berikut :

1. Endometrium di korpus uteri dan endoserviks di serviks uteri. Endometrium terdiri atas epitel kubik, kelenjar-kelenjar, dan jaringan

dengan banyak pembuluh-pembuluh darah yang berlekuk-lekuk. Dalam masa haid endometrium untuk sebagian besar dilepaskan, untuk kemudian tumbuh menebal dalam masa reproduksi pada kehamilan dan pembuluh darah bertambah banyak yang diperlukan untuk memberi makanan pada janin.

2. Miometrium (lapisan otot polos) di sebelah dalam berbentuk sirkuler, dan disebelah luar berbentuk longitudinal. Diantara kedua lapisan ini terdapat lapisan otot oblik, berbentuk anyaman. Lapisan otot polos yang paling penting pada persalinan oleh karena sesudah plasenta lahir berkontraksi kuat dan menjepit pembuluh-pembuluh darah yang ada di tempat itu dan yang terbuka.
3. Lapisan serosa (peritoneum visceral) terdiri dari lima ligamentum yang memfiksasi dan menguatkan uterus yaitu:
  - a. Ligamentum kardinale kiri dan kanan yakni ligamentum yang terpenting, mencegah supaya uterus tidak turun, terdiri atas jaringan ikat tebal, dan berjalan dari serviks dan puncak vagina kearah lateral dinding pelvis. Didalamnya ditemukan banyak pembuluh darah, antara lain vena dan arteri uterina.
  - b. Ligamentum sakro uterinum kiri dan kanan yakni ligamentum yang menahan uterus supaya tidak banyak bergerak, berjalan dari serviks bagian belakang kiri dan kanan kearah sakrum kiri dan kanan.
  - c. Ligamentum rotundum kiri dan kanan yakni ligamentum yang menahan uterus agar tetap dalam keadaan antofleksi, berjalan dari sudut fundus uteri kiri dan kanan, ke daerah inguinal waktu berdiri cepat karena uterus berkontraksi kuat.
  - d. Ligamentum latum kiri dan kanan yakni ligamentum yang meliputi tuba, berjalan dari uterus kearah sisi, tidak banyak mengandung jaringan ikat.

- e. Ligamentum infundibulo pelvikum yakni ligamentum yang menahan tuba fallopi, berjalan dari arah infundibulum ke dinding pelvis. Di dalamnya ditemukan urat-urat saraf, saluran-saluran limfe, arteria dan vena ovarika(Snell, Richard S, 2006).



Gambar 2.1 Anatomi Uterus

Sumber : Snell, Richard S (2006).

### 2.1.3 Epidemiologi Mioma Uteri

Mioma uteri merupakan tumor pelvis yang terbanyak pada organ reproduksi wanita. Jarang sekali ditemukan pada wanita berumur 20 tahun dan belum pernah (dilaporkan) terjadi sebelum *menarche*, paling banyak ditemukan pada wanita berumur 35-45 tahun (proporsi 25%). Setelah

menopause hanya kira-kira 10% mioma masih tumbuh. Proporsi mioma uteri pada masa reproduksi 20-25%. Ada 15 Penelitian Nishizawa di Jepang (2008) menemukan insidens rates mioma uteri lebih tinggi pada wanita subur yaitu 104 per seribu wanita belum menopause dan 12 per seribu wanita menopause.

Mioma uteri lebih banyak ditemukan pada wanita berkulit hitam, karena wanita berkulit hitam memiliki lebih banyak hormon estrogen dibanding wanita kulit putih. Pernah ditemukan 200 sarang mioma dalam satu uterus pada wanita kulit hitam, dimana biasanya hanya 5-20 sarang saja. Penelitian Baird di Amerika Serikat tahun 2003 terhadap 1364 wanita dengan usia 35-49 tahun, 478 diantaranya menderita mioma uteri yaitu dengan proporsi 35%. Penelitian Sela-Ojeme di London Hospital pada tahun 2008 melaporkan proporsi penderita mioma uteri sebanyak 14,06% yaitu 586 orang dari 2.034 kasus ginekologi. Pada penelitian Management of Uterine Fibroid at The University of Nigeria Teaching Hospital Enugu tahun 2006 melaporkan proporsi mioma uteri 9,8% dari seluruh kasus ginekologi yaitu 190 kasus dari 1939 kasus ginekologi. Penelitian Gaym A di Tikur Anbessa Teaching Hospital, Addis Ababa, Ethiopia tahun 2004 mencatat penderita mioma uteri sebanyak 588 kasus.

Di Indonesia mioma uteri ditemukan 2,3-11,7% pada semua penderita ginekologi yang dirawat. Jarang sekali mioma ditemukan pada wanita berumur 20 tahun, paling banyak pada umur 35-45 tahun. Mioma uteri ini lebih sering didapati pada wanita nulipara atau yang kurang subur. Faktor keturunan juga memegang peran (Prawirohardjo, 2008).

#### 2.1.4 Etiologi Mioma Uteri

Etiologi belum jelas tetapi asalnya diduga dari sel – sel otot yang belum matang. Diduga bahwa estrogen mempunyai peranan penting, tetapi dengan teori ini sukar diterangkan apa sebabnya pada seorang wanita estrogen dapat menyebabkan mioma, sedang pada wanita lain tidak. Padahal kita ketahui bahwa estrogen dihasilkan oleh semua wanita. Juga pada beberapa wanita dengan mioma dapat terjadi ovulasi, yang menghasilkan progesterone yang sifatnya antiestrogenik.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan mioma uteri:

##### 1. Estrogen

Mioma uteri kaya akan reseptor estrogen. Meyer dan De Snoo mengajukan teori *Cell nest* atau teori genitoblast, teori ini menyatakan bahwa untuk terjadinya mioma uteri harus terdapat dua komponen penting yaitu: sel nest (sel muda yang terangsang) dan estrogen (perangsang sel nest secara terus menerus). Percobaan Lipschutz yang memberikan estrogen kepada kelinci percobaan ternyata menimbulkan tumor fibromatosa baik pada permukaan maupun pada tempat lain dalam abdomen. Hormon estrogen dapat diperoleh melalui penggunaan alat kontrasepsi yang bersifat hormonal (Pil KB, Suntikan KB, dan Susuk KB). Peranan estrogen didukung dengan adanya kecenderungan dari tumor ini menjadi stabil dan menyusut setelah menopause dan lebih sering terjadi pada pasien yang nullipara (Parker, 2007).

##### 2. Progesteron

Reseptor progesteron terdapat di miometrium dan mioma sepanjang siklus menstruasi dan kehamilan. Progesteron merupakan antagonis natural dari estrogen. Progesteron menghambat

pertumbuhan tumor dengan dua cara yaitu: mengaktifkan 17-Beta *hidroxydesidrogenase* dan menurunkan jumlah reseptor estrogen pada tumor.

Dalam Jeffcoates Principles of Gynecology, ada beberapa faktor yang diduga kuat sebagai faktor predisposisi terjadinya mioma uteri, yaitu :

a. Umur

Proporsi mioma meningkat pada usia 35-45 tahun. Penelitian Chao-Ru Chen (2001) di New York menemukan wanita kulit putih umur 40-44 tahun beresiko 6,3 kali menderita mioma uteri dibandingkan umur <30 tahun (OR =6,3; 95% CI:3,5-11,6). Sedangkan pada wanita kulit hitam umur 40-44 tahun beresiko 27,5 kali untuk menderita mioma uteri jika dibandingkan umur <30 tahun (OR=27,5; 95% CI:5,6-83,6) ( Parker, 2007)

b. Paritas

Lebih sering terjadi pada nullipara atau pada wanita yang relatif infertil, tetapi sampai saat ini belum diketahui apakah infertilitas menyebabkan mioma uteri atau sebaliknya mioma uteri yang menyebabkan infertilitas, atau apakah keadaan ini saling mempengaruhi. Penelitian Okezie di Nigeria terhadap 190 kasus mioma uteri, 128 (67,3%) adalah nullipara .

c. Faktor Ras dan Genetik

Pada wanita tertentu, khususnya wanita berkulit hitam, angka kejadian mioma uteri lebih tinggi. Penelitian Baird di Amerika yang dilakukan terhadap wanita kulit hitam dan wanita kulit putih menemukan bahwa wanita kulit hitam beresiko 2,9 kali menderita mioma uteri (OR=2,9; 95%CI:2,5-3,4). Terlepas dari faktor ras, kejadian mioma juga tinggi pada wanita dengan riwayat keluarga ada yang menderita mioma uteri ( Parker, 2007)

### 2.1.5 Patofisiologi Mioma Uteri

Mioma memiliki reseptor estrogen yang lebih banyak dibanding miometrium normal. Teori cellnest atau teori genitoblast membuktikan dengan pemberian estrogen ternyata menimbulkan tumor fibromatosa yang berasal dari sel imatur. Mioma uteri sebenarnya berasal dari sel miosit normal yang kemudian bermutasi somatik akibat mengalami defek kariotipe seperti kromosom 6, 7, 12, dan 14. Mioma uteri terdiri dari otot polos dan jaringan yang tersusun seperti konde diliputi pseudokapsul. Mioma uteri lebih sering ditemukan pada nulipara, faktor keturunan juga berperan. Perubahan sekunder pada mioma uteri sebagian besar bersifat degeneratif karena berkurangnya aliran darah ke mioma uteri (Chandranita, Fajar dkk, 2010).

### 2.1.6 Klasifikasi Mioma Uteri

Berdasarkan letaknya mioma uteri diklasifikasikan menjadi 3 bagian yaitu:

#### 1) Mioma Uteri Submukosum

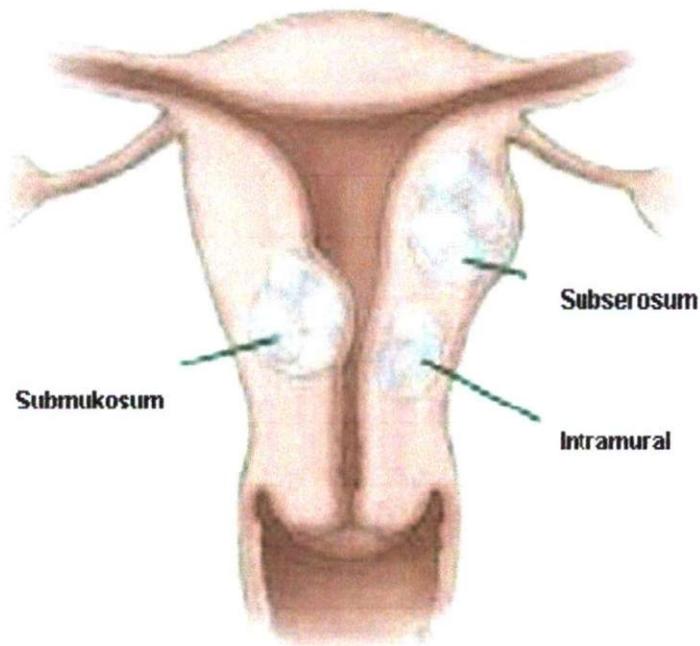
Mioma yang berada di bawah lapisan mukosa uterus/endometrium dan tumbuh ke arah kavum uteri. Hal ini menyebabkan terjadinya perubahan bentuk dan besar kavum uteri.

#### 2) Mioma Uteri Intramural

Mioma yang terdapat di dinding uterus di antara serabut miometrium. Biasanya multipel. Apabila masih kecil, tidak merubah bentuk uterus, tapi bila besar akan menyebabkan uterus berbenjol-benjol, uterus bertambah besar dan berubah bentuknya. Mioma sering tidak memberikan gejala klinis yang berarti kecuali rasa tidak enak karena adanya massa tumor di daerah perut sebelah bawah.

### 3) Mioma Uteri Subserosum

Lokasi tumor di sub serosa korpus uteri. Dapat hanya sebagai tonjolan saja, dapat pula sebagai suatu massa yang dihubungkan dengan uterus melalui tangkai. Pertumbuhan kearah lateral dapat berada dalam ligamentum latum, dan disebut sebagai mioma intraligamen. Mioma yang cukup besar akan mengisi rongga peritoneum sebagai suatu massa. Perlengketan dengan omentum di sekitarnya menyebabkan sistem peredaran darah diambil alih dari tangkai ke omentum. Akibatnya tangkai semakin mengecil dan terputus, sehingga mioma terlepas dari uterus sebagai massa tumor yang bebas dalam rongga peritoneum (Saifudin, Abdul Bari, 2010).



Gambar 2.2 Letak Mioma Uteri

Sumber: Saifudin, Abdul Bari (2010).

### 2.1.7 Gejala Mioma Uteri

Keluhan yang diakibatkan oleh mioma uteri sangat tergantung dari lokasi, arah pertumbuhan, jenis, besar dan jumlah mioma. Hanya dijumpai pada 20-50% saja mioma uteri menimbulkan keluhan, sedangkan sisanya tidak mengeluh apapun. Gejala yang ditimbulkan yaitu :

Faktor gejala	Subposisi mioma	Subposisi mioma
Besarnya	<ol style="list-style-type: none"> <li>Intramural mioma</li> <li>Servikal mioma</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><i>Discomfort</i> yaitu rasa tidak enak dibagian bawah sekitar pelvic.</li> <li>Terasa penuh karena desakan pada organ : <ul style="list-style-type: none"> <li>Gangguan defekasi atau miksi.</li> <li>Desakan ureter menimbulkan gangguan miksi.</li> <li>Desakan uretra menimbulkan retensio urin.</li> </ul> </li> <li>Karena besarnya kavum uteri makin lebar atau luas. <ul style="list-style-type: none"> <li>Menimbulkan menorrhagia, metrorrhagia, disertai gumpalan.</li> <li>Sekunder terjadi anemia dan gangguan fungsi jantung.</li> </ul> </li> <li>Gangguan kontraksi otot uterus menimbulkan perdarahan menstruasi panjang.</li> <li>Gangguan implantasi-infertilitas atau abortus.</li> </ol>
Letaknya mioma	Pada kornua tuba dekat insersio.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengganggu gerak spermatozoa, menimbulkan infertilitas.</li> <li>Tuba fallopii tertutup, menimbulkan infertilitas.</li> </ol>
	Intramural	Gangguan kontraksi menimbulkan perdarahan saat menstruasi atau post partum.
	Servikal mioma Sub mukosa Subserosa	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menimbulkan obstruktif persalinan.</li> <li>Dismenorrhea-obstruksi darah menstruasi.</li> <li>Menekan pembuluh darah permukaan kavum uteri.</li> </ol>

Sumber : (Chandranita, Fajar dkk, 2010)

### 2.1.8 Diagnosis Mioma Uteri

#### I. Anamnesis

Keluhan utama yang dikemukakan :

- a) Terasa *discomfort* atau desakan pada perut dibagian bawah.
- b) Terdapat gangguan menstruasi yaitu menorrhagia-menometrorrhagia disertai gumpalan darah, perdarahan yang berkepanjangan, dismenorrhagia.
- c) Keluhan sekunder yaitu sering mengalami abortus, persalinan prematuritas, infertilitas, dan keluhan akibat anemia.

#### II. Pemeriksaan fisik

Palpasi abdomen :

- a) Teraba tumor bagian bawah abdomen, padat, dapat mobil atau terfiksir.
- b) Konsistensi padat atau padat kenyal.

Pemeriksaan dalam :

- a) Teraba uterus membesar, mungkin berbenjol-benjol.
- b) Dapat masih mobile atau terfiksir.

#### III. Pemeriksaan penunjang

USG-transvaginal/abdominal :

- a) Tampak uterus membesar.
- b) Dapat dilakukan tambahan pemeriksa yaitu dengan CT scan untuk dikonfirmasi lebih jelas.(Chandranita, Fajar dkk, 2010)

### 2.1.9 Tatalaksana Mioma Uteri

#### I. Konservatif

Penderita dengan mioma kecil dan tanpa gejala tidak memerlukan pengobatan, tetapi harus diawasi perkembangan tumornya. Jika mioma lebih besar dari kehamilan 10-12 minggu, tumor yang berkembang cepat, terjadi torsi pada tangkai, perlu diambil tindakan operasi.

## 2. Medikamentosa

Terapi yang dapat memperkecil volume atau menghentikan pertumbuhan mioma uteri secara menetap belum tersedia pada saat ini. Terapi medikamentosa masih merupakan terapi tambahan atau terapi pengganti sementara dari operatif. Preparat yang selalu digunakan untuk terapi medikamentosa adalah analog GnRHa (*Gonadotropin Releasing Hormon Agonis*), progesteron, danazol, gestrinon, tamoksifen, goserelin, antiprostaglandin, agen-agen lain seperti gossypol dan amantadine (Verala, 2003).

## 3. Operatif

Pengobatan operatif meliputi miomektomi, histerektomi dan embolisasi arteri uterus.

- a) Miomektomi, adalah pengambilan sarang mioma saja tanpa pengangkatan uterus. Tindakan ini dapat dikerjakan misalnya pada mioma mioma submukosa pada mioma geburt dengan cara ekstirpasi lewat vagina.
- b) Histerektomi, adalah pengangkatan uterus, yang umumnya tindakan terpilih. Histerektomi total umumnya dilakukan dengan alasan mencegah akan timbulnya karsinoma servisis uteri.
- c) Embolisasi arteri uterus (*Uterin Artery Embolization / UAE*), adalah injeksi arteri uterina dengan butiran polyvinyl alkohol melalui kateter yang nantinya akan menghambat aliran darah ke mioma dan menyebabkan nekrosis. Nyeri setelah UAE lebih ringan daripada setelah pembedahan mioma dan pada UAE tidak dilakukan insisi serta waktu penyembuhannya yang cepat (Swine, 2009).

### 2.1.10 Komplikasi

a. Degenerasi ganas

Mioma uteri yang menjadi leiomyosarkoma ditemukan ditemukan hanya 0,32-0,6% dari seluruh mioma, serta merupakan 50-75% dari semua sarkoma uterus. Keganasan umumnya baru ditemukan pada pemeriksaan histologi uterus yang telah diangkat. Kecurigaan akan keganasan uterus apabila mioma uteri cepat membesar dan apabila terjadi pembesaran sarang mioma dalam menopause.

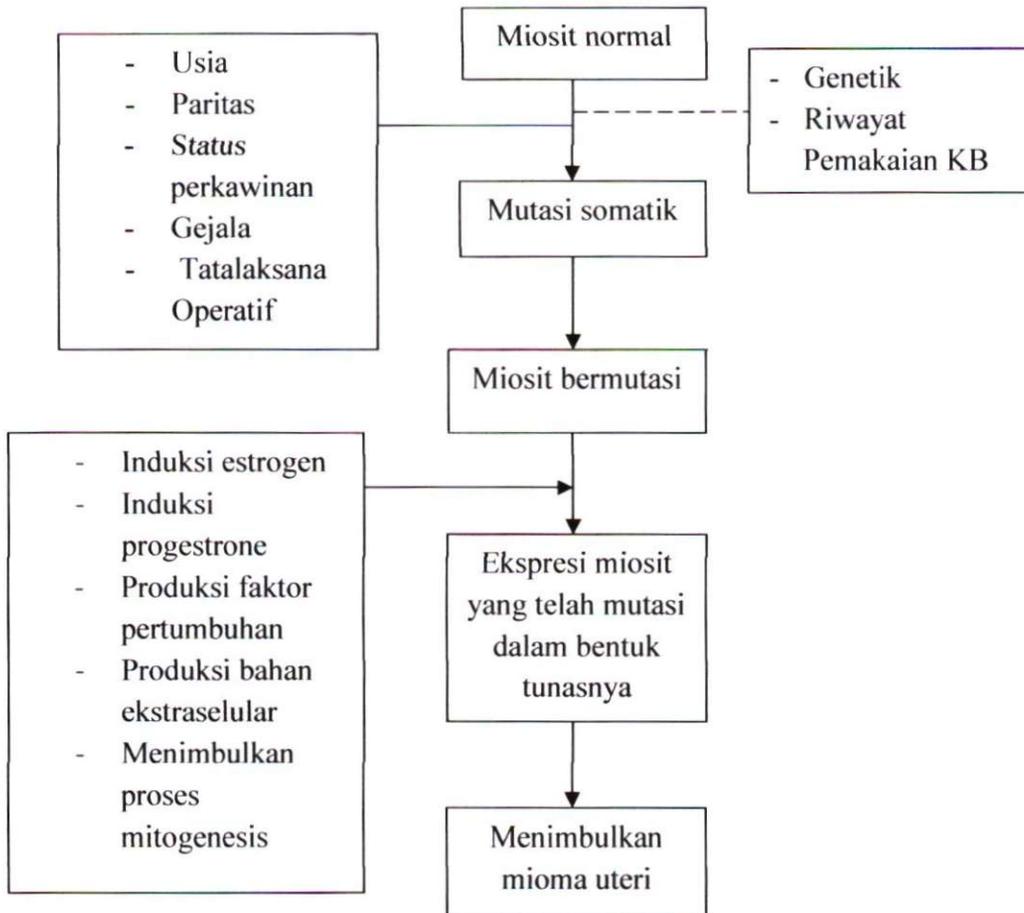
b. Torsi (putaran tangkai)

Sarang mioma yang bertangkai dapat mengalami, timbul gangguan sirkulasi akut sehingga mengalami nekrosis. Dengan demikian terjadilah sindrom abdomen akut. Jika torsi terjadi perlahan-lahan, gangguan akut tidak terjadi.

c. Nekrosis dan Infeksi

Pada mioma submukosum, yang menjadi polip, ujung tumor kadang-kadang dapat melalui kanalis servikalis dan dilahirkan di vagina. Dalam hal ini ada ada kemungkinan gangguan sirkulasi dengan akibat nekrosis dan infeksi sekunder (Prawiroharjo, 2008).

## 2.2 Kerangka Teori



Keterangan :

———— : Diteliti

----- : Tidak Diteliti

Gambar 2.3 Kerangka teori

Sumber : Parker (2007) dan Chandranita, Fajar dkk (2010).

## **BAB III**

### **Metode Penelitian**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif *cross sectional*. Karena pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan hanya dalam satu kali pertemuan (Sastroasmoro , Sudigdo & Ismael, Sofyan. 2011).

#### **3.2 Waktu dan Tempat Penelitian**

##### **3.2.1 Waktu Penelitian**

Penelitian ini lakukan pada bulan Juli 2014 sampai dengan Januari 2015.

##### **3.2.2 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Bagian Rekam Medik Obsetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

#### **3.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **3.3.1 Populasi Penelitian**

Populasi penelitian adalah semua pasien mioma uteri yang dirawat di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 – Desember 2013.

##### **3.3.2 Sampel Penelitian**

Sampel dalam penelitian ini adalah semua anggota populasi penelitian yang memenuhi kriteria inklusi.

### **3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

Kriteria inklusi dan eksklusi pada sampel, antara lain :

#### **1. Kriteria Inklusi**

Semua pasien yang menderita mioma uteri yang dirawat di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 – Desember 2013.

#### **2. Kriteria Eksklusi**

Pasien yang menderita mioma uteri dengan penyakit penyerta yaitu diabetes melitus, hipertensi, jantung, gagal ginjal.

### **3.5 Variabel Penelitian**

Karakteristik Pasien

- Usia
- Paritas
- Status perkawinan.
- Gejala
- Terapi Operatif

### 3.6 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Pengumpulan Data		Hasil	Skala
			Cara	Alat		
1.	Usia	usia penderita yang tertera direkam medik	Telaah dokumen dari rekam medik	Melihat lembar rekam medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 – 35 tahun</li> <li>• &gt; 35 tahun</li> </ul>	Skala Ordinal
2.	Paritas	Jumlah persalinan yang sudah dilalui pasien.	Telaah dokumen dari rekam medik	Melihat lembar rekam medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulipara</li> <li>• Primipara</li> <li>• Multipara</li> </ul>	Skala Ordinal
3.	Gejala	Gejala yang dirasakan Pasien.	Telaah dokumen dari rekam medik	Melihat lembar rekam medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benjolan perut bagian bawah.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya</li> <li>- Tidak</li> </ul> </li> <li>• Perdarahan               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya</li> <li>- Tidak</li> </ul> </li> <li>• Nyeri perut dan pinggang               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya</li> <li>- Tidak</li> </ul> </li> <li>• Dismenorhe               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya</li> <li>- Tidak</li> </ul> </li> </ul>	Skala Nominal

---

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan Defekasi               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya</li> <li>- Tidak</li> </ul> </li> <li>• Gangguan Miksi               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya</li> <li>- Tidak</li> </ul> </li> <li>• Infertilitas               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya</li> <li>- Tidak</li> </ul> </li> </ul>	
4.	Status perkawinan	Status perkawinan Pasien yang menderita mioma uteri	Telaah dokumen dari rekam medik	Melihat lembar rekam medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kawin</li> <li>• Belum kawin</li> </ul>	Skala Nominal
5.	Terapi Operatif	Tatalaksana operatif pada penderita mioma uteri	Telaah dokumen dari rekam medik	Melihat lembar rekam medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histerektomi               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya</li> <li>- Tidak</li> </ul> </li> <li>• Miomektomi               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya</li> <li>- Tidak</li> </ul> </li> </ul>	Skala Nominal

---

### 3.7 Cara Kerja / Cara Pengumpulan Data

Data penelitian ini menggunakan data sekunder yaitu berupa data rekam medik pada pasien yang menderita mioma uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 – Desember 2013.

### 3.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data

#### 3.8.1 Cara Pengolahan Data

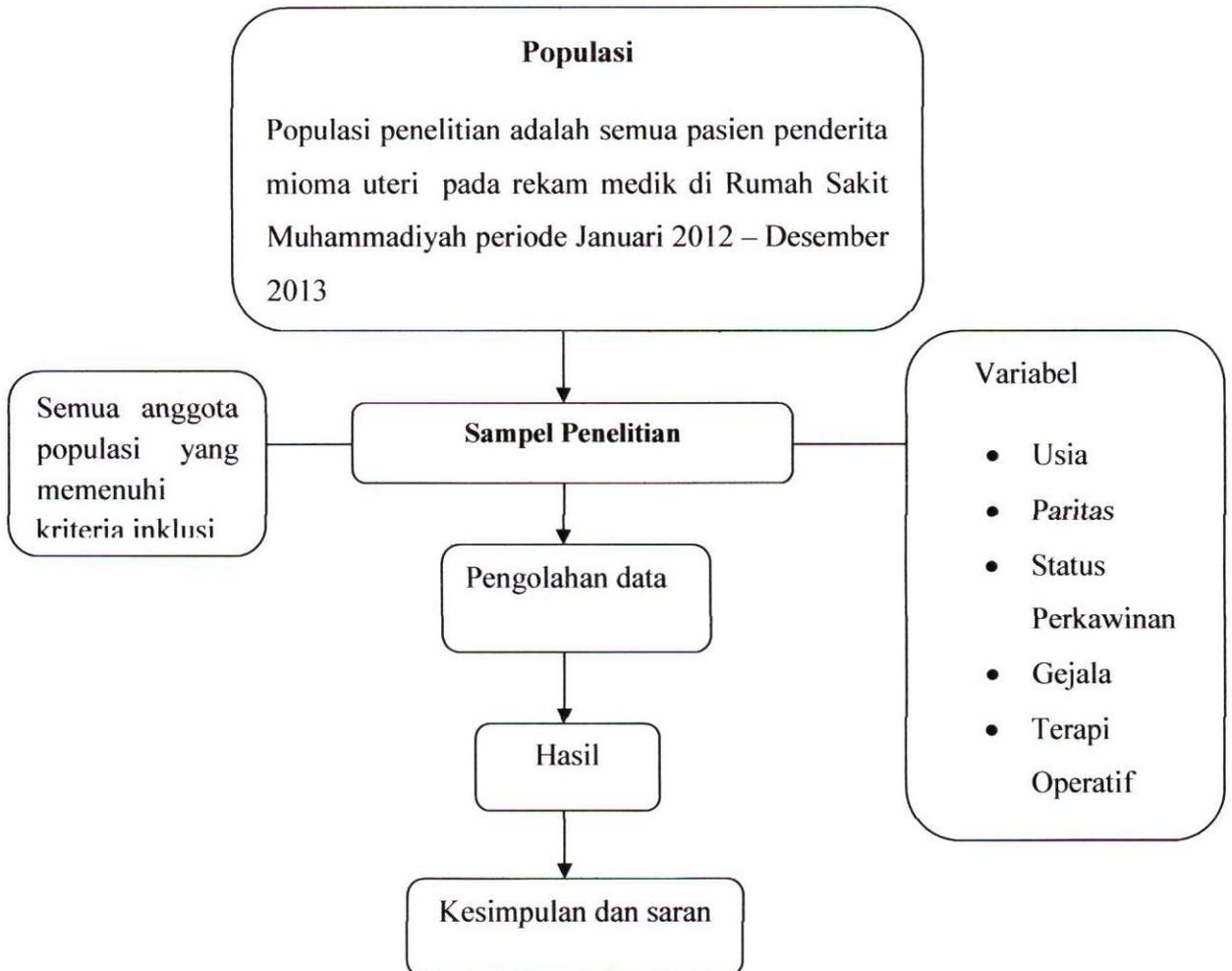
Adapun cara dalam pengolahan data yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. *Collecting*, yaitu: mengumpulkan rekam medik pasien yang menderita mioma uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 - Desember 2013.
- b. *Processing*, yaitu: proses agar data dapat dianalisis dengan cara *entry* (memasukkan data dari lembar observasi ke dalam tabulasi).
- c. *Cleaning*, yaitu: pengecekan kembali data yang sudah di *entry* masih terdapat kesalahan atau tidak.
- d. *Tabulating*, yaitu: menyajikan data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi dari variabel yang diteliti.

#### 3.8.2 Analisis Data

Data yang diperoleh dari rekam medik selama penelitian dikelompokkan berdasarkan variabel penelitian kemudian dipindahkan kedalam lembar observasi. Kemudian hasil pengelompokkan data disajikan dengan tabulasi (*one way table*) dan di narasi.

### 3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

Hasil penelitian deskriptif *cross sectional* dari data rekam medik penderita mioma uteri di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2012 – Desember 2013 didapatkan 112 penderita mioma uteri. Berikut adalah hasil penelitian yang dilakukan dan ditampilkan dengan tabel distribusi frekuensi.

##### 4.1.1 Hasil Analisis Univariat

###### A. Karakteristik Mioma Uteri Menurut Usia Penderita

Jumlah kasus mioma uteri menurut usia penderita dari 112 sampel dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 4.1 Jumlah Kasus Mioma Uteri Berdasarkan Usia Penderita di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 – Desember 2013**

Usia penderita (tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
20 – 35	23	20,5
>35 tahun	89	79,5
Total	112	100

Dari tabel 4.1 diatas dapat dilihat penderita mioma uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2012 – Desember 2013 terbanyak terdapat pada kelompok usia (>35 tahun) yaitu sebanyak 89 orang (79,5 %), pada kelompok usia (20 – 35 tahun) yaitu 23 orang (20,5 %).

## B. Karakteristik Mioma Uteri Menurut Jumlah paritas

Jumlah kasus mioma uteri menurut paritas penderita dari 112 sampel dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 4.2 Jumlah Kasus Penderita Mioma Uteri Berdasarkan Jumlah Paritas di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 – Desember 2013**

Jumlah Paritas	Frekuensi	Persentase (%)
Nulipara	65	58,0
Primipara	16	14,3
Multipara	31	27,7
Total	112	100

Dari tabel 4.2 diatas dapat dilihat penderita mioma uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2012 – Desember 2013 terbanyak terdapat pada kelompok paritas nulipara sebanyak 65 orang (58,0%), kemudian kelompok multipara sebanyak 31 orang (27,7%), dan kelompok primipara hanya 16 orang (14,3%).

### C. Karakteristik Mioma Uteri Menurut Status Perkawinan

Jumlah kasus mioma uteri berdasarkan status perkawinan dari 112 sampel dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 4.3      Jumlah Kasus Penderita Mioma Uteri Berdasarkan Status Perkawinan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 – Desember 2013**

Status Perkawinan	Frekuensi	Persentase (%)
Kawin	91	81,2
Belum kawin	21	18,8
Total	112	100

Dari tabel 4.3 diatas dapat dilihat penderita mioma uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2012 – Desember 2013 terbanyak berdasarkan status perkawinan yang telah kawin yaitu 91 orang (81,2%), sedangkan yang belum kawin sebanyak 21 orang (18,8%).

#### D. Karakteristik Mioma Uteri Menurut Gejala

Jumlah kasus mioma uteri berdasarkan gejala dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 4.5 Jumlah Kasus Penderita Mioma Uteri Berdasarkan Gejala di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 – Desember 2013**

Gejala	Frekuensi	Persentase (%)
Benjolan perut bagian bawah	58	51,8
Perdarahan	27	24,1
Nyeri perut dan pinggang	20	17,9
Dismenorhea	4	3,6
Infertilitas	3	2,7
Total	112	100

Dari tabel 4.5 di atas dapat diketahui gejala terbanyak penderita mioma uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2012 – Desember 2013 adalah benjolan perut bagian bawah yaitu 58 orang (51,8%), perdarahan 27 orang (24,1%), nyeri perut dan pinggang 20 orang (17,9%), dismenorhea 4 orang (3,6%), dan infertilitas 3 orang (2,7%), serta tidak ditemukannya gejala gangguan defekasi dan miksi.

### E. Karakteristik Mioma Uteri Menurut Terapi Operatif Yang Diberikan

Jumlah kasus mioma uteri berdasarkan terapi pada penderita dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 4.4 Jumlah Kasus Penderita Mioma Uteri Berdasarkan Terapi Operatif di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 – Desember 2013**

Terapi Operatif	Frekuensi	Persentase (%)
Histerektomi	60	53,6
Miomektomi	52	46,4
Total	112	100

Berdasarkan tabel 4.4 di atas dapat diketahui terapi operatif penderita mioma uteri yang diberikan oleh Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2012 – Desember 2013 terbanyak adalah histerektomi yaitu 60 orang (53,6%), kemudian miomektomi sebanyak 52 orang (46,6%).

## 4.2 Pembahasan

Berdasarkan penelitian deskriptif *cross sectional* terhadap data rekam medik penderita mioma uteri di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2012 – Desember 2013 didapatkan 112 penderita mioma uteri.

### 4.2.1 Berdasarkan Usia

Jumlah kasus terbanyak terdapat pada kelompok usia (> 35 tahun) yaitu sebanyak 89 orang (79,5 %), pada kelompok usia (20–35 tahun) yaitu 23 orang (20,5 %). Hasil ini sesuai dengan penelitian serupa yang dilakukan oleh Evita Wati tahun 2014 di RSUD DR. Sudarso Kalimantan Barat mendapatkan usia terbanyak yang menderita mioma uteri adalah >35 tahun dengan persentase sebanyak (77,8%). Hal ini disebabkan karena pertumbuhan dan perkembangan mioma uteri dipengaruhi oleh stimulasi hormon estrogen yang disekresikan oleh ovarium. Pada usia sebelum *menarche* kadar estrogen rendah, dan meningkat pada usia reproduksi serta akan turun pada usia menopause. Pada umumnya mioma uteri jarang timbul sebelum *menarche* dan sesudah menopause, tumbuh dengan lambat serta sering dideteksi secara klinis pada kehidupan dekade keempat. Ada beberapa alasan yang mendasari peningkatan jumlah mioma uteri yang terdiagnosis pada usia >40 tahun antara lain karena peningkatan pertumbuhan atau peningkatan gejala yang dirasakan dari mioma yang telah ada jauh sebelum gejala tersebut dirasakan oleh penderita. Selain itu, pada usia ini kesediaan penderita untuk datang ke pusat pelayanan kesehatan untuk menjalani prosedur pembedahan ginekologi lebih besar sehingga mioma uteri ini dapat terdiagnosis (Marquard, 2008 dalam Kurniawati 2010).

#### **4.2.2 Berdasarkan Paritas**

Berdasarkan data rekam medik kasus mioma uteri terbanyak terdapat pada kelompok paritas nulipara sebanyak 65 orang (58,0%), kemudian kelompok multipara sebanyak 31 orang (27,7%), dan kelompok primipara hanya 16 orang (14,3%). Hasil ini sejalan dengan penelitian serupa yang dilakukan oleh Tri Kurniasari 2010 di RSUD DR. Moewardi Surakarta mendapatkan paritas terbanyak yaitu nulipara sebesar 24,56%. Hal ini karena kejadian mioma uteri lebih sering wanita nulipara, ditemui salah satunya diduga karena sekresi estrogen wanita hamil sifatnya sangat berbeda dari sekresi oleh ovarium pada wanita yang tidak hamil yaitu hampir seluruhnya estriol, suatu estrogen yang relatif lemah dari pada estradiol yang disekresikan ovarium. Hal ini berbeda dengan wanita yang tidak pernah hamil atau melahirkan, estrogen yang ada di tubuhnya adalah murni estrogen yang dihasilkan oleh ovarium semuanya digunakan untuk proliferasi jaringan uterus (Guyton, 2001). Belum diketahui secara pasti, tetapi asalnya disangka dari sel-sel otot yang belum matang. Disangka bahwa esterogen mempunyai peranan penting, tetapi dengan teori ini sukar diterangkan apa sebabnya pada seorang wanita nulipara ( Mansjoer, Arif, 2010).

#### **4.2.3 Berdasarkan Status Perkawinan**

Menurut status perkawinan terbanyak berdasarkan status perkawinan yang telah kawin yaitu 91 orang (81,2%), sedangkan yang belum kawin sebanyak 21 orang (18,8%). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ligia Flavia 2012 mendapatkan pasien yang telah menikah yang mengalami mioma sebanyak (30,8%). Menurut Olatinwo 2000 menyatakan bahwa status perkawinan tidak mempengaruhi dengan kejadian mioma uteri.

#### 4.2.4 Berdasarkan Gejala

Untuk gejala yang dirasakan pasien berbeda-beda pada tiap penderita tergantung pada lokasi, ukuran, jenis, dan adanya kehamilan. pada penelitian ini gejala yang terbanyak adalah Benjolan perut bagian bawah yaitu 58 orang (51,8%), perdarahan 27 orang (24,1%), nyeri perut dan pinggang 20 orang (17,9%), dismenorhea 4 orang (3,6%), dan infertilitas 3 orang (2,7%), serta tidak ditemukannya gejala gangguan defekasi dan miksi. Hasil ini sesuai dengan penelitian serupa yang dilakukan oleh Evita Wati tahun 2014 DR. Sudarso Kalimantan Barat mendapatkan gejala yang paling banyak adalah benjolan perut bagian bawah yaitu dengan persentase (57,2%). Dalam hal ini benjolan pada perut bagian bawah menyebabkan gangguan miksi dan desakan uretra sehingga menimbulkan retensio urin sedangkan perdarahan dapat menyebabkan anemia defisiensi Fe. Perdarahan abnormal ini disebabkan karena bertambahnya area permukaan dari endometrium yang menyebabkan gangguan kontraksi otot rahim, distorsi dan kongesti dari pembuluh darah disekitarnya dan ulserasi dari lapisan endometrium. Sebesar 27-40% wanita dengan mioma uteri mengalami infertilitas. Infertilitas dapat terjadi apabila sarang mioma menutup atau menekan pars interstisialis tuba (Prawirohardjo,2008). Mioma diserviks atau segmen bawah rahim dapat menghambat pertemuan sperma dan sel telur sehingga bakal janin akan susah tumbuh, menghambat persalinan dan dapat pula disangka kepala janin. Mioma dapat mengganggu kontraksi ritmik uterus yang sebenarnya diperlukan untuk motilitas sperma dalam uterus. Gangguan implantasi embrio dapat terjadi atrofi karena kompresi masa tumor (Cunningham et al, 2006). Perdarahan kontinyu pada pasien dengan mioma submukosa dapat menghalangi implantasi. Dapat meningkatkan insiden abortus berulang, kelahiran premature pada pasien mioma uteri (Chandranita, Fajar dkk, 2010).

#### 4.2.5 Berdasarkan penatalaksanaan Operatif

Berdasarkan penatalaksanaan operatif yang diberikan paling banyak dilakukan histerektomi yaitu 60 orang (53,6%) pada usia diatas 40 tahun atau pada pasien yang tidak ingin memiliki keturunan dan mengalami keluhan yang berat seperti perdarahan yang berlebihan dan penekanan oleh massa tumor, kemudian miomektomi sebanyak 52 orang (46,6%) pada usia diatas 20 tahun, wanita yang telah melakukan miomektomi kemungkinan untuk hamil lagi sebesar 30-50% (Prawirohardjo, 2008). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Tri Kurniasari 2010 di RSUD DR. Moewardi Surakarta mendapatkan terapi yang terbanyak adalah histerektomi dengan persentase (65,79%). Hal ini dilakukan penanganan operatif apabila ukuran tumor lebih besar daripada ukuran uterus, pertumbuhan tumor yang cepat, mioma dengan tangkai dan torsi, bila menjadi penyulit pada kehamilan berikutnya, hipermenorea, dan penekanan organ sekitarnya. Histerektomi merupakan penatalaksanaan pilihan pada wanita tua, wanita yang tidak ingin memiliki keturunan lagi dan pasien yang mengalami perdarahan haid berlebihan atau gejala penekanan oleh massa tumor. Menurut (Faisal, Yatim, 2005) pengobatan mioma uteri adalah sering kali perempuan yang tidak mengharapkan kehamilan lagi minta operasi pengangkatan rahim (histerektomi). Tetapi, kadang-kadang apabila perempuan menolak dilakukan histerektomi, maka bisa memilih dilakukan operasi pengangkatan mioma (miomektomi). Kedua operasi yaitu histerektomi dan miomektomi adalah termasuk operasi besar. Dengan demikian, kedua operasi ini membutuhkan perawatan di rumah sakit selama 3-5 hari dan meninggalkan jaringan parut luka pada dinding perut. Penatalaksanaan juga dapat dengan cara medikamentosa tetapi pada penelitian ini ditemukan penatalaksanaan operatif. Untuk medikamentosa

diberikan adalah analog GnRH $\alpha$  (*Gonadotropin Releasing Hormon Agonis*), serta progesteron (Verela, 2003).

#### **4.3 Keterbatasan Penelitian**

1. Data rekam medik yang kurang lengkap
2. Adanya keterbatasan waktu pengambilan data karena jadwal kuliah peneliti dan jadwal di tempat penelitian di waktu bersamaan.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan penelitian terhadap 112 responden di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2012 – Desember 2013, maka dapat disimpulkan :

1. Berdasarkan data rekam medik penderita mioma uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang sebanyak 112 orang.
2. Berdasarkan usia kasus mioma uteri terbanyak terdapat pada kelompok usia (> 35 tahun ) yaitu sebanyak 89 orang ( 79,5 %).
3. Berdasarkan paritas kasus mioma uteri terbanyak pada wanita nulipara 65 orang (58,0%)
4. Berdasarkan status perkawinan kasus mioma uteri terbanyak adalah wanita yang telah menikah yaitu 91 orang (81,2%).
5. Benjolan perut bagian bawah dan perdarahan adalah gejala yang paling banyak ditemukan yaitu masing – masing sebesar 58 orang (51,8%) dan 27 orang (24,1%).
6. Terapi operatif terbanyak yaitu histerektomi dilakukan 60 orang (53,6%) dan miomektomi sebanyak 52 orang (46,6%).

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Untuk Instansi Kesehatan dan Petugas Kesehatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi dan wawasan baru bagi para petugas kesehatan sebagai upaya promotif untuk menangani kasus mioma uteri.

### **5.2.2 Untuk Penelitian Selanjutnya**

Penelitian selanjutnya diharapkan melakukan penelitian untuk mengetahui lamanya pemakaian KB dengan terjadinya mioma uteri, kemudian dilanjutkan sampai kebagian patologi anatomi untuk mengetahui jenis mioma.

### **5.2.3 Untuk Masyarakat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi bagi masyarakat agar masyarakat mengetahui gejala dan dampak dari mioma uteri.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achadiat, M. Chrisdiono. 2004. *Dinamika Etika dan Hukum Kedokteran Dalam Tantangan Zaman*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Bailliere. 2006. *The Epidemiology of Uterin Leiomyoma*.  
(<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/15576.pdf>, Diakses 24 Agustus 2014)
- Baziad A. 2003. *Endokrinologi Ginekologi*. Jakarta: Media Aesculapius. Hal. 151-157.
- Chandranita, Fajar dkk. 2010. *Buku Ajar Penuntun Kuliah Ginekologi*. Jakarta; CV.Trans Info Media. Hal. 318 – 327.
- Cunningham, F, G. 2006. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. UU RI No.23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan. Depkes RI; 1992.
- Djuwantono T. 2004. *Terapi GnRH agonis sebelum histerektomi Mioma*:  
Farmacia 3:38-41.
- Flavia, Ligia. 2012. *Epidemiological factors Associated with Uterine Fibroids*.  
(<http://ubibliorum.ubi.pt/btstream.tese.ligiabarbosa.pdf>. Diakses 22 juli 2016)
- Guyton AC. 2002. *Fisiologi Manusia*. Jakarta: EGC.
- Kurniasari, Tri. 2010. *Karakteristik Mioma Uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. (<http://eprints.uns.ac.id/4595/view>. Diakses tanggal 4 agustus 2014)
- Mansjoer, Alif. 2010. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius

- Parker, W.H. 2007. *Etiology, Symptomatology and Diagnosis of Uterine Myomas*. Department of Obstetrics and Gynecology UCLA School of Medicine. California: American Society for Reproductive Medicine. Hal. 725 – 733.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 749a/MenKes/Per/XII/1989 tentang rekam medis/Medical Record
- Prawihardjo, S. 2008. *Ilmu Kebidanan; “ Mioma Uteri “*. Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo. Jakarta. Indonesia. Hal. 891-894
- Saifudin, Abdul Bari. 2010. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawihardjo*. Ed. 4. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo. Hal. 891 – 894.
- Sarake, Mukhsen. 2008. *Buku Ajar Rekam Medis*. Jakarta: Presindo. Hal. 22 – 28.
- Sastroasmoro , Sudigdo & Ismael, Sofyan. 2011. *Dasar – dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Ed. 4. Jakarta: Sagung Seto. Hal. 13 - 130
- Snell, Richard S. 2006. *Anatomi Klinik Mahasiswa Kedokteran*. Ed. 6. Jakarta: EGC
- Swine, Smith. 2009. *Uterine fibroids*. ([http://www.emedicinehealth.com/uterine\\_fibroids/article\\_em.htm](http://www.emedicinehealth.com/uterine_fibroids/article_em.htm)Fibroids%20overview. Diakses tanggal 27 agustus 2014).
- Verala J, Luo X, Xu J, William RS. 2003. *Gen expression profile of leiomyoma*. (<http://www.jurnal.unimus.ac.id/index.php/kedokteran/article/view/741/795>, Diakses 25 agustus 2014).
- Wati, Evita. 2014. *Hubungan Karakteristik Pasien Terhadap Mioma Uteri di Rumah Sakit Umum Daerah Sudarso Kalimantan Barat*. (<http://jurnal.untan.ac.id/index.php/jfk/article/view/6335>, diakses 14 juni 2016)
- Wiknjastro H *et al.*,. 2005. *Ilmu Kandungan Edisi Kedua*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka. Hal. 338-384.

Yatim, Faisal. 2005. *Penatalaksanaan Mioma Uteri*. Jakarta. Pustaka Populer  
Obor.

### Lampiran 1. Data Pasien

Data Rekam Medik Pasien Mioma Uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang  
Periode Januari 2012 – Desember 2013.

No	Usia	Status perkawinan	Paritas	Gejala	Tatalaksana Operatif
1.	46 tahun	kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
2.	43 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
3.	59 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
4.	43 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
5.	46 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
6.	30 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Perdarahan	Miomektomi
7.	43 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Miomektomi
8.	45 tahun	Kawin	Nulipara	Infertilitas	Miomektomi
9.	46 tahun	Kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
10.	42 tahun	Kawin	Primipara	perdarahan	Histerektomi
11.	43 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
12.	48 tahun	kawin	Nulipara	Perdarahan	Histerektomi
13.	32 tahun	Kawin	Multipara	Perdarahan	Miomektomi

14.	40 tahun	Kawin	Primipara	Nyeri perut dan pinggang	Histerektomi
15.	45 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Histerektomi
16.	33 tahun	Tidak kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
17.	42 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
18.	39 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
19.	43 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
20.	38 tahun	Tidak kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
21.	51 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
22.	48 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
23.	36 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
24.	45 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
25.	44 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
26.	27 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
27.	42 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
28.	34 tahun	Kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
29.	43 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi

30.	47 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
31.	37 tahun	Tidak kawin	Nulipara	dismenorhea	Miomektomi
32.	52 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
33.	51 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
34.	52 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
35.	42 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
36.	40 tahun	Kawin	Nulipara	Infertilitas	Miomektomi
37.	34 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
38.	45 tahun	Kawin	Multipara	dismenorhea	Histerektomi
39.	42 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
40.	34 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
41.	32 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Miomektomi
42.	54 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
43.	42 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
44.	34 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
45.	33 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Miomektomi
46.	27 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
47.	42 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi

48.	46 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
49.	46 tahun	Kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
50.	34 tahun	Tidak kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
51.	41 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
52.	43 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
53.	47 tahun	Kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
54.	27 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
55.	34 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
56.	34 tahun	Kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
57.	30 tahun	Kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
58.	50 tahun	Kawin	Nulipara	dismenorhea	Miomektomi
59.	24 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
60.	29 tahun	Kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
61.	49 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
62.	44 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi

63.	51 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
64.	48 tahun	Kawin	Nulipara	dismenorhea	Miomektomi
65.	38 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
66.	36 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
67.	46 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
68.	36 tahun	Kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
69.	47 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
70.	36 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
71.	41 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
72.	36 tahun	Kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
73.	47 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
74.	57 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
75.	49 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
76.	31 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
77.	46 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi

78.	45 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
79.	42 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
80.	41 tahun	Kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
81.	50 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
82.	48 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
83.	49 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Histerektomi
84.	32 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
85.	41 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
86.	46 tahun	Kawin	Multipara	Nyeri perut dan pinggang	Histerektomi
87.	36 tahun	Kawin	Nulipara	Nyeri perut dan pinggang	Miomektomi
88.	47 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
89.	48 tahun	Kawin	Primipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
90.	48 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
91.	43 tahun	Tidak kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
92.	34 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Miomektomi

93.	43 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Perdarahan	Miomektomi
94.	34 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Miomektomi
95.	38 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
96.	33 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
97.	44 tahun	Tidak kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
98.	37 tahun	Kawin	Primipara	perdarahan	Miomektomi
99.	54 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
100.	41 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
101.	45 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
102.	58 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
103.	51 tahun	Kawin	Multipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
104.	38 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
105.	42 tahun	Kawin	Nulipara	Infertilitas	Miomektomi
106.	37 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
107.	54 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi
108.	43 tahun	Kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histerektomi

109.	37 tahun	Tidak kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
110.	34 tahun	Kawin	Nulipara	perdarahan	Miomektomi
111.	48 tahun	Tidak kawin	Primipara	perdarahan	Miomektomi
112.	50 tahun	kawin	Nulipara	Benjolan perut bagian bawah	Histrektomi

**Lampiran 2. Hasil SPSS****usia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20 - 35 tahun	23	20.5	20.5	20.5
> 35 tahun	89	79.5	79.5	100.0
Total	112	100.0	100.0	

**paritas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nulipara	66	58.9	58.9	58.9
primigravida	16	14.3	14.3	73.2
multigravida	30	26.8	26.8	100.0
Total	112	100.0	100.0	

**Status Perkawinan**

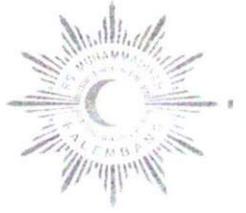
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kawin	91	81.2	81.2	81.2
belum kawin	21	18.8	18.8	100.0
Total	112	100.0	100.0	

**gejala**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid benjolan perut bagian bawah	58	51.8	51.8	51.8
perdarahan	27	24.1	24.1	75.9
nyeri perut dan pinggang	20	17.9	17.9	93.8
dismenorea	4	3.6	3.6	97.3
infertilitas	3	2.7	2.7	100.0
Total	112	100.0	100.0	

**terapi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid histerektomi	60	53.6	53.6	53.6
miomektomi	52	46.4	46.4	100.0
Total	112	100.0	100.0	



No : 1235 /I-3/RSMP/VIII/2014  
Lamp : -  
Hal : Izin Pengambilan Data

Palembang, 3 Dzulqa'dah 1435 H  
29 Agustus 2014 M

Kepada Yth,  
Dekan Fakultas Kedokteran Univ. Muhammadiyah  
Di Palembang

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Menindaklanjuti surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang tanggal 5 Agustus 2014 No : 841.D/I-13/FK-UMP/VIII/2014 tentang izin Pengambilan Data bagi Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang di RS.Muhammadiyah Palembang yang bernama : Suci Lestari, NIM : 70 2011 031, dengan ini kami sampaikan bahwa kami mengizinkan kegiatan dimaksud dengan ketentuan sbb :

1. Mahasiswa yang bersangkutan mematuhi peraturan dan ketentuan yang berlaku di RS Muhammadiyah Palembang
2. Data yang diperoleh hanya kepentingan ilmiah dan tidak akan dipublikasikan/disebarluaskan tanpa izin dari RS.Muhammadiyah Palembang
3. Hal-hal lain dapat berkoordinasi langsung ke Bagian Diklat RS.Muhammadiyah Palembang

Demikian hal ini kami sampaikan ,atas perhatian diucapkan terima kasih

Nasrunminallah Wafathun Qarib  
Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Direktur,

**dr. Pangestu Widodo.,MARS**  
NBP. 08.67.0307

## **SURAT KETERANGAN**

No: 650 /KET/D-3/RSMP/XII/2014

*Assalamu'alaikum Wr. Wb*

Menindaklanjuti surat dari Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Nomor : 1965/I-13/FK-Ump/X/2014 tanggal 20 Oktober 2014 perihal Permohonan Izin Penelitian.

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Suci Lestari  
NIM : 702011031  
Jurusan : Ilmu Kedokteran  
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Palembang

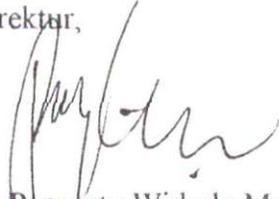
Benar telah melakukan Penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari tanggal 20 - 21 November 2014 dengan judul Penelitian " Karakteristik Penderita Mioma Uteri di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 – 31 Desember 2013.

Demikianlah surat keterangan ini dibuat sebenar-benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

*Nasrunminallah Wafathun Qarib  
Wassalamu'alaikum Wr. Wr*

Palembang, 02 RabiulAwwal 1436 H  
24 Desember 2014 M

Direktor,

  
dr. Pangestu Widodo, MARS  
NBP. 08.67.0307



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

MAHASISWA : Suci Lestari

: 702011031

PEMBIMBING I : dr. Retih pratiwi. SP. OG

PEMBIMBING II : dr. putri Rizki amalia b...  
b...

SKRIPSI : Karak feristik penderita mioma uteri di Rumah sakit muhammadiyah Palembang Periode Januari 2012 - Desember 2013

GL/BL/TH ONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
		I	II	
- 6 - 2016	BAB IV		✓ Pu	
- 6 - 2016	BAB IV dan V		✓ Pu	
- 6 - 2016	Revisi Bab IV & V		✓ Pu	
- 8 - 2016	Bab IV dan V	✓ Pu		
- 8 - 2016	Revisi Bab IV & Bab V, Abstrak	✓ Pu		
- 8 - 2016	BAB IV dan Bab V Revisi		✓ Pu	
8 - 2016	Abstrak		✓ Pu	
8 - 2016	ACC	✓ Pu		
8 - 2016	ACC		✓ Pu	

IN :

Dikeluarkan di : Palembang  
Pada tanggal : 18 / 08 / 2016

a.n. Dekan  
Ketua UPK



dr. Nyayu Fitriani

## BIODATA

Nama : Suci Lestari  
Tempat Tanggal Lahir: Sungsang, 13 Februari 1994  
Alamat : Jl. Ahmad yani Lr. Banten II Plaju.  
Telp/Hp : 089609321465  
Email : sucilestari\_2011@yahoo.com  
Agama : Islam  
Nama Orang Tua  
Ayah : H. Zainudin  
Ibu : Hj. Maryani  
Jumlah Saudara : 3 orang  
Anak Ke : 4  
Riwayat Pendidikan : SD Negeri 2 Banyuasin II 1999-2005  
SMP Negeri 1 Banyuasin II 2005-2008  
SMA Negeri 1 Banyuasin II 2008-2011  
Fakultas Kedokteran UMP 2011-Sekarang



Palembang, Agustus 2016



Suci Lestari