

MAJALAH OBGIN EMAS

ISSN 2085-6431

Tahun V, Volume 1, Nomor 15, Januari – April 2014

DAFTAR ISI

ARTIKEL PENELITIAN

Penggunaan Selaput Amnion Segar Pada Insisi Luka Operasi Seksio Sesarea Syahredi SA, <u>Ni Made Indri</u> , Hafni Bachtiar	1 – 8
Perbedaan Jumlah Hitung Folikel Antral Pada Pengguna Kontrasepsi Hormonal Dan Non Hormonal Di Rumah Sakit Dr. M Djamil Padang Putri Sri Lasmini, <u>Irmiya Rachmiyani</u> , Rizanda Machmud	9 – 14
Faktor Resiko Individual Pada Preeklampsia Pada Rsup Dr M Djamil Padang Yusrawati, <u>Nicko Pisceski Kusika Saputra</u> , Rizanda Machmud	15 – 22
Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Sikap Bidan Mengenai Teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) Dalam Skrining Kanker Serviks Di Puskesmas Kota Padang Pelsi Sulaini, <u>Novendra</u> , Edison	23 – 28
Keefektifan Misoprostol Peroral Sebagai Pematangan Serviks Pada Ketuban Pecah Dini Kehamilan Aterm Dengan Skor Bishop \leq 4 Di Padang Joserizal Serudji, <u>Ranni Fistri Khaisari</u> , Erkadius	29 – 32
Septum Vagina Transversa <u>Ibnu Sina</u> , Bobby Indra Utama, Ermawati	33 – 38

PENGGUNAAN SELAPUT AMNION SEGAR PADA INSISI LUKA OPERASI SEKSIO SESAREA

The use of Fresh Amnion Membranes on Scar Incision of Caesarean Section

Syahredi SA, Ni Made Indri, Hafni Bachtiar
Bagian Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang

Abstrak

Beberapa tahun terakhir angka kejadian seksio sesarea meningkat di dunia, tidak terkecuali Indonesia. Salah satu cara penanganan luka bias adalah melalui *dressing* biologis maupun sintetik dimana saat ini amnion telah sering digunakan sebagai *dressing* biologis. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh penggunaan selaput amnion segar pada insisi luka operasi seksio sesarea dibandingkan dengan insisi luka operasi seksio sesarea yang menggunakan kassa yang ditutup dengan perban biasa dan difiksasi dengan plester di RS. Dr. Reksodiwiryo Padang. Penelitian eksperimental dengan rancangan *Post test with control group design*. Pemilihan sampel dilakukan secara *consecutive sampling* menggunakan rumus uji beda dua rata-rata didapatkan sampel sebesar 72 orang untuk masing-masing kelompok. Analisis yang digunakan meliputi analisis univariat dan bivariat. Didapatkan rata-rata waktu penyembuhan luka terdapat perbedaan yang sangat bermakna secara statistik (nilai $p < 0,05$) pada kelompok perlakuan dan kontrol. Terdapat perbedaan yang sangat bermakna pada proporsi infeksi lokal pada hari ke-3 antara perlakuan dan kelompok kontrol ($p < 0,05$). Terdapat perbedaan yang sangat bermakna pada proporsi reaksi alergi lokal pada hari ke-3 dan 5 antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($p < 0,05$.) Terdapat perbedaan yang bermakna ditinjau dari biaya rawatan per hari antara kelompok perlakuan dan kontrol ($p < 0,05$). Dari penelitian ini rata-rata waktu penyembuhan luka mempunyai perbedaan yang sangat bermakna.

Kata Kunci : Selaput Amnion Segar, Luka Operasi Seksio Sesarea, Penyembuhan Luka

Abstract

In the last few decades, the incidence of caesarean section is increasing in the world, especially in Indonesia. One of the way to treat tissue scar is through biologic and synthetic dressing where nowadays, amnion has been used as biologic dressing frequently. This study was conducted to determine the effect of the use of fresh amniotic membrane on wound incision Caesarean section compared with Caesarean section incision wound covered using regular gauze bandages and fixated with plaster in RS. Dr. Reksodiwiryo Padang. The design of this study is an experimental study with Post test design with control group design. Sampling was done using a formula consecutive sampling two different test samples obtained an average of 72 people for each group. The analysis used include univariate and bivariate analyzes. The average wound healing time the difference was statistically significant (p value < 0.05) in the treatment and control groups. There was highly significant difference in the proportion of local infection on day 3 between the treatment and control groups (p value < 0.05). There were very significant differences in the proportion of local allergic reactions at day 3, and 5 between the treatment and control group (p < 0.05). There are significant differences in terms of the cost of care per day between treatment and control groups (p < 0.05). From this study, the average wound healing time has a very significant difference.

Keywords : Fresh Amniotic Membrane, Wound Cesarean Section, Wound Healing

Koresponden: Ni Made Indri, Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RSUP Dr. M. Djamil Padang.

PENDAHULUAN

Beberapa tahun terakhir ini angka kejadian seksio sesarea meningkat di dunia, tidak terkecuali Indonesia. Tuntutan tersebut disebabkan peningkatan kualitas manajemen seksio sesarea, sehingga memperkecil risiko komplikasi yang mengancam kehidupan ibu dan bayinya, yang dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal.¹

Angka kejadian seksio sesarea di Amerika Serikat pada tahun 1965 adalah sekitar 4,5%, terjadi peningkatan pada tahun 2010 dimana angka kejadian seksio sesarea adalah sebesar 32,8 % yang berarti 1 dari 3 ibu sekarang melakukan persalinan secara seksio sesarea.¹

Berdasarkan data rekam medis RSUP Dr. M Djamil Padang, angka tindakan seksio sesarea pada tahun 2010 tercatat 473 kasus, tahun 2011 sebanyak 527 kasus dan tahun 2012 terdapat 661 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa tren seksio sesarea semakin meningkat di RSUP Dr. M Djamil Padang.

Persalinan dengan pembedahan mempunyai risiko dan komplikasi pasca bedah yaitu perdarahan dan infeksi. Penanganan luka yang baik akan menghasilkan proses penyembuhan luka tanpa komplikasi.²

Cara penanganan luka bisa dengan *dressing* biologis maupun sintetik. Amnion sering digunakan sebagai *dressing* biologis.³ Ted Eastlund menyatakan bahwa membran amnion segar mengandung hingga 20% dari stem sel, sedangkan peneliti dari Universitas Pittsburgh menemukan pada tahun 2005 stem sel bisa didapatkan dari plasenta dan dinamakan sebagai *human amniotic epithelial cells* (HAEC). Stem sel dan sel multipoten seperti stem sel dari amnion mempunyai keunggulan untuk berdiferensiasi menjadi berbagai macam tipe sel yang penting untuk proses penyembuhan luka dan perbaikan jaringan.

Sejauh ini belum pernah dilakukan penelitian tentang penggunaan selaput amnion segar pada luka insisi seksio sesarea di RSUP Dr. M Djamil Padang, dan berdasarkan hal tersebut di atas penulis tertarik untuk mengadakan penelitian tentang penggunaan selaput amnion segar pada insisi luka operasi seksio sesarea yang dilakukan

pada pasien dengan rencana terminasi kehamilan secara seksio sesarea di RS. Dr. Reksodiwiryo Padang. Pada kelompok perlakuan dilakukan penggunaan selaput amnion segar pada insisi luka operasi seksio sesarea dan pada kelompok kontrol pada insisi luka operasi seksio sesarea menggunakan kassa yang ditutup dengan perban biasa dan di fiksasi dengan plester.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian eksperimental dengan rancangan *Post test with control group design*. Bentuk perlakuan adalah penggunaan selaput amnion, sedangkan efeknya adalah penyembuhan. Penelitian dilakukan di kamar operasi, kamar rawat, dan poli kebidanan, SMF kebidanan dan penyakit kandungan RS. Dr. Reksodiwiryo Padang. Penelitian dilakukan mulai bulan Maret 2013 sampai bulan Juni 2013. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang akan dilakukan terminasi kehamilannya secara seksio sesarea di RS. Dr. Reksodiwiryo Padang. Total populasi didapatkan 154 pasien.

Sampel adalah pasien yang mengalami insisi luka seksio sesarea dengan teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *consecutive sampling* dengan total 72 orang untuk masing-masing kelompok.

Pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilakukan persiapan pre operatif dan semua pasien kelompok perlakuan yang memenuhi kriteria inklusi dilakukan penempelan selaput amnion segar bagian sisi maternal di atas luka insisi seksio sesarea dengan jarak 1 cm dari tepi luka atas, bawah, samping kiri dan kanan. Selaput amnion segar tersebut sebelumnya dipisahkan dari khorion dan kemudian dicuci dengan cairan NaCl 0,9 %. Pada semua pasien kelompok kontrol dilakukan penempelan kassa steril di atas luka insisi seksio sesarea yang kemudian ditutup dengan perban dan di fiksasi dengan menggunakan plester.

Pada semua pasien kelompok perlakuan yang memenuhi kriteria inklusi diberikan selaput amnion segar pada insisi luka seksio sesarea, dilakukan observasi dengan menggunakan kuesioner dan lembar penilaian untuk

penyembuhan luka selama masa rawat ± 3 hari. Analisis bivariat dilakukan bila data berdistribusi normal dengan uji t tidak berpasangan dan bila data tidak berdistribusi normal digunakan uji Mann-Whitney.

HASIL

Karakteristik Sampel Penelitian

Tabel 1. Karakteristik Subyek berdasarkan Usia, Hb, Glukosa Darah Sewaktu, Albumin, antara kelompok perlakuan dan kontrol

Variabel Perlakuan	Kontrol	Nilai p*	
Usia (Tahun)	29,21 ± 5,77	29,57 ± 6,13	0,716
Hb (gr/dl)	11,61 ± 1,16	11,49 ± 1,06	0,540
Glukosa darah (mg/dl)	98,90 ± 15,83	99,90 ± 16,51	0,711
Albumin (gr/dl)	4,46 ± 0,86	4,40 ± 0,69	0,665

Tabel 2. Karakteristik subyek berdasarkan pernah menjalani seksio sesarea sebelumnya atau tidak antara kelompok perlakuan dan kontrol

Kelompok	SC		Total n (%)	Nilai p
	Tidak (sampel) n (%)	Bekas SC (sampel) n (%)		
Perlakuan	37(51,4)	35(48,6)	72 (100)	
Kontrol	34(47,2)	38(52,8)	72(100)	0,617
Total	71(49,3)	73(50,7)	144	

Tabel 1 dan Tabel 2 menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan rata-rata usia, Hb, glukosa darah, albumin dan pernah menjalani operasi seksio sesarea sebelumnya atau tidak pada kelompok kontrol dan perlakuan dengan nilai p > 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa penelitian sudah bisa dilanjutkan karena pada kelompok perlakuan dan kontrol karakteristiknya sudah sama.

Perbandingan rata-rata waktu penyembuhan insisi luka operasi seksio sesarea dengan menggunakan selaput amnion segar dan yang menggunakan kassa perban biasa dan di fiksasi dengan plester.

Tabel 3. Perbandingan rata-rata waktu penyembuhan insisi luka operasi seksio sesarea dengan menggunakan selaput amnion segar dan yang menggunakan kassa perban biasa dan di fiksasi dengan plester.

Variabel Perlakuan	Kontrol	Nilai p*	
Waktu penyembuhan (hari) (rata2 ± SD)	2,92 ± 1,02	5,51 ± 3,81	0,000

Tabel 3 menunjukkan rata-rata waktu penyembuhan luka terdapat perbedaan yang sangat bermakna secara statistik (nilai p < 0,05) pada kelompok kontrol dan perlakuan.

Perbandingan terjadinya infeksi lokal pada insisi luka operasi seksio sesarea yang menggunakan selaput amnion segar

Pada hari ke 1 dan 2 semuanya baik (100%), tidak terjadi infeksi pada kedua kelompok perlakuan dan kontrol.

Tabel 4. Perbandingan kejadian infeksi lokal pada luka operasi SC yang menggunakan selaput amnion segar dengan yang menggunakan kassa perban biasa dan di fiksasi dengan plester hari ke-3

Kelompok	Infeksi lokal			Total n (%)	Nilai p
	Baik n (%)	Sedang n (%)	Tidak baik n (%)		
Perlakuan	70 (97,2)	2 (2,8)	0 (0)	72 (100)	0,000
Kontrol	33 (45,8)	37 (51,4)	2 (2,8)	72 (100)	
Total	103 (71,5)	39 (27,1)	2 (1,4)	144 (100)	

Pada tabel 4 didapatkan data pada hari ke-3 pada kelompok perlakuan tidak terjadi infeksi sebesar 97.2%, sedangkan pada kelompok kontrol

terdapat infeksi lokal yang berkategori sedang sebesar 51.4% dan terjadi infeksi lokal tidak baik sebesar 2.8%. Dari uji statistik terdapat perbedaan yang bermakna kejadian infeksi lokal pada hari ke-3 antara luka insisi yang menggunakan amnion segar dengan luka insisi yang menggunakan kassa perban biasa ($p < 0.01$).

Tabel 5. Perbandingan kejadian infeksi lokal pada luka operasi SC yang menggunakan selaput amnion segar dengan yang menggunakan kassa perban biasa dan di fiksasi dengan plester hari ke-5

Kelompok	Infeksi lokal			Total n (%)	Nilai p
	Baik n (%)	Sedang n (%)	Tidak baik n (%)		
					0,146
Perlakuan	71 (98,6)	1 (1,4)	0 (0)	72 (100)	
Kontrol	66 (91,7)	5 (6,9)	1 (1,4)	72 (100)	
Total	137 (95,1)	6 (4,2)	1 (0,7)	144 (100)	

Pada tabel 5 menunjukkan tidak ada infeksi lokal pada hari ke-5 pada kelompok perlakuan sebesar 98.6% dan tidak terjadi infeksi (0%), sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat infeksi lokal sebesar 91.7% dan terjadi infeksi lokal kategori tidak baik (1.4%). Tidak terdapat perbedaan yang bermakna kejadian infeksi lokal pada hari ke-5 antara luka insisi yang menggunakan amnion segar dengan luka insisi yang menggunakan kassa perban biasa ($p > 0.05$).

Tabel 6 menunjukkan tidak terjadi infeksi lokal pada hari ke-14 pada responden kelompok perlakuan sebesar 100% baik, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat infeksi lokal sebesar 95.8% dan masih terdapat infeksi lokal kategori sedang (4.2%). Dari uji statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna kejadian infeksi lokal pada hari ke-14 antara luka insisi yang menggunakan amnion segar dengan luka insisi yang menggunakan kassa perban biasa ($p > 0.05$).

Tabel 6. Perbandingan kejadian infeksi lokal pada

luka operasi SC yang menggunakan selaput amnion segar dengan yang menggunakan kassa perban dan di fiksasi dengan plester biasa hari ke-14

Kelompok	Infeksi lokal		Total n (%)	Nilai p
	Baik n (%)	Sedang n (%)		
Perlakuan	72 (100)	0 (0)	72 (100)	
Kontrol	69 (95,8)	3 (4,2)	72 (100)	0,122
Total	141 (97,9)	3 (2,1)	144 (100)	

Tabel 7. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan Kategori Penyembuhan Luka

Kelompok	Kategori luka		Total n (%)	Nilai p
	Baik n (%)	Tidak baik n (%)		
Perlakuan	72 (100)	0 (0)	72 (100)	
Kontrol	68 (94)	4 (6)	72 (100)	0,120
Total	140 (97,2)	4 (2,8)	144 (100)	

Tabel 7 menunjukkan bahwa responden pada kelompok perlakuan sebesar 100 % penyembuhan luka baik, sedangkan pada kelompok kontrol penyembuhan luka baik sebesar 94 %. Hasil uji statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara penyembuhan luka pada kelompok perlakuan dan kontrol ($p > 0.05$).

Perbandingan terjadinya reaksi alergi lokal berupa warna bintik merah disekitar luka atau tidak ada reaksi alergi pada insisi luka operasi seksio sesarea dengan selaput amnion segar dengan insisi luka operasi seksio sesarea yang menggunakan kassa yang ditutup dengan perban biasa dan di fiksasi dengan plester di RS. Dr. Reksodiwiryo Padang.

Tidak didapatkan (100%) reaksi alergi lokal pada hari ke-1 dan 2 pada kedua kelompok responden perlakuan dan kontrol.

Tabel 8. Perbandingan terjadinya reaksi alergi lokal pada luka operasi SC yang menggunakan selaput amnion segar dengan yang menggunakan kassa perban biasa dan di fiksasi dengan plester hari ke-3

Kelompok	Reaksi alergi		Total n (%)	Nilai p
	Baik n (%)	Sedang n (%)		
Perlakuan	72 (100)	0 (0)	72 (100)	
Kontrol	67 (93,1)	5 (6,9)	7(100)	0,023
Total	139 (96,5)	5 (3,5)	144 (100)	

Tabel 8 menunjukkan data pada kelompok perlakuan pada hari ke tiga 100% tidak terdapat reaksi alergi lokal, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat reaksi alergi lokal (93.1%) dan terdapat reaksi alergi lokal kategori sedang sebesar 6,9%. Dari uji statistik terdapat perbedaan yang bermakna reaksi alergi lokal antara kelompok perlakuan dengan kontrol ($p < 0,05$)

Tabel 9. Perbandingan terjadinya reaksi alergi lokal pada luka operasi SC yang menggunakan selaput amnion segar dengan yang menggunakan kassa perban biasa dan di fiksasi dengan plester hari ke-5

Kelompok	Reaksi alergi		Total n (%)	Nilai p
	Baik n (%)	Sedang n (%)		
Perlakuan	72 (100)	0 (0)	72 (100)	
Kontrol	64 (88,9)	8 (11,1)	72 (100)	0,003
Total	139 (96,5)	5 (3,5)	144 (100)	

Tabel 9 menunjukkan data pada kelompok perlakuan pada hari ke -5 tidak terdapat reaksi alergi lokal (100%), sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat reaksi alergi lokal (88.9%) dan terdapat reaksi alergi lokal kategori sedang sebesar 11.1%. Dari hasil uji statistik terdapat perbedaan yang bermakna terjadi reaksi alergi lokal antara luka insisi yang menggunakan amnion

segar dengan luka insisi yang menggunakan kassa perban biasa ($p < 0.05$).

Tabel 10. Perbandingan terjadinya reaksi alergi lokal pada luka operasi SC yang menggunakan selaput amnion segar dengan yang menggunakan kassa perban biasa dan di fiksasi dengan plester hari ke-14

Kelompok	Reaksi alergi		Total n (%)	Nilai p
	Baik n (%)	Tidak baik n (%)		
Perlakuan	72 (100)	0 (0)	72 (100)	
Kontrol	71 (98,6)	1 (1,4)	72 (100)	0,316
Total	143 (99,3)	1 (0,7)	144 (100)	

Tabel 10 menunjukkan data pada kelompok perlakuan pada hari ke -14 tidak terdapat reaksi alergi lokal (baik 100%), sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat reaksi alergi lokal (baik 98,6%) dan masih terdapat reaksi alergi lokal tidak baik sebesar 1,4 %. Dari hasil uji statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna terjadi reaksi alergi lokal antara luka insisi yang menggunakan amnion segar dengan luka insisi yang menggunakan kassa perban biasa pada hari ke -14 ($p > 0.05$)

Tabel 11. Perbandingan rata-rata pembiayaan perhari pada kelompok operasi Seksio sesarea dengan menggunakan selaput amnion segar dengan yang menggunakan kassa perban biasa dan di fiksasi dengan plester.

Variabel	Perlakuan	Nilai p*	
Kontrol			
Biaya per hari	202368± 2297	223778 ± 42682	0,000
(dalam rupiah)			
(rata2 ± SD)			

Tabel 11 menunjukkan biaya rawatan per hari terdapat perbedaan yang sangat bermakna secara statistik (nilai $p < 0,05$) pada kelompok kontrol

dan perlakuan dan hal ini berkaitan dengan lamanya waktu rawatan pada tabel 3.

DISKUSI

Karakteristik Subyek Penelitian

Karakteristik subyek pada penelitian ini berdasarkan usia, kadar Hb, pemeriksaan Glukosa darah sewaktu, pemeriksaan albumin, pernah menjalani operasi seksio sesarea sebelumnya atau tidak menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan yang menggunakan amnion segar dengan kelompok kontrol yang menggunakan kassa perban biasa dan di fiksasi dengan plester.

Perbandingan rata-rata waktu penyembuhan insisi luka operasi seksio sesarea dengan menggunakan selaput amnion segar dengan rata-rata waktu penyembuhan insisi luka operasi seksio sesarea yang menggunakan kassa yang ditutup dengan perban biasa dan di fiksasi dengan plester.

Hasil penelitian ini didapatkan rata-rata waktu penyembuhan luka terdapat perbedaan yang sangat bermakna secara statistik (nilai $p < 0,05$) pada kelompok perlakuan dan kontrol.

Hal ini sesuai dengan kepustakaan yaitu waktu penyembuhan luka dengan menggunakan membran amnion berkurang menjadi 50% dibandingkan dengan *wound dressing* secara konvensional.⁴ Kandungan membran amnion segar yang memiliki kandungan stem sel hingga 20% ,melihat fungsi amnion sebagai stem sel atau sel multipoten stem sel maka dari itu amnion dapat digunakan untuk proses penyembuhan luka atau perbaikan jaringan. Stem sel mampu membedakan berbagai macam tipe sel pada proses perbaikan sel dan menghasilkan zat humoral yang memediasi proses selular. Stem sel dewasa yang diperoleh dari amnion dikatakan menghasilkan berbagai macam sitokin dan faktor pertumbuhan.⁵ Setelah kultur selama 7 hari, membran amnion memiliki area perkembangan sel yang cukup besar dibandingkan dengan sel dari sumsum tulang. TGF- β mengatur proliferasi dan diferensiasi sel dan berperan berperan dalam sekresi hormon dan perbaikan luka. Membran

amnion dapat menunjukkan stem sel mesenkimal yang multipoten yang lebih baik dibandingkan sel sumsum tulang.⁶

Proses penyembuhan luka melalui proses pembentukan pembuluh darah yang disebabkan karena proses angiogenik yang terjadi pada endotel kapiler. Adanya proses angiogenik dan mitogenik pada membran amnion menyebabkan luka mudah mengalami penyembuhan. *Growth factor* yang terdapat dalam amnion GF-beta (*transforming growth factor beta*); TGF-beta active (*activated transforming growth factor beta*); EGF (*epidermal growth factor*); bFGF (*basic fibroblast growth factor*); IL-4 (*Interleukin 4*); PGE2 (*prostaglandin E2*); IL-10 (*Interleukin 10*); KGF (*keratinocyte growth factor*); HGF (*hepatocyte growth factor*) penting dalam proses penyembuhan luka dan merangsang proses angiogenik.^{6,7}

Ditinjau dari biaya rawatan per hari terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol ($p < 0.05$). Berdasarkan kepustakaan penggunaan kassa perban pada insisi luka operasi seksio sesarea sering terjadi penyembuhan luka sekunder dan meninggalkan luka jaringan parut pada dinding abdomen. Hal ini membuat pasien menjadi kurang senang. Penggunaan kassa juga dapat menimbulkan rasa tidak nyaman akibat tebal dan beratnya kassa yang digunakan. Saat membuka kassa tersebut juga sering menimbulkan rasa takut pada pasien karena rasa sakit ketika balutan diangkat dari luka. Ada kalanya diperlukan penggantian balutan karena balutan basah karena proses membersihkan badan saat mandi. Tidak jarang luka post operasi seksio sesarea juga dibasahi terlebih dahulu sebelum balutan dilepaskan. Untuk menghindari keadaan di atas diperlukan bahan penutup luka pengganti yang lebih tipis, lebih ringan, yang dapat berfungsi dalam mengurangi nyeri, mempunyai efek antibakterial dan angiogenetik, mempercepat dan melindungi proses epitelisasi dan granulasi dan stimulasi dari neovaskularisasi, melekat rata pada luka tetapi harus mudah dibuka atau diganti bila diperlukan serta dapat melindungi kontaminasi bakteri dari luar dengan baik, penyembuhan luka tanpa jaringan parut, meningkatkan mobilitas dan elastisitas, translusen, semi-permeabilitas dan biodegradabilitas.⁸

Oleh karena itu dengan semua keunggulan dari kandungan membran amnion segar yang telah diuraikan diatas maka lama perawatan luka operasi seksio sesarea di Rumah Sakit menjadi lebih singkat karena waktu penyembuhan luka operasi menjadi lebih cepat yang pada akhirnya akan mengurangi biaya rawatan per hari di Rumah Sakit.

Perbandingan terjadinya infeksi lokal yang disertai dengan pus, tanpa pus, atau tidak ada tanda infeksi lokal pada insisi luka operasi seksio sesarea yang menggunakan selaput amnion segar dengan insisi luka operasi seksio sesarea yang menggunakan kassa yang ditutup dengan perban biasa dan di fiksasi dengan plester di RS. Dr. Reksodiwiryo Padang.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa tidak terdapat perbedaan proporsi infeksi lokal pada hari ke -1,2,5,dan 14 antara kelompok perlakuan dan kontrol. Terdapat perbedaan yang sangat bermakna pada proporsi infeksi lokal pada hari ke-3 antara kelompok perlakuan dan kontrol dengan nilai $p < 0.05$

Fungsi amnion sebagai bakteriostatik karena pada amnion ditemukan antibodi yaitu allantoin yang merupakan produk bakterisidal dari metabolisme purin yang berfungsi sebagai generator antibodi dan konsentrasi tinggi dari lisosim yang merupakan protein bakteriolitik dan bakteriostatik. Progesteron merupakan bakteriostatik alami untuk melawan bakteri gram positif. Penempelan amnion pada luka dapat mengeliminasi kulit yang terluka sehingga jumlah kuman menurun. Allantoin, *lysozyme*, transferrin dan progesterone memiliki peran penting dalam efek bakteriostatik dan bakteriosid. Allantoin memiliki peran penting dalam generator antibodi sedangkan progesteron bersifat bakteriostatik pada bakteri gram positif.^{4,9}

Perbandingan terjadinya reaksi alergi lokal berupa warna bintik merah disekitar luka atau tidak ada reaksi alergi pada insisi luka operasi seksio sesarea dengan selaput amnion segar dengan insisi luka operasi seksio sesarea yang menggunakan kassa yang ditutup dengan

perban biasa dan difiksasi dengan plester di RS. Dr. Reksodiwiryo Padang.

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat perbedaan yang sangat bermakna pada proporsi reaksi alergi lokal pada hari ke-3 antara kelompok perlakuan dan kontrol ($p < 0.05$).

Terdapat perbedaan yang sangat bermakna pada proporsi reaksi alergi lokal pada hari ke-5 antara kelompok perlakuan dan kontrol dengan nilai $p < 0.05$.

Tidak terdapat perbedaan proporsi reaksi alergi lokal pada hari ke-1,2, dan 14 antara kelompok perlakuan dan kontrol dengan nilai $p > 0.05$.

Membran amnion bersifat non-antigenik atau sedikit antigenik. Dari sudut pandang imunologik, amnion merupakan bahan transplan yang sesuai karena pada membran amnion tidak terdapat antigen HLA-A, HLA-B, atau HLA-DR, oleh karena itu penolakan akan membran amnion tidak terjadi. Pada luka operasi seksio sesarea yang menggunakan perban biasa, reaksi alergi lokal terjadi disebabkan oleh plester yang berfungsi merekatkan perban pada luka.^{4,9}

KESIMPULAN

Terdapat perbedaan yang sangat bermakna untuk rata-rata waktu penyembuhan luka dan proporsi reaksi alergi lokal secara statistik (nilai $p < 0,05$) pada kelompok perlakuan dan kontrol. Terdapat perbedaan yang sangat bermakna pada proporsi infeksi lokal pada hari ke-3 antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, dengan nilai $p < 0,05$. Terdapat perbedaan yang sangat bermakna untuk untuk biaya rawatan per hari yang berkaitan dengan lamanya waktu rawatan secara statistik (nilai $p < 0,05$) pada kelompok perlakuan dan kontrol.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hamilton BE, et al. Births: preliminary data for 2010. National vital stat Rep. 2011.
2. Mallef Mallefet et P, et al. Mechanism involved in wound hhealing. Biomedical Scientist.2008.
3. Ganatra MA. Amniotic membrane in Surgery

Journal of Pakistan Medical Association.
Vol. 53, 2003.

4. Menkher Manjas, et al. Clinical Application of Irradiated Amnion Grafts. Allograft Procurement and Processing and Transplantation. World Scientific. 2010.
5. Miki T., Storm S.C, 2008. *Amnion Derived Pluripotent/ Multipotent Stem Cells* in Stem Cell Rev. 2006; 2(2):133-42,<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1723759>, 1 juni 2012
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S. *Implantation, Embryogenesis, and Placental development* in William Obstetrics. Mc Graw Hill, edisi 23. USA. 2010; 65-68
7. Steed DL, Trumpower C, Duffy D, etc. *Amnion derived Cellular Cytokine Solution*. NCBI. 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20395817>, 31 mei 2012
8. Menkher M, Jefri H, Salmah A. *Majalah kedokteran Indonesia: Penggunaan Krim amnion pada penyembuhan Luka Sayatan Tikus Winstar*. Bagian patologi anatomi Fk Universitas Andalas. Padang. 2010.
9. Toda A, et al. The Potential of Amniotic Membran/aAmnion-derived cells for regeneration of various tissue. *Journal of Pharmacological sciences* 105. 2008.

PERBEDAAN JUMLAH HITUNG FOLIKEL ANTRAL PADA PENGGUNA KONTRASEPSI HORMONAL DAN NON HORMONAL DI RUMAH SAKIT Dr. M DJAMIL PADANG

Difference of Antral Follicle Count Between Users and Non-Users of Hormonal Contraception at M. Djamil Hospital Padang

Putri Sri Lasmini, Irmiya Rachmiyani, Rizanda Machmud
Bagian Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang

Abstrak

Kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi jumlah hitung folikel antral masih menjadi kontroversi. Penelitian ini menilai efek kontrasepsi hormonal melalui parameter ultrasonografi terhadap 32 pengguna kontrasepsi hormonal dan 32 pengguna kontrasepsi non hormonal. Penelitian ini dilakukan dengan metode uji klinis prospektif di Poliklinik Ginekologi RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan Maret sampai Juli 2014. Subjek dibagi menjadi dua kelompok dan dilakukan pemeriksaan USG transvaginal pada bulan pertama dan kedua pada siklus menstruasi hari 2-4. Analisis statistik untuk menilai kemaknaan menggunakan *paired t test* pada *SPSS 18.0 for windows*. Tidak terdapat hubungan yang bermakna jumlah hitung folikel antral bulan pertama dan kedua ($P > 0.05$) akibat variasi tren perubahan folikel pada kedua kelompok. Tidak terdapat hubungan yang bermakna *gain score* jumlah hitung folikel antral bulan kedua dengan bulan pertama pada kedua kelompok ($P > 0.05$). Tidak terdapat perbedaan bermakna jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal, Tidak terdapat perbedaan bermakna *gain score* jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal.

Kata Kunci : Jumlah Hitung Folikel Antral, Pengguna Kontrasepsi Hormonal, Pengguna Kontrasepsi Non Hormonal

Abstract

It remains controversial whether antral follicle count is influenced by hormonal contraception.. This study quantified the effect of hormonal contraception on sonographic ovarian reserve markers in 32 users and 32 non-users of hormonal contraception. This was a prospective clinical trial study and has been performed in gynecology Department of M. Djamil Hospital Padang, primary health care March to July 2014. Samples then divided into two groups, group A was users of non hormonal contraception and group B was users of hormonal contraception. On day 2–4 of the menstrual cycle transvaginal sonography was performed and measured repeatedly in the same individual before and after the use of one cycle oral contraceptives (for group B), and on first month and second month (for group A). Statistical analysis to assess significance using the unpaired t test and chi square on SPSS 18.0 for windows. There was no significant association of the antral follicle count between users than non-users of hormonal contraception ($p > 0,05$). There were no significant difference of antral follicle count between users and non-users of hormonal contraception. There were no significant difference of gain score of antral follicle count between users and non-users of hormonal contraception.

Keywords : Antral Follicle Count, Users Of Hormonal Contraception, Non-Users Of Hormonal Contraception

Koresponden: Irmiya Rachmiyani, Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RSUP Dr. M. Djamil Padang.

PENDAHULUAN

Cadangan ovarium adalah jumlah dan kualitas oosit yang tersisa dalam ovarium pada suatu waktu. Oosit wanita berada dalam folikel, tersimpan pada fase primordial, sebagai cadangan ovarium. Pengukuran cadangan ovarium secara total hanya dapat dilakukan secara histologis.¹

Saat ini dalam praktik sehari-hari berbagai macam tes cadangan ovarium telah dikembangkan untuk dapat menilai cadangan ovarium secara kuantitatif, yang umumnya dapat dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu pemeriksaan secara biokimiawi, tes provokasi dan biofisika. Kelompok pertama pemeriksaan secara biokimiawi dengan menggunakan kadar hormon, yang paling banyak dilakukan pada fase folikuler awal, seperti serum FSH, Estradiol (E2), dan inhibin B dan anti-Müllerian hormone (AMH). Kelompok kedua tes cadangan ovarium yang provokatif dapat menilai respon endokrin dari ovarium terhadap stimulus eksogen. Sebagai contoh tes dinamis adalah clomiphene citrate challenge test (CCCT), tes cadangan ovarium FSH eksogen dan tes stimulasi agonis GnRH. Kelompok ketiga pemeriksaan biofisika dengan parameter sonografik, seperti jumlah hitung folikel antral (AFC) dan pengukuran volume ovarium.²

AMH dan AFC merupakan parameter yang paling baik untuk menilai cadangan ovarium, namun pemeriksaan AMH merupakan pemeriksaan invasif (serum darah) dan membutuhkan biaya yang relatif lebih tinggi, sedangkan pemeriksaan AFC merupakan pemeriksaan non invasif dan menggunakan biaya yang lebih murah.^{2,3}

AFC adalah jumlah folikel berukuran 2-10 mm yang dapat dihitung dengan menggunakan USG transvaginal pada awal siklus menstruasi yaitu pada hari pertama hingga hari keempat siklus menstruasi (sebelum folikel mulai bergantung terhadap FSH). Jumlah folikel yang dapat direkrut selama folikulogenesis sangat bervariasi, semakin menurun saat wanita mulai menua. Penurunan yang cepat terutama terjadi sesudah usia 35. Jumlah folikel antral dapat dipengaruhi oleh usia, penggunaan kontrasepsi hormonal, obesitas, penggunaan obat-obatan yang bersifat gonadotoksin (merokok,

kemoterapi atau terapi radiasi), ovarium patologis (endometriosis atau kista ovarium), riwayat keluarga dengan kerusakan ovarium dini. Pemeriksaannya menjadi terbatas pada pasien obesitas, pasien dengan riwayat pernah menjalani bedah ovarium, bedah pelvis dan adanya fibroid pada uterus (leiomioma uteri).^{4,5}

Folikel yang terdapat di dalam ovarium selama kehidupan wanita tidak berada pada jumlah yang tetap oleh karena proses pertumbuhan folikel dan apoptosis (kematian sel terprogram). Folikulogenesis mulai dari preantral hingga tercapai ovulasi menghabiskan waktu \pm 85 hari, dimana sebagian besar waktu bertumbuh tanpa pengaruh gonadotropin, kemudian akhirnya mencapai tahap untuk bergantung terhadap Follicle Stimulating Hormone (FSH) untuk perkembangannya selama 14 hari, sekelompok folikel tersebut memiliki nasib yang berbeda, hanya satu folikel (pada beberapa kasus dapat terjadi lebih dari satu) yang dapat terpilih menjadi folikel yang dominan sementara yang lainnya, yang tidak mampu merespon dengan FSH mengalami atresia dibawah pengaruh faktor nekrosis tumor (TNF).^{4,5,6}

Wanita usia reproduksi perlu menggunakan kontrasepsi untuk berbagai macam alasan antara lain alasan ekonomi, kesiapan mental, usia hingga masalah kesehatan. Berbagai macam metode kontrasepsi tersedia tergantung kepada kebutuhan dan tujuan pemakaian. Salah satu metode kontrasepsi yang mudah pemakaiannya dan tidak invasif adalah Pil Oral Kombinasi (POK).

POK umumnya mengandung 28 tablet yang terdiri dari 21 tablet zat aktif (estrogen dan progesteron) dan 7 tablet bebas zat aktif (placebo). Selama pemakaian tablet zat aktif POK terjadi penekanan gonadotropin (FSH), sehingga androgen menjadi dominan dan menimbulkan perubahan - perubahan degeneratif. Kemudian selama pemakaian tablet bebas zat aktif merangsang kembali pengeluaran FSH akibat penurunan hormon estrogen. FSH yang meningkat akan merangsang pertumbuhan dan perkembangan folikel tetapi tidak bisa berlangsung seperti proses folikulogenesis yang normal karena FSH kembali ditekan akibat pemakaian tablet zat aktif yang baru. Proses tersebut terjadi secara reversible, dimana dengan

atau tanpa peran FSH sebuah set folikel preantral akan tetap selalu tersedia dan berkembang hingga tahap tertentu, dan menunggu untuk dapat diselamatkan oleh FSH sebelum akhirnya mengalami atresia.^{4,5,6}

Cochrane review menemukan bahwa dengan pemberian POK sebelum dimulainya induksi ovulasi terjadi penurunan AFC dan angka kehamilan yang tercapai sedikit. Hal ini disebabkan wanita tersebut membutuhkan dosis obat induksi ovulasi yang lebih tinggi dan lebih lama untuk mencapai kehamilan.^{7,8}

Berdasarkan masalah tersebut terdapat kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada, maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut apakah terdapat perbedaan jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal, mengingat pentingnya fungsi reproduksi dapat kembali segera setelah pemakaian pil kontrasepsi hormonal.

METODE

Penelitian ini dilakukan dengan metode uji klinis dan desain kohort prospektif di Poliklinik ginekologi RS Dr. M. Djamil Padang pada bulan Maret sampai Juli 2014. subyek dimasukkan ke dalam kriteria inklusi dan di *drop out* melalui kriteria eksklusi dibagi menjadi kedua kelompok, kelompok A (pengguna kontrasepsi non hormonal), sedangkan kelompok B (kontrol yaitu pengguna kontrasepsi hormonal).

Pada kedua kelompok dilakukan pemeriksaan jumlah hitung folikel antral dengan menggunakan ultrasonografi 2D (merek Aloka prosound α dengan probe transvaginal) selama fase folikuler awal (pada hari kedua, ketiga atau keempat siklus menstruasi) folikel yang terdapat pada ovarium kiri dan kanan dijumlahkan, hasil kemudian dicatat. Kelompok B diberikan pil kontrasepsi hormonal kombinasi yang berisi 30 μg ethinylestradiol dan 150 μg levonorgestrel diproduksi oleh Fahrenheit® (21 tablet aktif dan 7 tablet placebo) dijelaskan cara pemakaiannya dan diminta membawa bungkus kosong untuk monitor evaluasi pemakaian pil. Subyek pada kedua kelompok tersebut diminta kembali datang pada hari kedua, ketiga dan keempat

siklus menstruasi berikutnya untuk dilakukan pemeriksaan jumlah hitung folikel antral yang kedua. Analisis statistik untuk menilai kemaknaan menggunakan *paired t test* dan *chi square* pada *SPSS 18.0 for windows*.

HASIL

Setelah dilakukan seleksi melalui kriteria inklusi dan didrop out melalui kriteria eksklusi didapatkan sampel sebanyak 64 orang. Dengan demikian besar sampel untuk tiap kelompok adalah 32 subyek merupakan kelompok pengguna kontrasepsi hormonal dan sebanyak 32 subyek merupakan kelompok kontrol yaitu pengguna kontrasepsi non hormonal

Perbedaan jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal.

a. Jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal.

Tabel 1. Jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal

	Jumlah hitung folikel antral bulan pertama	Jumlah hitung folikel antral bulan kedua
<i>Rata – rata</i>	$8,96 \pm 1,28$	$8,56 \pm 1,79$

Berdasarkan Tabel 1. didapatkan nilai rata-rata jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal pada bulan pertama adalah $8,96 \pm 1,28$ dan pada bulan kedua adalah $8,56 \pm 1,79$. Untuk menguji perbedaan antara pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal, maka perlu dilihat distribusi dan sebaran data apakah normal atau tidak, jika normal maka akan diuji dengan uji t berpasangan. Hasil pengujian distribusi pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal menunjuk distribusi sebaran terdistribusi normal $P > 0,05$. Dari uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna jumlah hitung folikel antral bulan pertama dan kedua pada pengguna kontrasepsi hormonal, karena memiliki nilai $P > 0,05$ ($P=0.263$).

b. Jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi non hormonal.

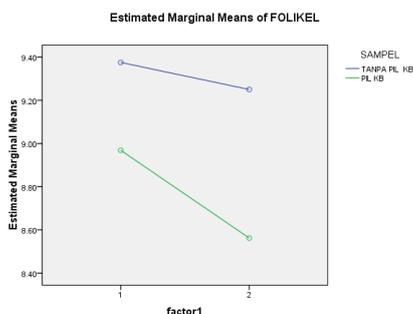
Tabel 2. Jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi non hormonal.

	Jumlah hitung fo-likel antral bulan pertama	Jumlah hitung folikel antral bulan kedua
Rata – rata	9,37 ± 2,66	9,25 ± 2,83

Berdasarkan Tabel 2. didapatkan nilai rata-rata jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi non hormonal pada bulan pertama adalah $9,37 \pm 2,66$ dan pada bulan kedua adalah $9,25 \pm 2,83$. Untuk menguji perbedaan antara pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal, maka perlu dilihat distribusi dan sebaran data apakah normal atau tidak, jika normal maka akan diuji dengan uji t t berpasangan. Hasil uji distribusi pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal menunjuk sebaran terdistribusi normal $P > 0,05$. Dari uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna jumlah hitung folikel antral bulan pertama dan kedua pada pengguna kontrasepsi non hormonal, karena memiliki nilai $P > 0,05$ ($P=0,817$).

c. Perbedaan jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal.

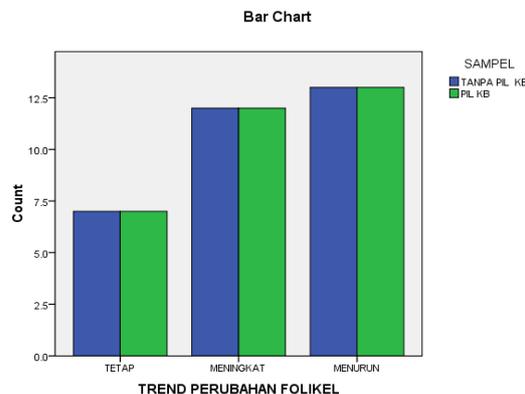
Berdasarkan uji statistik pada kedua kelompok antara pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna jumlah hitung folikel antral bulan pertama dan kedua kelompok, karena memiliki nilai $P > 0,05$ ($P=0,263$ dan $P=0,817$).



Gambar 1. Diagram perbedaan jumlah hitung

folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal.

Dari gambar 1. tampak kedua diagram antara pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal mengalami penurunan namun dari hasil uji statistik didapatkan tidak bermakna ($P>0,05$).



Gambar 2. Trend perubahan jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal

Dari gambar 2. menunjukkan gambaran trend perubahan pada pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal sebanyak 12 responden pengguna kontrasepsi hormonal dan 12 responden pengguna kontrasepsi non hormonal mengalami peningkatan jumlah hitung folikel antral pada bulan pertama dan bulan kedua, dan sebanyak 13 responden pengguna kontrasepsi hormonal dan 13 responden pengguna kontrasepsi non hormonal mengalami penurunan jumlah hitung folikel antral sementara sebanyak 7 responden pengguna kontrasepsi hormonal dan 7 responden pengguna kontrasepsi non hormonal didapatkan jumlah hitung folikel antral tetap.

d. Perbedaan *gain score* Jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal dengan non hormonal

Tabel 3. *Gain score* jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal dengan non hormonal.

Pengamatan	Hormonal= (32)	Non hormonal= (32)	Signifikansi
	(Perlakuan)	(kontrol)	

Untuk menguji perbedaan antara pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal, maka perlu dilihat distribusi dan sebaran data apakah normal atau tidak, jika normal maka akan diuji dengan uji t berpasangan. Hasil uji distribusi pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal menunjuk sebaran terdistribusi normal $P > 0,05$. Berdasarkan Tabel 4 didapatkan dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna pada *gain score* jumlah hitung folikel antral bulan kedua dengan bulan pertama baik pada pengguna kontrasepsi hormonal maupun non hormonal, karena memiliki nilai $P > 0.05$ ($P=0.664$).

DISKUSI

Jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal.

Jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal pada bulan pertama adalah $8,96 \pm 1,28$ dan pada bulan kedua adalah $8,56 \pm 1.79$. Hal tersebut menunjukkan adanya penurunan rerata jumlah hitung folikel antral, namun hasil tersebut tidak bermakna secara statistik dengan nilai $P > 0.05$ ($P=0.263$). penurunan yang terjadi tidak signifikan oleh karena pada gambar 16 terlihat bervariasi tren perubahan folikel pada pengguna kontrasepsi hormonal, ada yang menurun, meningkat bahkan menetap.

Dari beberapa penelitian dinyatakan adanya penurunan volume ovarium dan atau jumlah hitung folikel antral selama penggunaan kontrasepsi hormonal.⁵

Berdasarkan hipotesis klasik oleh Gougeon (1996), bahwa normal folikulogenesis berlangsung selama 3 bulan, dimana selama fase

awal perkembangan folikel tidak dipengaruhi gonadotropin dan kemudian menjadi tergantung dengan gonadotropin pada stadium antral.⁵

Pada pengguna kontrasepsi hormonal pengaruh estrogen di dalam POK yang diberikan pada hari kelima siklus menstruasi akan menekan gonadotropin (FSH), sehingga androgen menjadi dominan dan menimbulkan perubahan-perubahan degeneratif. Kemudian selama pemakaian tablet bebas zat aktif merangsang kembali pengeluaran FSH akibat penurunan hormon estrogen. FSH yang meningkat akan merangsang pertumbuhan dan perkembangan folikel tetapi tidak bisa berlangsung seperti proses folikulogenesis yang normal karena FSH kembali ditekan akibat pemakaian tablet zat aktif yang baru. Proses tersebut terjadi secara *reversible*, dimana dengan atau tanpa peran FSH sebuah set folikel preantral akan tetap selalu tersedia dan berkembang hingga tahap tertentu, dan menunggu untuk dapat diselamatkan oleh FSH sebelum akhirnya mengalami atresia.^{4,5}

Penekanan gonadotropin oleh POK serupa dengan masa kanak-kanak dimana secara karakteristik ditandai dengan kadar gonadotropin yang rendah pada kelenjar pituitari dan di dalam darah, respon minimal dari kelenjar pituitari terhadap GnRH dan penekanan maksimal hipotalamus. folikel tetap berkembang setiap saat dan sering mencapai stadium antral, pada pemeriksaan ultrasonografi dapat ditemukan folikel yang berukuran 2-15 mm.^{4,5}

Jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi non hormonal.

Jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi non hormonal pada bulan pertama adalah $9,37 \pm 2,66$ dan pada bulan kedua adalah $9,25 \pm 2.83$, Hal tersebut menunjukkan adanya penurunan rerata jumlah hitung folikel antral, namun hasil tersebut tidak bermakna secara statistik dengan nilai $P > 0.05$ ($P=0.263$). Penurunan yang terjadi tidak signifikan oleh karena pada gambar 2 terlihat bervariasi tren perubahan folikel pada pengguna kontrasepsi non hormonal, ada yang menurun, meningkat bahkan menetap.

Perbedaan jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal.

Dari gambar 1, kedua diagram (baik hormonal maupun non hormonal) memperlihatkan penurunan namun dari uji statistik didapatkan tidak bermakna oleh karena nilai $P > 0,05$ (pada kedua kelompok).

Hal tersebut sesuai dengan hipotesis klasik oleh Gougeon (1996), bahwa normal folikulogenesis berlangsung selama 3 bulan, dimana selama fase awal perkembangan folikel tidak dipengaruhi gonadotropin dan kemudian menjadi tergantung dengan gonadotropin pada stadium antral. Sementara pengaruh gonadotropin pada perkembangan folikel antral hingga preovulatori.^{4,5}

Perbedaan *gain score* jumlah hitung folikel antral bulan pertama dan bulan kedua pada pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal.

Dari uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna pada selisih jumlah hitung folikel antral bulan kedua dengan bulan pertama baik pada pengguna kontrasepsi hormonal maupun non hormonal, karena memiliki nilai $P > 0.05$ ($P=0.664$).

Mekanisme untuk menentukan folikel yang mana dan berapa banyak jumlah folikel yang akan bertumbuh pada suatu hari tertentu tidak diketahui. Sehingga jumlah folikel antral yang berkembang pada setiap siklus tidak tetap. Meskipun dari beberapa penelitian didapatkan penurunan jumlah hitung folikel antral 0,35-0,95 pertahun.^{4,5,6}

KESIMPULAN

Pada penelitian ini didapatkan nilai rerata jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi hormonal pada bulan pertama adalah $8,96 \pm 1,28$ dan pada bulan kedua adalah $8,56 \pm 1,79$, sementara nilai rerata Jumlah hitung folikel antral pada pengguna kontrasepsi non hormonal pada bulan pertama adalah $9,37 \pm 2,66$ dan pada bulan kedua adalah $9,25 \pm 2,83$. Tidak terdapat perbedaan jumlah hitung dan *gain score*

pada pengguna kontrasepsi hormonal dan non hormonal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Anantasika, Cadangan Ovarium. Aplikasi klinis induksi ovulasi dan stimulasi ovarium. Himpunan Fertilitas Endokrinologi Reproduksi. Sagung Seto, 2009;3;17-36.
2. Haadsma ML, dkk, the number of small antral follicles (2-6 mm) determines the outcome of endocrine ovarian reserve test in a subfertile population. Human reproduction. 2007;22(7):1925-31
3. Loho MF, Cadangan ovarium. Majalah Obstetri & Ginekologi Indonesia. 2010;34(1): 43-6
4. Fritz MA, Sperrof L, regulation of the menstrual cycle. clinical Gynecologic endocrinology and infertility. Lippincott Williams & Wilkins. 2011;6(6):199-242
5. Fritz MA, Sperrof L, the ovary-embriology and development. clinical Gynecologic endocrinology and infertility. Lippincott Williams & Wilkins. 2011;6(3):105-20
6. Broekman M.J., Ziegler D. The antral follicle count: practical recommendations for better standardization. Departement of reproductive medicine. Fertility steril. 2009
7. Smulders B et al, Oral contraceptive pill, progestogen or estrogen pre-treatment for ovarian stimulation protocols for women undergoing assisted reproductive techniques. Cochrane Database Syst Rev. 2010
8. Bentzen JG et al, Ovarian reserve parameters: a comparison between users and non-users of hormonal contraception. Article in press. Reproductive BioMedicine Online. Elsevier. 2012

FAKTOR RESIKO INDIVIDUAL PADA PREEKLAMPSIA PADA RSUP DR M DJAMIL PADANG

Individual Risk Factors of Preeclampsia in M. Djamil General Hospital Padang

Yusrawati, Nicko Pisceski Kusika Saputra, Rizanda Machmud
Bagian Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang

Abstrak

Preklamsia merupakan suatu permasalahan penting di bidang obstetri karena masih sebagai penyebab utama kematian pada ibu selain perdarahan dan infeksi. Prevalensi di Nasional, terutama di Sumatera Barat juga cenderung terjadi peningkatan. Banyak faktor telah diidentifikasi sebagai faktor resiko dari preeklamsia. Penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi dan menganalisis faktor resiko preeklamsia dilihat dari faktor individu. Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain *case control* yang dilakukan di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Umum Pusat M.Djamil Padang bulan Januari – Desember tahun 2013 hingga sampel terpenuhi. Sampel penelitian ini terdiri dari 70 orang pasien kelompok perlakuan yaitu kelompok pasien preeklamsia yang dirawat di bangsal obstetri serta 70 orang pasien kelompok kontrol yaitu pasien hamil tanpa penyulit yang dirawat di bangsal kebidanan atau berobat ke poliklinik kebidanan RSUP DR. M. Djamil sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan signifikan antara faktor resiko individu pada kelompok preeklamsia dibandingkan kelompok kontrol.

Kata Kunci: Faktor Resiko Individu, Preeklamsia

Abstract

Preeclampsia is an important issue in obstetrics because it is still a major cause of maternal mortality compared to bleeding and infection. Similarly the national prevalence, preeclampsia prevalence in West Sumatra is also constantly increasing. Many factors have been identified as risk factors. This study purposed to identify and analyze risk factors of preeclampsia consist of individual factors. This study was an analytical observational study with case-control design, done in Obstetric and Gynaecology Department of RSUP DR. M. Djamil Padang on January-December 2013 until samples were completed. Samples are consisted of 70 preeclampsia patients as treatment group and 70 healthy maternity patients as control group in RSUP DR. M. Djamil Padang. The results showed there were significant differences between individual risk factors in the preeclampsia group than the control group.

Keywords: Individual Risk Factors, Preeclampsia

Koresponden: Nicko Pisceski Kusika Saputra, Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RSUP Dr. M. Djamil Padang.

PENDAHULUAN

Preeklampsia merupakan permasalahan penting di bidang obstetri karena masih menjadi sebab utama kematian ibu dibandingkan perdarahan dan infeksi. Preeklampsia juga menyebabkan kematian perinatal dan kelahiran prematur.¹ Preeklampsia adalah sindrom spesifik kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel yang terjadi setelah umur kehamilan 20 minggu. Proteinuri merupakan tanda penting preeklampsia selain hipertensi dengan atau tanpa edem. Preeklampsia terdiri dari preeklampsia ringan dan preeklampsia berat. Sedangkan eklampsia adalah terjadinya kejang pada seorang wanita dengan preeklampsia yang tidak disebabkan oleh hal lain^{2,3}. Hingga saat ini preeklampsia merupakan “*the disease of theory*” karena penyebabnya begitu kompleks³.

Prevalensi preeklampsia di Sumatera Barat juga terus mengalami peningkatan. Berdasarkan data di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) M.Djamil Padang tahun 2012, didapatkan kasus preeklampsia eklampsia sebanyak lebih kurang 141 kasus. Didapatkan rata rata usia preeklampsia eklampsia 29,79±6,832 tahun dengan usia termuda 15 tahun dan tertua 43 tahun.

Penyebab pasti preeklampsia belum diketahui pasti hingga saat ini. Akan tetapi telah banyak teori yang berkembang berkaitan dengan perubahan intoleransi imunologi, implantasi plasenta yang abnormal, faktor genetik, lingkungan, perubahan kardiovaskuler serta faktor inflamasi³. Berbagai patofisiologi yang dijelaskan menunjukkan kegagalan invasi trofoblas pada arteri spiralis yang menyebabkan vasokonstriksi dan berkurangnya perfusi ke janin. Pada beberapa penelitian juga telah diidentifikasi marker yang diekspresikan pada trofoblas maupun desidua yang diduga berperan penting dalam kegagalan invasi trofoblas sehingga berperan dalam patofisiologi preeklampsia.⁴

Banyak faktor yang diidentifikasi menjadi faktor risiko antara lain paritas, kehamilan ganda, usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, memiliki riwayat keluarga, obesitas serta riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita. Akan tetapi di anatara faktor-faktor tersebut masih sulit menentukan mana yang

menjadi faktor dominan. Preeklampsia lebih sering terjadi pada masa awal dan akhir usia reproduktif yaitu umur dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun. Peningkatan risiko hipertensi terjadi pada wanita mengalami preeklampsia berat/eklampsia pada kehamilan pertama. Insiden preeklampsia berat lebih banyak terjadi pada wanita nulipara dibandingkan dengan wanita multipara. Mekanisme genetik dan imunologi diduga berperan dan sedang banyak diteliti. Banyak gen yang diduga berperan antara lain gen activin A serta *androgen receptor* serta berbagai polimorfismenya^{3,5}. Selain itu riwayat penyakit dahulu juga berpotensi menjadi faktor risiko preeklampsia dan eklampsia antara lain riwayat hipertensi, diabetes, penyakit ginjal serta riwayat abortus yang diinduksi. Risiko preeklampsia 2 sampai 5 kali lipat lebih tinggi pada wanita hamil dengan riwayat preeklampsia. Penelitian Rozikhan (Agustus 2004-Desember 2006) di Kendal didapatkan tidak terdapat perbedaan bermakna tingkat pendidikan dengan kejadian preeklampsia. Rozikhan juga mendapatkan bahwa ibu hamil yang tidak bekerja mempunyai risiko 2,01 kali lebih tinggi untuk terjadi preeklampsia berat dibandingkan dengan seorang ibu hamil bekerja⁶. Dari keseluruhan faktor risiko tersebut belum semuanya dapat dijelaskan patofisiologinya secara rinci. Nutrisi ibu hamil juga merupakan salah satu faktor yang juga berperan dalam terjadinya preeklampsia. Makro maupun mikronutrien bersinergis dalam penyakit kardiovaskuler termasuk preeklampsia.

Selain faktor risiko juga diidentifikasi beberapa faktor yang diduga bersifat protektif. Misalnya riwayat abortus sebelumnya serta riwayat merokok. Dari beberapa penelitian menunjukkan kebiasaan merokok dapat menurunkan risiko terjadinya preeklampsia. Begitu pula halnya dengan riwayat abortus provokatus sebelumnya.⁷

Melihat semakin banyaknya faktor risiko preeklampsia yang telah diidentifikasi dan belum terdapat data tentang gambaran faktor risiko preeklampsia di Rumah Sakit Umum M.Djamil, maka penulis tertarik melakukan penelitian tentang analisis faktor risiko preeklampsia di Rumah Sakit Umum M.Djamil Padang.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain *case control* yang akan menganalisis faktor-faktor risiko preeklampsia di RSUP M.Djamil Padang pada periode bulan Januari – Desember tahun 2013 hingga sampel terpenuhi. Sampel penelitian ini terdiri dari kelompok perlakuan yaitu kelompok pasien preeklampsia yang dirawat di bangsal obstetri serta kelompok kontrol yaitu pasien hamil tanpa penyulit yang dirawat di bangsal kebidanan atau berobat ke poliklinik kebidanan RSUP M.Djamil sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Anamnesis mendalam pada pertanyaan riwayat penyakit dahulu dan FFQ dilaksanakan setelah pasien melahirkan dan dalam keadaan tenang. Sedangkan anamnesis singkat dapat dilaksanakan pada saat pasien baru masuk.

HASIL & DISKUSI

Pada penelitian analisa faktor risiko preeklampsia dengan jumlah sampel 140 orang yang terdiri dari 70 orang pasien dengan preeklampsia (PE) yang dirawat di bagian kebidanan RSUP Dr M Djamil Padang dan 70 orang pasien tanpa kelainan preeklampsia (Tidak PE) yang dirawat di bagian kebidanan maupun yang kontrol di poliklinik RSUP M Djamil padang. Dengan pembagian berdasarkan karakteristik individu, masing masing dibagi menjadi 3 kelompok yaitu total sampel berjumlah 140 sampel, kelompok belum pernah melahirkan (nulipara) berjumlah 44 sampel dan yang sudah pernah melahirkan (multipara) berjumlah 96 sampel.

Dilakukan tabulasi data berdasarkan distribusi dari masing masing faktor risiko, sedangkan untuk uji kemaknaan dilakukan yang digunakan adalah *Chi-Square*, bila didapatkan adanya distribusi yang tidak merata atau tidak normal dilakukan uji dengan *Fishers Exact Test*. Besarnya kekuatan hubungan diketahui melalui parameter nilai RO.

Tabel 1. Faktor risiko preeklampsia berdasarkan karakteristik individu

FAKTOR RISIKO	Seluruh ibu hamil	NULIPARA	MULTIPARA
Usia	p> 0,05	p> 0,05	p> 0,05
Aktivitas	p 0,000 OR16,9(6,93-41,3)	p 0,033 OR 4,57 (1,2-16,3)	p 0,001 OR 4,4(1,9-10,4)
Tingkat Pendidikan	p> 0,05	p> 0,05	p> 0,05
Riwayat Perkawinan	p> 0,05		p> 0,05
Riwayat Interval Pernikahan dan Kehamilan	P 0,000 OR 7,2(2,6-20,3)	P 0,000 OR 33,6(5,8-196,1)	p> 0,05
BMI	p> 0,05	p> 0,05	p> 0,05
Penambahan Berat Badan	p 0,027 OR 2,3 (1,15-4,5)		p 0,005 OR 3,4(1,5-7,8)
Riwayat Merokok	p> 0,05	p> 0,05	p> 0,05

Preeklampsia Berdasarkan Usia

Didapatkan nilai $p > 0,05$, hal ini membuktikan bahwa tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara kelompok usia dengan kejadian preeklampsia. Hal ini berbeda pada penelitian sebelumnya dikarenakan gambaran penderita preeklampsia di RSUP dr M Djamil Padang pada saat dilakukan penelitian didapatkan usia rata rata 31 tahun.

Preeklampsia Berdasarkan Pendidikan

Didapatkan nilai $p > 0,05$, hal ini membuktikan bahwa tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kejadian preeklampsia baik data secara keseluruhan maupun yang terbagi menjadi nulipara dan multipara. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Rozikhan (Agustus 2004-Desember 2006) di Kendal, didapatkan bahwa ibu hamil yang tingkat pendidikannya sekolah dasar (SD) atau sekolah menengah pertama (SMP) mempunyai peluang yang sama untuk terjadinya preeklampsia berat dibandingkan ibu hamil yang pendidikannya sekolah menengah atas (SMA) / perguruan tinggi.

Preeklampsia Berdasarkan Aktivitas

Tidak ditemukan pasien dengan aktivitas berat, hanya terbatas pada aktivitas ringan dan sedang. Aktivitas yang terbanyak adalah aktivitas ringan yaitu sebesar 50,7%. Sebanyak 34,3% beraktivitas sedang pada kelompok preeklampsia. Dengan menggunakan uji Fisher's exact test didapatkan nilai $p < 0,05$, hal ini membuktikan bahwa didapatkan hubungan yang bermakna antara aktivitas dengan kejadian preeklampsia, dengan probabilitas 94,4% ($p < 0,000$: OR 16,9 : CI 95% 6,93 - 41,28) atau memiliki risiko terkena preeklampsia 16,9 kali lebih besar dibandingkan yang beraktivitas sedang.

Pada nulipara, probabilitas 97,86% ($p < 0,033$: OR 45,72 : CI 95% 1,28 - 16,27) atau memiliki 4,57 kali risiko terkena preeklampsia pada yang tidak bekerja dibandingkan yang beraktivitas sedang. Sedangkan pada multipara, probabilitas 81,48% ($p < 0,001$: OR 4,4 CI 95% 1,87 – 10,35) atau memiliki 4,4 kali risiko terkena preeklampsia pada yang tidak bekerja dibandingkan yang beraktivitas sedang. .

Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Rozikhan (Agustus 2004-Desember 2006) di Kendal mendapatkan bahwa ibu hamil yang tidak bekerja mempunyai risiko 2,01 kali lebih tinggi untuk terjadi preeklampsia berat dibandingkan dengan seorang ibu hamil bekerja.⁶ Penelitian oleh Amirah (2010) di Medan menunjukkan hasil dari 50 kasus, frekuensi penderita preeklampsia berat terbanyak pada ibu rumah tangga yaitu 88% dan pada penderita eklampsia dari 11 kasus didapatkan frekuensi penderita eklampsia terbanyak pada ibu rumah tangga yaitu 81,8%.¹⁴

Aktivitas pekerjaan memiliki dampak terhadap peredaran darah dan kerja otot. Perubahan peredaran darah pada ibu hamil terjadi seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, hal ini terjadi akibat pembesaran dari uterus. Bertambahnya usia kehamilan berdampak semakin bertambahnya kerja jantung untuk memenuhi kebutuhan selama hamil. Aktivitas pekerjaan dapat dilakukan selama tidak terlalu berat, sehingga kelancaran peredaran darah tetap terjaga dan ibu hamil bisa terhindar dari preeklampsia.

Pekerjaan yang menjadi risiko preeklampsia lebih tepatnya tidak diartikan sebagai profesi ibu,

akan tetapi karakteristik aktivitas yang dilakukan terkait pekerjaannya. Karakteristik activity daily life (ADL) dapat memperkirakan aktivitas simpatis yang berkaitan dengan preeklampsia.⁸

Preeklampsia Berdasarkan Jumlah Menikah

Jumlah menikah yang terbanyak adalah 1 kali yaitu sebesar 94,3 % atau berjumlah 132 orang. Jumlah menikah 2 kali yang terbanyak pada multipara dengan preeklampsia yaitu sebanyak 5 orang. Dari tabel 2 didapatkan nilai $p > 0,05$ hal ini membuktikan bahwa tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara kelompok jumlah menikah dengan kejadian preeklampsia. Hal ini terjadi karena tidak didapatkan sampel pasien yang menikah lebih dari satu kali dengan jumlah yang cukup, dimana sampel yang didapatkan hanya 8 orang saja yang menikah lebih dari 1 kali.

Preeklampsia Berdasarkan Interval Pernikahan dengan Kehamilan

Didapatkan hubungan yang bermakna antara lamanya pernikahan dengan kehamilan terhadap kejadian preeklampsia, dengan probabilitas 87,85% ($p < 0,000$: OR 7,23 CI 95% 2,58 – 20,29) atau memiliki risiko 7,23 kali lebih besar terkena preeklampsia. Pada nulipara didapatkan probabilitas 97,11% ($p < 0,000$: OR 33,6 CI 95% 5,76 – 196,10) atau memiliki risiko 33,6 kali lebih besar terkena preeklampsia.

Pada nulipara didapatkan rata-rata interval antara pernikahan dengan kehamilan $6,64 \pm 7,89$ bulan, dengan nilai yang tercepat 1 bulan dan yang lama 40 bulan. Pada kelompok sampel preeklampsia rata-rata waktu yang dibutuhkan $4,17 \pm 7,93$ bulan. Waktu yang tercepat adalah 1 bulan dan yang terlama adalah 40 bulan. Pada kelompok sampel yang tidak preeklampsia dibutuhkan waktu $9,33 \pm 7,07$ bulan, dengan waktu yang tercepat 3 bulan dan yang terlama 30 bulan. Namun setelah dieksklusi 3 orang pasien dengan infertilitas yaitu 1 orang dari kelompok preeklampsia dan 2 orang dari kelompok tidak preeklampsia, maka didapatkan pada kelompok preeklampsia rerata waktu pajanan sperma yaitu $2,55 \pm 1,40$ bulan sedangkan pada kelompok tidak preeklampsia rerata pajanan sperma $7,263 \pm 2,85$ bulan .

Bila pasien dengan infertilitas primer di kedua kelompok diekskusi, dengan fisher's exact test didapatkan p 0,000 dengan OR 58,8 CI 95% 6,2 – 558,45. Dengan kata lain memiliki risiko 58,8 kali lebih besar pada pajanan yang kurang dari 4 bulan dengan probabilitas 98,4%. Hal ini berbeda dengan penelitian Kho et al tahun 2009 di New Zealand, dimana didapatkan pada yang terpapar < 6 bulan memiliki OR 2,3 CI 95% 1,09 -4,98 dengan frekuensi 12 kali/bulan sedangkan pada , 3 bulan OR 3,22 CI 1,18 – 8,79 dengan frekuensi 12 kali/bulan. Dan pada orang yang baru pertama kali dengan rata rata 2 kali berhubungan sudah hamil OR 3,22 CI 95% 0,66 – 15,7.

Teori lain yang menyebutkan bila trofoblast itu setelah iskemik, trofoblas mengalami apoptosis. Sebenarnya ini ada kaitannya juga dengan imunologi. Karena pada keadaan itu dihasilkan IL-2, IFN α dan TNF yang bertanggung jawab dalam apoptosis sel. Sitokin-sitokin itu dihasilkan dari aktivitas makrofag dan netrofil (pada respon imun non spesifik). Pada akhirnya teraktivasi limfosit T. Jadi apa yang terjadi di endotel? terjadi ketidak seimbangan prostasiklin dan tromboxan sehingga vasokonstriksi.^{9,10}

Paparan trofoblas ini tidak dapat dilindungi blocking antibodies secara optimal Karena jumlahnya yang tidak adekuat. Selain itu terjadi penurunan ekspresi Human Leucocyte Antigen-G (HLA-G) pada sitotrofoblas. Hal ini mengakibatkan menurunnya pelindung trofoblas oleh penghancuran NK dan sitokin sitotoksik IL-2. Hal ini mengakibatkan hambatan invasi trofoblas pada arteri spiralis.¹¹

Pada nulipara terutama konsepsi yang terjadi terlalu cepat setelah pajanan sperma tidak memberikan waktu yang cukup untuk ibu membentuk blocking antibody.¹

Preeklampsia Berdasarkan BMI

Distribusi responden terbanyak yaitu pada BMI normoweight baik pada preeklampsia maupun bukan preeklampsia. Pada analisa tidak terdapat hubungan antara BMI dengan kejadian preeklampsia. Akan tetapi pada variable lain yang terkait BMI yaitu profil lipid menunjukkan terdapat hubungan bermakna antara profil

lipid dengan kejadian preeklampsia dimana dislipidemia banyak terjadi pada kelompok preeklampsia. Hal ini menunjukkan meskipun normoweight, akan tetapi pasien preeklampsia banyak mengalami dislipidemia. Selain itu obesitas sebagai faktor risiko preeklampsia terutama pada keadaan obesitas sentral. Pada penelitian ini hanya dilakukan pemeriksaan untuk menentukan obesitas perifer.

Berat badan berlebih pada kehamilan meningkatkan risiko terjadi preeklampsia. Hal ini berhubungan dengan peningkatan serum trigliserida dan rendahnya kadar lipoprotein pada wanita obesitas. Profil lipid yang seperti ini dapat menginduksi stress oksidatif yang disebabkan oleh iskemia mekanisme reperfusi dan aktivasi netrofil yang berakibat disfungsi sel endothelial.¹² Selain itu menyebabkan aterotrombosis, dan menginduksi agregasi trombosit yang pada akhirnya menyebabkan koagulopati yang merupakan salah satu karakteristik preeklampsia.

Obesitas sentral yang ditandai dengan lemak visceral berisiko lebih tinggi terjadinya preeklampsia dibandingkan dengan lemak perifer. Lemak visceral memproduksi C Reactive Protein (CRP) dan sel proinflamasi, PAI-1 serta leptin yang keseluruhannya berkontribusi dalam terjadinya stres oksidatif. Lemak visceral juga akan meningkatkan produksi lemak oleh hepar.

Selain berat badan berlebih, berat badan yang kurang dari normal juga berisiko preeklampsia. Hal yang ini disebabkan oleh kurangnya protein yang berdampak pada defisiensi imunologi dan berkurangnya ekspresi protein-protein yang bertanggung jawab pada proses invasi trofoblas. Selain itu orang dengan status gizi kurang lebih rentan mengalami stress oksidatif yang berujung pada preeklampsia salah satunya.

Preeklampsia Berdasarkan Riwayat Penambahan Berat Badan

Didapatkan hubungan yang bermakna antara penambahan berat badan dengan kejadian preeklampsia, dengan probabilitas 69,29% (p 0,027 : OR 2,26 CI 95% 1,15 – 4,44) dan pada multipara probabilitas 77,11% (p 0,005 : OR 3,37 CI 95% 1,45 – 7,80). Sedangkan pada nulipara

tidak didapatkan peningkatan berat badan yang bermakna terhadap timbulnya preeklampsia.

Jumlah yang terbanyak pada penambahan berat badan adalah pada kriteria penambahan berat badan normal. Rerata kenaikan berat badan selama kehamilan pada kelompok preeklampsia lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok tidak preeklampsia. Hal ini menunjukkan kenaikan berat badan yang tinggi meningkatkan risiko preeklampsia. Selain berat badan berlebih (overweight dan obesitas) dan underweight, risiko terjadinya preeklampsia juga terjadi pada kenaikan berat badan yang berlebih pada kehamilan meskipun berat badan sebelum kehamilan normal. Hal ini berhubungan dengan terjadinya stres oksidatif akut akibat pelepasan asam lemak bebas serta terjadinya resistensi cairan.

Preeklampsia Berdasarkan Riwayat Merokok

Didapatkan hubungan yang bermakna antara riwayat merokok dengan kejadian preeklampsia, dengan probabilitas 72,83% (p 0,049 : OR 2,68 CI 95% 1,08 – 6,67) atau dengan risiko 2,68 kali lebih tinggi terkena preeklampsia.

Pada beberapa penelitian dilaporkan bahwa merokok dapat menurunkan faktor risiko preeklampsia. Mekanisme yang dapat menjelaskannya yaitu melalui efek biologi karbonmonoksida (CO) yang terbentuk pada saat merokok. Karbon monoksida berperan menghambat produksi protein antiangiogenik plasenta seperti SFlt1 dan menghambat apoptosis dan nekrosis plasenta. Akan tetapi perlu dilakukan penelitian biologimolekuler untuk melihat efek CO tersebut.⁷ Karbon monoksida berperan seperti neurotransmitter yang menghambat agregasi trombosit dan berperan sebagai muscle relaxant dinding pembuluh darah. Kekurangan karbonmonoksida menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah. Efek CO diperkuat oleh aktivitas NO. Merokok memberikan masukan CO dari eksternal, karena pada preeklampsia terjadi penurunan CO akibat penurunan ekspresi HO-2.¹³

KESIMPULAN

Didapatkan hubungan yang bermakna pada: aktivitas, interval pernikahan terhadap kehamilan, dan penambahan berat badan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Yousefi Z, Zafarnezhad F, Nasrollahi S, Esmaelli H. Assesment of Correlation between Unprotected Coitus and Preeklampsia. *Journal of researches in medical sciences* 2006 (11)
2. Cunningham FG, Gant NF, Lenof KJ. Pregnancy hypertension. In *Obstetry William 23 rd edition*. Mc Graw-Hill Companies. USA, 2010.
3. Lim JH, Kim SY, Lee SW, Park SY, Han JY, Chung JH, Kim MY et al. Association of Genetic Polyporphism in Androgen Receptor Gene and the Risk of Preeklampsia in Korean Women. *J Assist Reprod Genet* 2011; 28: 85-90
4. Uzan J, Carbonnel M, Piconne O, Asmar R, Ayoubi JM. Preeklampsia: pathophysiology, diagnosis, and management. 18 Juli 2011. {3 Desember 2011}. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/PMC3148420>.
5. Fizzpatrick E, Johnson ME, Dyer TD, Forrest S, Elliot K, Blangero J, Brennecke SP, Moses EK. Genetic Association of the Activin A Receptor Gene (ACVR2A) and Preeklampsia. *Molecular Human Reproduction* 2009; 15(3): 195-204
6. Rozikhan. Faktor-faktor risiko terjadinya preeklampsia berat di Rumah Sakit Dr. Soewondo Kendal. [Tesis]. Semarang: Program Magister Epidemiologi Universitas Diponegoro;2007.
7. Karumanchi SA, Levine RJ,. How Does Smoking Reduce the Risk of Preeklampsia. *Hypertension* 2010; 55(5): 1100-01
8. Weissgerber TL, Wolfe LA, Davies GA. The Role of Regular Physical Activity in Preeklampsia Prevention. *Med Sci Sports Exerc* 2004; 36 (12)
9. Lim KH. Preeklampsia. Available from: <http://www.medscape> diakses pada 25 Agustus 2012

10. Wen SW, Champagae J, White RR, Cogle D, Fraser W et al. Clinical Study of Folic Acid Siplementation in Pregnancy on Preeklampsia: the Folic Acid Clinical Trial Study. *Journal of Pregnancy* 2013
11. Tavana Z, Horsrenmirzai S. Comparison of Maternal Serum Mg Level in Preeklampsia and Normal Pregnant Women. *Iran Cres Med J.* 2013; 15 (12)
12. Yousuf F, Haider G, Haider A, Muhammad N. Eclampsia; frequency and morbidity. Desember 2009. {29 Agustus 2012}. Available from: <http://www.theprofesional.com/article/2009/V-16-N-4/PROF-1466.pdf>
13. Agida ET, Adeka BI, Jibril KA. Pregnancy outcome in eclamptics at the University of Abuja Teaching Hospital, Gwagwalada, Abuja: A 3 year review. 2010. {26 Agustus 2012}. Available from: <http://www.njcponline.com/article.asp?issn=11193077;year=2010;volume=13;issue=4;spage=394;epage=398;aulast=Agida>
14. Amirah N. Karakteristik ibu penderita preeklampsia berat dan eklampsia serta hubungannya dengan faktor risiko di RSUP H. Adam Malik , Medan dalam tahun 2008-2010.[Karya Tulis Ilmiah]. Medan: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara; 2010.

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN SIKAP BIDAN MENGENAI TEKNIK INSPEKSI VISUAL ASETAT (IVA) DALAM SKRINING KANKER SERVIKS DI PUSKESMAS KOTA PADANG

The Relationship between Education Level and Midwives Attitude of Visual Acid Inspection (VIA) Technic on Servical Cancer Screening in Local Government Clinic of Padang City

Pelsi Sulaini, Novendra, Edison
Bagian Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang

Abstrak

Penggunaan teknik IVA sebagai alat deteksi dini kanker serviks masih belum dikenal secara luas oleh petugas kesehatan di kota Padang. Pada penelitian ini akan dilakukan pengambilan data melalui kuesioner untuk melihat hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap mengenai skrining kanker serviks dengan metode IVA terhadap bidan yang melakukan pelayanan ginekologi di Puskesmas kota Padang. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan menggunakan desain cross sectional dimana variable independen dan variable dependen diteliti pada waktu bersamaan di Puskesmas kota Padang pada bulan Juli – Agustus 2014. Dilakukan pemilihan subjek penelitian bidan yang melakukan pelayanan ginekologi di Puskesmas kota Padang yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 48 orang, dilakukan wawancara terpimpin dengan kuesioner, data direkapitulasi, dan diolah secara komputerisasi dengan menggunakan perangkat lunak computer dan dilakukan uji statistik. Terdapat hubungan yang lemah antara tingkat pengetahuan (X) dengan sikap (Y) bidan di Puskesmas Kota Padang mengenai skrining kanker serviks dengan menggunakan teknik IVA sebesar 0,248 ($r=0,248$) dan signifikansi sebesar 0.090.

Kata Kunci: Inspeksi Visual Asetat (IVA), Bidan, Kanker Serviks

Abstract

Using of Visual Acid Inspection (VIA) as one of examination for cervical cancer screening not well-knowned among health workers in Padang. This study was conducted to know the level of knowledge and attitudes of midwives about cervical cancer screening using Visual Acid Inspection (VIA) examination in Primary Health Center in Padang. This was a cross sectional analytic study and has been performed in Primary Health Center in Padang from July – August 2014. Selection of the research subjects was performed to a midwife who worked in gynecological clinic that meets inclusion criteria. We found 48 midwives that met inclusion criteria, guided interviews were conducted with a questionnaire, data recapitulated, and computerized processed using computer software and performed statistical tests. There was weak correlation between level of knowledge (X) and attitude (Y) about Visual Acid Inspection (VIA) in cervical cancer screening in Padang primary health center. With $r (0,248)$ and sigfication 0.090.

Keywords: Visual Acid Inspection (VIA), Midwife, Level Of Knowledge, Attitude

Koresponden: Novendra, Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RSUP Dr. M. Djamil Padang.

PENDAHULUAN

Kanker di Indonesia merupakan penyebab no 5 kematian pada wanita. Hal ini disebabkan meningkatnya jumlah pasien penderita kanker karena meningkatnya usia harapan hidup wanita di Indonesia. Meningkatnya umur harapan hidup ini dihubungkan dengan meningkatnya taraf kehidupan sosioekonomi masyarakat. Dari jumlah kanker yang diderita oleh wanita di Indonesia, 40 % merupakan keganasan ginekologi.¹

Di Indonesia diperkirakan ditemukan 40 ribu kasus baru kanker mulut rahim setiap tahunnya. Menurut data kanker berbasis patologi di 13 pusat laboratorium patologi, kanker serviks merupakan penyakit kanker yang memiliki jumlah penderita terbanyak di Indonesia. Dari data 17 rumah sakit di Jakarta 2007, kanker serviks menduduki urutan pertama, yaitu 432 kasus di antara 918 kanker pada perempuan.²

Angka kasus kanker serviks di Rumah Sakit Dr. M. Djamil Padang sebagai rumah sakit rujukan di Sumatera Barat, masih mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2007 terdapat 36 kasus dan mengalami peningkatan di tahun 2008 yaitu 42 kasus, pada tahun 2009 sebanyak 31 kasus dan tahun 2010 sebanyak 33 kasus kanker serviks. Kejadian paling banyak dari seluruh kasus kanker serviks pada tahun 2010 di Rumah Sakit Dr. M. Djamil Padang berasal dari Wilayah Kota Padang yaitu sebanyak 12 kasus (36,36 %) menyusul Kabupaten Padang Pariaman sebanyak 4 kasus (12,12 %).³

Kanker serviks merupakan kanker dengan insiden cukup tinggi pada wanita di Indonesia. Keterlambatan diagnosis pada stadium lanjut, keadaan umum yang lemah, status sosial ekonomi yang rendah, keterbatasan sumber daya, keterbatasan sarana dan prasarana, jenis histopatologi, dan derajat pendidikan ikut serta dalam menentukan prognosis dari penderita. Hal tersebut menjadikan alasan mengapa deteksi dini atau penapisan terhadap kanker leher rahim penting. Saat ini, skrining merupakan upaya terbaik dalam menangani kanker serviks, mengingat tidak sedikit beban kesehatan yang dikeluarkan untuk menangani kanker ini.^{2,4}

Saat ini banyak penelitian tentang skrining dengan metode IVA dilakukan di berbagai negara berkembang. Skrining dengan metode

IVA dilakukan dengan cara yang sangat sederhana, murah, nyaman, praktis, dan mudah. Beberapa karakteristik metode ini sesuai dengan kondisi Indonesia yang memiliki keterbatasan ekonomi dan keterbatasan sarana serta prasarana kesehatan. Karenanya pengkajian penggunaan metode IVA sebagai cara skrining kanker leher rahim di daerah-daerah yang memiliki sumber daya terbatas ini dilakukan sebagai salah satu masukan dalam pembuatan kebijakan kesehatan nasional di Indonesia.⁵

Ketua umum Yayasan Kanker Indonesia (YKI) Adiati Arifin Siregar pada tahun 2008 menyatakan kekhawatirannya dengan jumlah kematian wanita yang tinggi akibat penyakit kanker serviks di Indonesia. Sosialisasi mengenai pencegahan kanker serviks sangat diperlukan untuk dapat merubah perilaku wanita dalam menjaga kesehatan organ reproduksinya, karena kanker serviks merupakan jenis kanker yang paling dapat dicegah yaitu dengan menghindari faktor resiko, melakukan skrining atau deteksi dini, dan vaksinasi HPV. Deteksi dini kanker serviks dapat dilakukan dengan metode IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) atau pemeriksaan pap smear. Akan tetapi menurut Emilia (2010) bahwa kendala sosial masyarakat berkaitan dengan konsep “tabu” merupakan salah satu hambatan tes skrining kanker serviks. Sementara itu program vaksinasi HPV masih merupakan hal yang baru meskipun telah dimulai pada tahun 2006, akan tetapi sosialisasinya belum menjangkau wanita secara luas.⁶

Kanker serviks dan upaya pencegahannya masih merupakan masalah yang menarik perhatian para profesional kesehatan. Hasil penelitian oleh Anti Widayani (2009) di Surabaya menunjukkan bahwa 42,9 % responden memiliki tingkat pengetahuan tinggi, 21,6% responden memiliki tingkat pengetahuan sedang, dan 35,5% responden memiliki tingkat pengetahuan rendah tentang pencegahan kanker serviks. Hasil penelitian lain oleh Ninik Artiningsih (2011) di Mojokerto juga menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna dan positif antara pengetahuan wanita usia subur (WUS) dengan tindakan pemeriksaan IVA sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit kanker serviks.⁷

Pada penelitian yang dilakukan Rathi terhadap tenaga kesehatan (bidan dan dokter)

yang bekerja di 100 Puskesmas di 5 wilayah Jakarta secara acak, ditemukan tingkat pengetahuan responden mengenai IVA masih lebih rendah (68.2 %) dibandingkan dengan pengetahuan mengenai skrining menggunakan pap smear (99%) masih terdapat responden yang tidak mengetahui peranan IVA sebagai metode deteksi dini kanker serviks karena mayoritas responden masih menjawab pap smear sebagai metode deteksi dini kanker serviks.⁴

Dari penelitian Rathi dkk, pelaksanaan IVA di puskesmas di provinsi DKI Jakarta masih terkendala oleh beberapa hal; kurangnya sosialisasi kepada petugas puskesmas mengenai metoda ini, kurangnya pelatihan mengenai pelaksanaan teknik ini di Puskesmas, dan masih ada beberapa petugas kesehatan di Puskesmas yang beranggapan skrining lebih tepat dilakukan oleh dokter spesialis obstetri ginekologi.⁴

Mengenai pelaksanaan teknik IVA di puskesmas di kota Padang masih belum ditemukan data yang jelas. Dari peninjauan ke 5 Puskesmas di kota Padang yaitu puskesmas Padang Pasir, Seberang Padang, Nanggalo, Lapai dan puskesmas Andalas. terdapat 3 puskesmas yang pernah melakukan skrining dengan teknik IVA dan 2 diantaranya masih melakukan skrining dengan teknik IVA sampai sekarang. Kendala yang ditemui berkaitan dengan pelaksanaan skrining kanker serviks dengan teknik IVA adalah; belum adanya instruksi yang jelas dari dinas kesehatan propinsi maupun kota mengenai pelaksanaan skrining dengan teknik IVA di Puskesmas, pelatihan yang kurang terhadap tenaga kesehatan serta tidak adanya tenaga terlatih untuk melakukan skrining.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap bidan mengenai skrining kanker serviks dengan menggunakan teknik IVA di Puskesmas di Kota Padang.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan menggunakan desain cross sectional dimana variable independen dan variable dependen diteliti pada waktu bersamaan di

Puskesmas kota Padang pada bulan Juli – Agustus 2014. Dilakukan pemilihan subjek penelitian bidan yang melakukan pelayanan ginekologi di Puskesmas kota Padang yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 48 orang, dilakukan wawancara terpimpin dengan kuesioner, data direkapitulasi, dan diolah secara komputerisasi dengan menggunakan perangkat lunak computer dan dilakukan uji statistik menggunakan uji t tidak berpasangan dan bila data tidak berdistribusi normal digunakan uji Mann-Whitney.

HASIL

Pengetahuan Bidan mengenai Teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada skrining kanker serviks di Puskesmas Kota Padang

Pada bagian ini dideskripsikan data mengenai pengetahuan bidan dalam pelaksanaan Teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada Skrining Kanker Serviks di Puskesmas Kota Padang. Data diperoleh melalui kuesioner yang diberikan kepada bidan yang melakukan pelayanan ginekologi dan memenuhi kriteria inklusi di Puskesmas Kota Padang sebanyak 48 orang Bidan.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Bidan dalam Pelaksanaan Teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada Skrining Kanker Serviks di Puskesmas Kota Padang.

Tingkat pengetahuan	f	%
Baik	28	58,33
Cukup	13	27,08
Kurang	7	14,58
Jumlah	48	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dipahami bahwa sebanyak 28 orang (58,33%) bidan di kota Padang mempunyai pengetahuan yang baik dan sebanyak 7 orang (14,58 %) mempunyai pengetahuan yang kurang dalam pelaksanaan Teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada Skrining kanker Serviks di Puskesmas Kota Padang. Selanjutnya akan disajikan data per item pertanyaan pada kuesioner yang diberikan kepada responden.

Tabel 2. Deskripsi per item pada Variabel Pengetahuan

No. Angket	Benar		Salah		Total	
	f	%	f	%	f	%
1	47	98	1	2	48	100
2	48	100	0	0	48	100
3	45	94	3	6	48	100
4	42	88	6	12	48	100
5	24	50	24	50	48	100
6	38	79	10	21	48	100
7	48	100	0	0	48	100
8	23	48	25	52	48	100
9	25	52	23	48	48	100
10	20	42	28	58	48	100

Berdasarkan Tabel 4.2 di atas, dapat diketahui bahwa responden yang menjawab pada item No. 5, 8 dan 10 tidak sampai mencapai 60%, sehingga dapat dipahami bahwa pengetahuan bidan masih kurang terkait dengan hal tersebut.

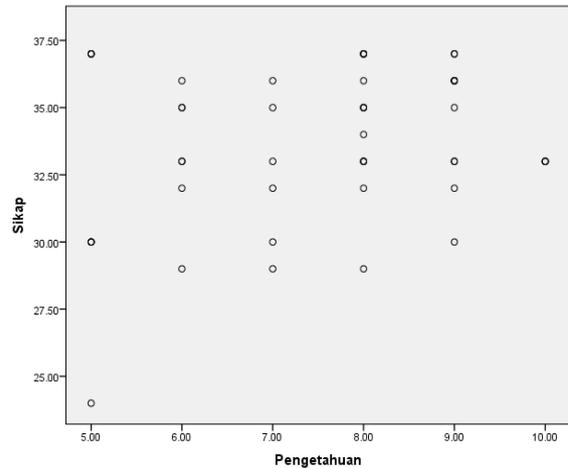
Sikap Bidan mengenai teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada Skrining Kanker Serviks di Puskesmas Kota Padang

Berdasarkan hasil kuesioner mengenai sikap bidan diketahui sebanyak 48 orang atau sebesar 100% Bidan/petugas kesehatan di Kota Padang mempunyai sikap yang positif dalam pelaksanaan Teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada Skrining kanker Serviks di Puskesmas Kota Padang

Pengujian hipotesis penelitian

Pengujian hipotesis dilakukan dengan menggunakan teknik analisa data Pearson Correlation. Adapun hipotesis yang dikemukakan pada penelitian ini yaitu terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan (X) dengan sikap (Y) bidan di Puskesmas Kota Padang mengenai skrining kanker serviks dengan menggunakan teknik IVA.

Perhitungan koefisien korelasi dengan teknik analisa data *Pearson Correlation* dilakukan dengan memanfaatkan perangkat lunak statistik. Hasil perhitungan koefisien korelasi dapat dilihat pada gambar 1 berikut.



Gambar 1. Diagram sebar hubungan pengetahuan dengan sikap bidan mengenai teknik IVA dalam skrining kanker serviks di Puskesmas kota Padang

Dari hasil analisis di atas memberikan gambaran bahwa hubungan antara tingkat pengetahuan (X) dengan sikap (Y) petugas kesehatan di Puskesmas Kota Padang dalam pelaksanaan skrining kanker serviks dengan menggunakan teknik IVA sebesar 0,248 ($r=0,248$) dan signifikansi sebesar 0.090. Hal ini berarti terdapat korelasi yang lemah antara pengetahuan dan sikap bidan mengenai teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada skrining kanker serviks di Puskesmas Kota Padang.

DISKUSI

Pengetahuan Bidan mengenai Teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada skrining kanker serviks di Puskesmas Kota Padang

Dari data kuesioner pengetahuan didapatkan sebagian besar (58.33 %) responden memiliki pengetahuan yang baik mengenai teknik IVA dalam skrining kanker serviks.

Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada skrining kanker serviks telah cukup Meskipun masih terdapat sebanyak 7 orang (14,58%) dengan pengetahuan yang kurang. .

Notoadmojo 2005, mengungkapkan pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap sesuatu melalui indera yang dimilikinya. Dan dapat mempengaruhi seseorang secara alamiah dan mendasari dalam

mengambil keputusan rasional dan efektif dalam menerima perilaku baru yang akan menghasilkan persepsi positif dan negatif. Semakin tinggi tingkat pengetahuan bidan tentang teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada skrining kanker serviks maka semakin baik pelaksanaannya.⁸

Dari hasil kuesioner masih banyak bidan yang menjawab salah pertanyaan no 5, 8, dan 10 yang merupakan pertanyaan mengenai dasar pemeriksaan IVA. Dari data diatas dapat disimpulkan masih banyak responden yang belum mengetahui mengenai dasar pemeriksaan IVA terutama mengenai lama efek IVA, mekanisme kerja tes IVA dan efek IVA pada daerah transformasi.

Hal ini bisa disebabkan oleh faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seperti usia, pendidikan, pekerjaan, dan sumber informasi. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal akan tetapi dapat diperoleh dari pendidikan nonformal.⁸

Pada penelitian ini tidak dilakukan penelitian terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan sehingga tidak diketahui pengaruh faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan terhadap hasil penelitian yang didapatkan. Selain itu sebaiknya dilakukan homogenisasi sampel sehingga didapatkan sampel penelitian yang seragam untuk menghindari bias hasil dalam penelitian.

Sikap Bidan mengenai teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada Skrining Kanker Serviks di Puskesmas Kota Padang

Berdasarkan hasil kuesioner mengenai sikap bidan diketahui sebanyak 48 orang atau sebesar 100% Bidan/petugas kesehatan di Kota Padang mempunyai sikap yang positif dalam pelaksanaan Teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada Skrining kanker Serviks di Puskesmas Kota Padang

Hal ini menunjukkan seluruh responden memiliki sikap yang positif terhadap pelaksanaan skrining dengan menggunakan teknik IVA. Sikap dapat bersifat positif dan bisa bersifat negatif. Dalam bersikap positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu. Sedangkan dalam sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi,

menghindari, membenci dan tidak menyukai objek tertentu.⁸ Beberapa faktor yang bisa mempengaruhi sikap responden (pengalaman pribadi, pengaruh orang lain, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan, faktor emosional).⁹

Notoatmodjo, 2005 mengatakan adanya variabel yang mempengaruhi sikap tersebut seperti tingkat pendidikan bidan, masa kerja serta pelatihan yang menunjang yang pernah diikuti.¹⁰

Sedangkan pada penelitian Wattimena (2008) didapatkan sikap dipengaruhi oleh faktor usia bahwa kedewasaan seseorang diketahui dari umur sebagai faktor untuk mengetahui kemampuan, pengetahuan, persepsi dan bersikap dalam bertindak, berpikir dan mengambil keputusan.¹¹

Sikap yang positif pada penelitian ini tidak bisa dijadikan patokan sebagai sikap yang baik karena pada penelitian ini hanya meneliti salah satu variabel (pengetahuan) yang mempengaruhi sikap, perlu dilakukan penelitian terhadap faktor – faktor yang mempengaruhi sikap (pengalaman pribadi, pengaruh orang lain, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan, faktor emosional) sehingga bisa diketahui bagaimana sikap bidan sebenarnya terhadap skrining IVA.

Pada penelitian ini tidak dilakukan perbedaan antara sikap bidan yang dilatih dan tidak mendapatkan pelatihan sehingga sikap positif pasien terhadap IVA dalam skrining kanker serviks tidak bisa dibedakan.

Pengujian hipotesis penelitian

Dari hasil analisis dengan perhitungan koefisien korelasi dengan teknik analisa data Pearson Correlation dengan memanfaatkan perangkat lunak statistik memberikan gambaran bahwa hubungan antara tingkat pengetahuan (X) dengan sikap (Y) petugas kesehatan di Puskesmas Kota Padang dalam pelaksanaan skrining kanker serviks dengan menggunakan teknik IVA sebesar 0,248 ($r=0,248$) dan signifikansi sebesar 0.090.

Dari tabel sebar disimpulkan terdapat korelasi yang lemah (0,248) antara pengetahuan dan sikap bidan dalam pelaksanaan teknik

Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada skrining kanker serviks di Puskesmas Kota Padang. Hal ini bermakna pengetahuan responden yang rendah mengenai teknik IVA tidak mempengaruhi sikapnya terhadap skrining dengan menggunakan teknik IVA.

Korelasi yang lemah ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor. Karena pada penelitian ini hanya dilakukan penelitian terhadap hubungan salah satu variabel (pengetahuan) terhadap sikap, perlu dilakukan penelitian terhadap faktor –faktor yang mempengaruhi sikap (pengalaman pribadi, pengaruh orang lain, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan, faktor emosional) sehingga bisa diketahui bagaimana hubungan pengetahuan dengan sikap bidan sebenarnya terhadap skrining IVA.

KESIMPULAN

Sebanyak 28 orang (58,33%) bidan memiliki pengetahuan baik dan 7 orang (14,58%) memiliki pengetahuan kurang mengenai teknik inspeksi visual asetat (IVA) pada skrining kanker serviks di Puskesmas Kota Padang. Seluruh bidan memiliki sikap yang positif mengenai teknik inspeksi visual asetat (IVA) pada skrining kanker serviks di Puskesmas Kota Padang. Terdapat korelasi yang lemah antara pengetahuan dan sikap bidan mengenai teknik Inspeksi Visual Asetat (IVA) pada skrining kanker serviks di Puskesmas Kota Padang yaitu sebesar 0,248 ($r=0,248$) dan signifikansi sebesar 0.090.

DAFTAR PUSTAKA

1. Aziz MF. Gynecological cancer in Indonesia. *Journal of Gynecology Oncology*.2009. 8-10.
2. Rasjidi I. Epidemiologi Kanker Serviks. *Indonesian Journal of Cancer*. 2009; 103-108.
3. Rumah Sakit Umum Pusat Dr M Djamil. Rekam medik bagian Obstetri Ginekologi Padang. 2011.
4. Rathi MF. Deteksi Dini Kanker Serviks pada Pusat Pelayanan Primer di Lima Wilayah DKI Jakarta. *Journal of Indonesia Medical Assosiation*. 2011; 47-452.

5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Skrining Kanker Leher Rahim dengan Menggunakan Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA). Jakarta :Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008.
6. Yayasan kanker Indonesia (YKI) (2012). Retrieved January 4, 2014, from <http://www.ykicabjatim.org/index.php/galeri/20-kankber/72-detek-si-kanker-servik-dengan-metode-ival>
7. Lindayati. Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap wanita pasangan usia subur dengan tindakan pencegahan penyakit kanker serviks di kelurahan Air Tawar Barat wilayah kerja Puskesmas Air Tawar Kecamatan Padang Utara tahun 2011 : Fakultas Keperawatan Universitas Andalas. Padang. 2011.
8. Notoatmodjo. In Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Rineka Cipta. Jakarta. 2005.
9. Azwar S. Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya, edisi 2. Pustaka Pelajar. Yogyakarta. 2007.
10. Notoatmodjo. “Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan”. Rineka Cipta. Jakarta. 2003
11. Wattimena M, Analisis Penerapan Standar Asuhan Persalinan Normal (APN) oleh Bidan di RSUD Kab Sorong Papua Barat tahun 2008, Program Pasca Sarjana Magister IKM, Universitas Diponegoro-Semarang, 2008

KEEFEKTIFAN MISOPROSTOL PERORAL SEBAGAI PEMATANGAN SERVIKS PADA KETUBAN PECAH DINI KEHAMILAN ATERM DENGAN SKOR BISHOP ≤ 4 DI PADANG

Effectiveness of Oral Misoprostol as Cervical Ripening at Premature Rupture of Term Pregnancies with Bishop Score ≤ 4 in Padang

Joserizal Serudji, Ranni Fistri Khaisari, Erkadius
Bagian Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang

Abstrak

Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum terjadinya kontraksi (his). KPD ini terjadi 5-10% dari seluruh persalinan. 70% kasus KPD terjadi pada persalinan aterm. Sehingga KPD yang terjadi pada kehamilan aterm agar dilakukan induksi persalinan untuk menurunkan kejadian resiko komplikasi ibu dan janin. Penelitian ini dilakukan untuk membandingkan efektifitas pematangan serviks pada pemberian misoprostol 25 ug peroral dengan yang tidak diberikan pada ketuban pecah dini aterm dengan skor bishop kecil atau sama dengan (\leq) 4. Penelitian dilakukan di bagian Obstetri dan Ginekologi RS Dr. M. Djamil Padang dan RS Reksodiwiryio Padang dari bulan November 2013 sampai Agustus 2014 menggunakan metode *Simple Random Sampling*. Subjek yang memenuhi kriteria inklusi dilakukan penilaian keadaan serviks dan dilakukan pemeriksaan laboratorium dan non stress test kemudian data direkapitulasi dan dilakukan uji statistik. Terdapat perbedaan yang signifikan kenaikan skor bishop pada pemberian misoprostol 25 ug peroral dengan yang tidak diberikan pada ketuban pecah dini aterm dengan skor bishop kecil atau sama dengan (\leq) 4. Hal ini dibuktikan dengan nilai p value diperoleh sebesar $0,000 < 0,05$. Dan tidak didapatkan efek samping pada penelitian ini

Kata Kunci: Keefektifan misoprostol, pematangan serviks, ketuban pecah dini

Abstract

Premature rupture of membranes (PROM) is defined as rupture of membranes before contraction (his). KPD is the case of 5-10% of all deliveries. 70% cases of KPD occur in term pregnancies. So that KPD in aterm pregnancies suggested to be induction of labour to reduce incidence risk of mother and fetus complication. The aim of this study was to compare the effectiveness of cervical ripening by using Misoprostol 25 μ g peroral and without using Misoprostol 25 μ g at term premature rupture of membrane with Bishop Score ≤ 4 . This study was conducted at Departement of Obstetrics and Gynecology, Dr. M. Djamil Central General Hospital and Reksodiwiryio Hospital Padang from November 2013 – August 2014 using Simple Random Sampling design. Subject selected based on include inclusion criteria then do an assesment of the state of the cervix and laboratory examination and non stress test then recapitulated and processed data is computerized using the computer software and statistical test. There are significant differences increasing of bishop scores on 25 mcg misoprostol orally with those not given to premature rupture of membranes atterm with less than bishop scores or equal to (\leq) 4. This is evidenced by the p value was $0.000 < 0.05$. And there is no side effects in this study.

Keyword : *misoprostol efectivity, premature rupture of membrane*

Koresponden: Ranni Fistri Khaisari, Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RSUP Dr. M. Djamil Padang.

PENDAHULUAN

Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum terjadinya kontraksi (his). KPD ini terjadi 5-10% dari seluruh persalinan. 70% kasus KPD terjadi pada persalinan aterm. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) 2007 merekomendasikan KPD yang terjadi pada kehamilan aterm agar dilakukan induksi persalinan untuk menurunkan kejadian resiko komplikasi ibu dan janin. Namun keputusan ini tetap dengan mempertimbangkan beberapa hal diantaranya presentasi janin, kematangan serviks, dan kemungkinan infeksi.¹

Di RS Dr.M.Djamil Padang berturut-turut dari tahun 2007, 2008 dan 6 bulan pertama tahun 2009 ditemukan gagal drip pada kasus ketuban pecah dini sebanyak 35.85%, 42.42%, 54.84%. Terlihat dari tahun ke tahun angka kegagalan drip ini meningkat sehingga angka seksio sesarea juga meningkat, penyebab gagal drip adalah akibat serviks yang belum matang.²

Penilaian serviks merupakan hal yang paling berpengaruh dalam keberhasilan induksi persalinan. Sebelum dimulainya induksi persalinan, ada prosedur standar yang harus dilakukan untuk menilai serviks, yaitu periksa dalam. Setelah kita lakukan periksa dalam, serviks akan digolongkan ke dalam dua golongan yaitu, matang dan belum matang (*ripe* dan *unripe*). Sekitar setengah dari seluruh wanita yang menjalani induksi persalinan didapati serviks yang belum matang sehingga diperlukan tindakan pematangan serviks. Teknik pematangan serviks dapat berupa metode farmakologi maupun non farmakologi.¹

Keberhasilan induksi persalinan tergantung dari kondisi serviks seperti konsistensi dan konfigurasi serviks. Serviks yang tidak matang akan menimbulkan kesulitan dalam induksi persalinan. Sangat diperlukan metode pematangan serviks yang sederhana dan efisien sebelum induksi persalinan. Ditemukan berbagai macam metode dari pematangan serviks dengan keuntungan dan kerugiannya, antara lain dengan pemberian oksitosin, prostaglandin, prostaglandin analog, penggunaan herbal dan minyak kastor, atau metode mekanik seperti penggunaan kateter foley, dan metode yang lainnya. Oksitosin dan prostaglandin merupakan

salah satu agen yang paling sering digunakan dalam pematangan serviks maupun induksi persalinan.³ Dari berbagai penelitian yang telah dilakukan dengan menggunakan prostaglandin menunjukkan hasil yang lebih baik pada pematangan serviks dibanding penggunaan oksitosin.⁴

Penelitian pertama dari penggunaan misoprostol dalam pematangan serviks adalah dinegara Afrika Selatan. Penelitian berikutnya melaporkan bahwa misoprostol intravaginal lebih menguntungkan dibandingkan dengan obat lain yang sering digunakan dalam pematangan serviks, termasuk oksitosin dan prostaglandin.⁵

Ekele dkk (2007) dalam penelitiannya terhadap 151 pasien di Usmanu Danfodiyo University Teaching Hospital Nigeria menemukan bahwa misoprostol aman dan efektif digunakan dalam pematangan serviks dan induksi persalinan dengan angka terjadinya persalinan normal sebesar 96%.⁶

Bila KPD terjadi pada umur kehamilan aterm maka sebaiknya dilakukan terminasi kehamilan. Pilihan pervaginam maupun bedah seksio sesaria tergantung kondisi ibu, janin dan kehamilan. Pematangan serviks (*Level of evidence Ia, Rekomendasi A*) dengan misoprostol 25 ug per vaginam setiap 6 jam selama 2 kali pemberian bila skor bishop ≤ 5 atau misoprostol 20-25 ug per oral setiap 2 jam selama 2 kali pemberian. Jangan memberikan oksitosin sebelum 6 jam pemberian misoprostol.⁷⁻⁹

Di RS Dr. M. Djamil Padang telah mempunyai protokol penatalaksanaan kasus KPD pada kehamilan aterm dengan bersifat menunggu sampai 6 jam. Diharapkan setelah 6 jam KPD, pasien akan masuk dalam proses persalinan (inpartu). Bila tidak inpartu dilakukan induksi persalinan dengan oksitosin. Namun hal ini menyebabkan tingginya angka kegagalan drip induksi sehingga angka seksio sesarea juga meningkat akibat induksi yang dilakukan pada serviks yang belum matang

METODE

Penelitian ini bersifat uji klinik acak terkontrol tanpa pembutaan, dilakukan di bagian Obstetri dan Ginekologi RS Dr. M. Djamil Padang dan

RS Reksodiwiryo Padang dari bulan November 2013 sampai Agustus 2014. Sampel dibagi dua kelompok, Kelompok A, ialah pasien KPD yang diberikan misoprostol 25 ug oral, kelompok B, ialah pasien KPD yang tidak diberikan misoprostol 25 ug oral.

Pemilihan subjek dilakukan secara random, pada penelitian ini menggunakan random simple sampling, ini bertujuan untuk membuat setiap kelompok mempunyai jumlah subjek yang sebanding pada suatu saat. Analisis data dan uji statistik dikerjakan dengan komputer menggunakan perangkat lunak program *Statistical Program for Social Science (SPSS)* for windows versi 15.0 dengan memakai uji-t

HASIL

Selama periode penelitian dari bulan November 2013 sampai Agustus 2014, didapatkan jumlah pasien hamil aterm dengan ketuban pecah dini yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi, yang datang ke kamar bersalin RS Dr. M. Djamil Padang dan RS Reksodiwiryo Padang yaitu sebanyak 14 orang pasien (3 pasien di RS Dr. M. Djamil dan 11 pasien di RS Reksodiwiryo). Jumlah kehamilan tidak diberikan misoprostol 7 orang dan diberikan misoprostol sebanyak 7 orang. Karakteristik subjek penelitian, data dan analisa tersaji dalam tabel berikut ini (tabel 1).

Tabel 1. Karakteristik Sampel

No	Variabel	Kelompok				P	Sig.
		Tidak diberikan misoprostol		Diberikan Misoprostol			
		Mean	SD	Mean	SD		
1.	Umur Ibu	26,86	5,52	30,43	6,95	0,308	NS
2.	Gravid	1,57	0,79	2,57	1,40	0,125	NS
3.	Umur kehamilan	38,86	1,464	39,00	1,291	0,850	NS
4.	Lama KPD	1,43	0,535	1,43	0,732	1.000	NS
5.	Skor bishop awal	3,14	0,38	3,29	0,49	0,552	NS

Umur ibu rerata $26,86 \pm 5,52$ pada kelompok tidak diberikan misoprostol dan $30,43 \pm 6,95$ pada kelompok misoprostol, umur ibu tidak memiliki

perbedaan yang bermakna secara statistik ($0,308 > 0,05$). Gravid rerata $1,57 \pm 0,79$ pada kelompok tidak diberikan misoprostol dan $2,57 \pm 1,40$ pada kelompok misoprostol, gravid tidak memiliki perbedaan yang bermakna secara statistik ($0,125 > 0,05$). Umur kehamilan ibu rerata $38,86 \pm 1,464$ pada kelompok tidak diberikan misoprostol dan $39,00 \pm 1,291$ pada kelompok misoprostol, usia hamil ibu tidak memiliki perbedaan yang bermakna secara statistik ($0,850 > 0,05$). Lama KPD rerata $1,43 \pm 0,535$ pada kelompok tidak diberikan misoprostol dan $1,43 \pm 0,732$ pada kelompok misoprostol, lama KPD tidak memiliki perbedaan yang bermakna secara statistik ($1,000 > 0,05$). Skor bishop awal rerata $3,14 \pm 0,38$ pada kelompok tidak diberikan misoprostol dan $3,29 \pm 0,49$ pada kelompok misoprostol, skor bishop awal tidak memiliki perbedaan yang bermakna secara statistik ($0,552 > 0,05$).

Tabel 2. Perbandingan Efektifitas Pematangan Serviks

No	Variabel	Kelompok				P	Sig.
		Tidak diberikan Misoprostol		Diberikan Misoprostol			
		Mean	SD	Mean	SD		
1	Kenaikan BS	0,00	0,00	2,14	0,90	0,000	S

Skor kenaikan bishop rerata $0,00 \pm 0,00$ pada kelompok tidak diberikan misoprostol dan $2,14 \pm 0,90$ pada kelompok misoprostol, nilai p value diperoleh sebesar $0,000 < 0,05$ artinya terdapat perbedaan yang signifikan kenaikan skor bishop pada pemberian misoprostol 25 ug peroral dengan yang tidak diberikan pada ketuban pecah dini aterm dengan skor bishop kecil atau sama dengan (\leq) 4.

Tabel 3. Efek Samping

Efek Samping	Tidak diberikan Misoprostol	Diberikan Misoprostol
Tidak ada	7 (100 %)	7 (100 %)
Mual/muntah	0	0
Diare	0	0
Takisistol	0	0
Hipertonus	0	0
Hiperstimulasi	0	0

Efek samping seperti mual, muntah, diare, takistolik, hipertonus dan sindroma hiperstimulasi tidak ditemukan pada kedua kelompok penelitian ini (Tabel 3).

KESIMPULAN

Terdapat perbedaan yang signifikan kenaikan skor bishop pada pemberian misoprostol 25 ug peroral dengan yang tidak diberikan pada ketuban pecah dini aterm dengan skor bishop kecil atau sama dengan (\leq) 4. Hal ini dibuktikan dengan nilai p value diperoleh sebesar $0,000 < 0,05$. Tidak didapatkan efek samping pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, authors. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. (ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes). *Obstet Gynecol* 2007;109:1007-1019
2. Rekam Medis. Bagian Obstetri dan Ginekologi RS. Dr. M. Djamil Padang. 2010
3. Tenore JL. Methods for Cervical Ripening and Induction of Labor. *Am Fam Physician* Vol 67 (10). 2003.
4. Elasari, T., Mirani, P., Ansyori, M.H., Syamsuri, K.A., Husin.. Efektifitas dan efek samping misoprostol dosis 25 mg vaginal untuk induksi persalinan. *Pertemuan Ilmiah Tahunan VIII Fetomaternal*. Jogja. p. (2007) 189-202.
5. Hall R, Duarte-Gardea M, Harlass F. Oral versus Vaginal Misoprostol for Labour Induction. *Obstet Gynecol*. Vol. 99(6). 2002; 1044-8.
6. Ekele BA, Nnadi DC, Gana MA et al. Misoprostol use for Cervical Ripening and Induction of Labour in a Nigerian Teaching Hospital. *Niger J Clin Pract*. Vol.10(3). 2007; 234-7.
7. Alfirevic Z, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour (review). *Cochrane review* 2007. Available at: www.thecochranelibrary.com
8. Hofmeyr GJ, Alfirevic Z, Kelly T, et al. Methods for Cervical Ripening and Labour Induction in Late Pregnancy : Generic Protocol (Protocol). *The Cochrane Library* Issue 4. 2007
9. Karkata MK, Kristanto H. Pengelolaan KPD dalam Panduan Penatalaksanaan Kasus Obstetri. *Himpunan Kedokteran Fetomaternal POGI* 2012;130-136

SEPTUM VAGINA TRANSVERSA

Transversal Vaginal Septum

Ibnu Sina, Bobby Indra Utama, Ermawati
Bagian Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang

Abstrak

Vagina merupakan suatu saluran muskulo membranosa yang menghubungkan vulva dan uterus. Kelainan kongenital atau bawaan yang berupa tidak adanya sama sekali vagina atau sebagian (agenesis vagina). Penderita yang mengalami agenesis vagina frekuensinya tidak begitu banyak, yaitu 1 dalam 4000 kelahiran, 1 dalam 4000 sampai 10.000 kelahiran (ACOG). Sedangkan di rumah sakit Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sejak tahun 1995 sampai 1999, rata-rata 10-12 kasus pertahun. Telah dilaporkan kasus seorang pasien wanita umur 14 tahun masuk Bangsal Ginekologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tanggal 25 Januari 2014 jam 11.00 WIB dengan kiriman dari poliklinik gyn RSMJ dengan diagnosa septum vagina transversa + hematometra + hematotrachelos + hematokolpos yang direncana untuk Insisi septum. Setelah dilakukan tindakan operatif berhasil dikeluarkan cairan coklat kehitaman ± 500 cc.

Kata Kunci: Agenesis Vagina, Septum Vagina Transversum, Laporan Kasus

Abstract

The vagina is a membranous musculo channel that connects the vulva and uterus. Congenital abnormalities or congenital form of the absence of the vagina or in part at all (agenesis of the vagina) . Patients who experience vaginal agenesis frequency is not so much , that 1 in 4000 births, 1 in 4,000 to 10,000 births (ACOG) . While in the hospital Dr. Cipto Mangunkusumo from 1995 to 1999 , an average of 10-12 cases per year . It has been reported the case of a female patient aged 14 years entered gynecology ward in Hospital Dr. M. Djamil Padang dated January 25, 2014 at 11:00 GMT with the submission of RSMJ gyn clinic with a diagnosis of transverse vaginal septum hematometra + + + hematokolpos hematotrachelos that direncana for incisions septum. After successfully removed fluid operative action blackish brown ± 500 cc.

Keywords: Agenisi Vagina, TVS, Tranverse Septum Vagina, Case Report

Koresponden: Ibnu Sina, Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RSUP Dr. M. Djamil Padang.

PENDAHULUAN

Vagina merupakan suatu saluran muskulo membranosa yang menghubungkan vulva dan uterus. Vagina terletak di antara vesika urinaria dan rektum. Fungsi vagina terutama untuk melakukan hubungan seksual, jalan untuk janin pada saat lahir atau partus, saluran ekskresi cairan terutama darah haid, disamping diperlukan oleh para dokter terutama dokter kebidanan dan penyakit kandungan untuk mengetahui alat genitalia interna dengan periksa dalam.^{1,2,3,4,5}

Kelainan kongenital atau bawaan yang berupa tidak adanya sama sekali vagina atau sebagian (agenesis vagina) tentu akan menimbulkan masalah bagi penderita dari salah satu dari tiga hal tersebut di atas, terutama memberikan keluhan tidak dapat melakukan hubungan seksual dan jalan keluar darah haid. Kelainan kongenital yang sangat berat adalah tidak adanya vagina sama sekali.^{5,6,7} Penderita yang mengalami agenesis vagina frekuensinya tidak begitu banyak, yaitu 1 dalam 4000 kelahiran (Bryan dkk, 1949), 1 dalam 4000 sampai 10.000 kelahiran (ACOG). Sedangkan di rumah sakit Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sejak tahun 1995 sampai 1999, rata-rata 10-12 kasus pertahun telah mengalami rekonstruksi pembuatan vagina baru untuk kasus dengan agenesis vagina (Rokitansky Hauser syndrome) dan beberapa penderita agesis vagina tidak memerlukan tindakan pembedahan untuk pembuatan vagina baru.^{5,6,8} Ageneses vagina merupakan penyebab kedua terbanyak pada kasus-kasus amenorhoe primer setelah disgenesis gonad.^{8,9,10}

Tindakan yang tepat serta motivasi yang cermat dari para dokter untuk menentukan bentuk dan saat terapi yang diberikan pada penderita dan keluarganya sangat penting dalam usaha pencapaian keberhasilan pengobatan yang diberikan.^{5,6,7}

Berikut ini dilaporkan sebuah kasus yakni seorang wanita usia 14 tahun datang ke poliklinik ginekologi dengan keluhan perut bagian bawah terasa membengkak sejak 8 bulan yang lalu, dan pasien belum menarache.

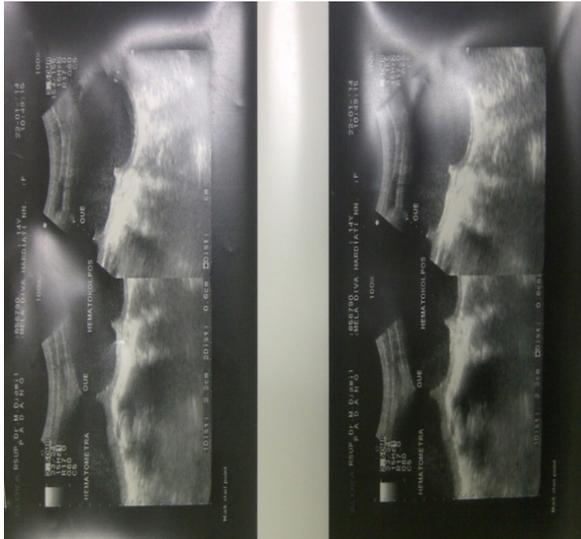
LAPORAN KASUS

Seorang pasien wanita usia 14 tahun, dengan keluhan Pasien mengeluhkan bengkak di perut bagian bawah sejak ± 8 bulan yang lalu, bengkak dirasakan semakin lama semakin membesar, nyeri (+), Nyeri dirasakan setiap bulan sejak ± 1 tahun yang lalu, pasien belum menarache, tanda seks sekunder pasien sudah muncul.

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan: tampak membuncit seperti kehamilan 5 bulan, teraba massa 2 jari diatas pusat, tidak ada nyeri pada palpasi, pada perkusi redup diatas massa, BU (+) normal.



Pada pemeriksaan vagina secara inspeksi didapatkan jaringan himen (+).



Pada pemeriksaan rectal toucher didapatkan kesan corpus uteri sebesar kepala bayi.

Pada pemeriksaan USG didapatkan kesan: hematometra, hematotrachelos, hematokolpos.

Dari seluruh hasil pemeriksaan pasien didiagnosa dengan: Septum vagina transversa + hematometra + hematotrachelos + hematokolpos.



Pada pasien ini dilakukan tindakan insisi septum. Pada saat operasi, setelah dilakukan insisi septum

keluar cairan kecoklatan ± 500 cc, tidak tampak kelainan pada portio dan vagina, kemudian luka insisi dijahit kembali dengan interrupted dengan vicryl 3-0.

DISKUSI

Telah dilaporkan kasus seorang pasien wanita umur 14 tahun masuk ke Bagian Ginekologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tanggal 25 Januari 2014 jam 11.00 WIB dengan kiriman dari poliklinik gyn RSMJ dengan diagnosa septum vagina transversa + hematometra + hematotrachelos + hematokolpos yang direncanakan untuk Insisi septum. Setelah dilakukan tindakan operatif berhasil dikeluarkan cairan coklat kehitaman ± 500 cc.

Kelainan kongenital atau bawaan yang berupa tidak adanya sama sekali vagina atau sebagian (agenesis vagina) tentu akan menimbulkan masalah bagi penderita dari salah satu dari tiga hal tersebut di atas, terutama memberikan keluhan tidak dapat melakukan hubungan seksual dan jalan keluar darah haid.

Diagnosis kelainan vagina termasuk agenesis vagina pada bayi baru lahir jarang dibuat, karena untuk menegakkan diagnosis tersebut dibutuhkan ketelitian yang cermat dalam melakukan pemeriksaan. Perlu dilakukan pemeriksaan sonde vagina serta pemeriksaan rektal untuk mengetahui dalamnya vagina serta ada tidaknya uterus. Tetapi hal ini jarang sekali dilakukan karena sulit dan kalau diketahui ada kelainan, terapi juga tidak akan segera dilakukan. Terapi akan ditunda sampai keadaan tubuh telah sempurna dan matang (setelah menarce).

Pada pasien ini setelah dilakukan pemeriksaan lengkap disimpulkan dengan diagnosis hematometra + hematotrachelos + hematokolpos ec septum vagina transversa. Kemudian dilakukan insisi septum transversa dengan pemasangan drain. Pilihan tindakan pada pasien ini adalah pertimbangan untuk mempertahankan uterus normal sebagai fungsi reproduksinya, seperti yang dilakukan pada pasien dengan obstruksi kanalis servikalis.

Seperti disebutkan dikepastakaan, diagnosis dengan mudah dapat ditegakkan ketika wanita tersebut telah mengalami pubertas,

dimana penderita mengalami amenorhea primer, sedangkan perkembangan seks sekunder dalam keadaan normal. Pada penderita yang mempunyai kelainan vagina dengan uterus ada, akan didapat tumor intra abdominal (hematometra) atau kadang-kadang dengan mudah ditemui hematokolpos dengan hymen imperforata atau vagina yang menonjol karena desakan darah haid yang turun ke dalam vagina.

Di kasus lain dilakukan laparaskopi dan drainase sebagai pilihan tindakan baru dalam penatalaksanaan septum transversal vaginal yaitu pada pasien 14 tahun di Auckland's National Women's Hospital dengan nyeri pelvik berulang dan amenore ec hematokolpos pada uterus didelphys sebelah kanan dengan genitalia eksterna normal; kemudian pada pasien 11 tahun di Melbourne's Royal Children's hospital dengan nyeri perut ec hematokolpos dengan septum transversal rendah dan menolak untuk memakai mold vagina post operatif; serta pada kasus gadis 16 tahun di Melbourne dengan hematokolpos, hematometra dan uterus bicornu.

Pada pasien ini, dimana diagnosis hematokolpos yang diperkuat dengan pemeriksaan penunjang USG kemudian alasan tidak dilakukannya analisa kromosom pada pasien ini karena pertumbuhan seks sekunder normal. Jika dibandingkan dengan beberapa kasus yang serupa, pertimbangan mempertahankan uterus sebagai fungsi reproduksinya karena uterus normal.

KESIMPULAN

Septum transversa dapat terbentuk selama embriogenesis ketika duktus mullerian menyatu secara tidak sempurna untuk membentuk sinus urogenital. Suatu septum transversa yang komplit akan menghambat aliran menstruasi dan menyebabkan amenore primer. Beberapa septum transversa yang inkomplit dan dapat menyebabkan disparenia dan obstruksi dalam persalinan

DAFTAR PUSTAKA

1. Supono. Anatomi alat-alat reproduksi wanita. Palembang, 1985: 5-23

2. Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T. Anatomi alat kandungan. Dalam Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo edisi 3. Jakarta. 1999; 31-44.
3. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, et al. Anatomy of the Reproductive Tract. In Williams Obstetrics. 23th edition. Prentice-Hall International. New York. 2010: 37-67
4. Rock JA, Thompson JD, et al. Surgical anatomy of the Female Pelvis. In Te Linde's Operative Gynecology. 10th edition. Lippincott-Raven. Philadelphia. 2008:63-93
5. Junizaf. Penanganan kasus agenesis vagina. Dalam Buku ajar Uroginekologi. Subbagian Uroginekologi-Rekonstruksi Bagian Obstetri dan Ginekologi FKUI/RSUPN-CM. Jakarta. 2011; 97-102
6. Junizaf. Penatalaksanaan Kelainan Bawaan Alat Genitalia Wanita. Workshop Vaginal Surgery; Jakarta 9-10 Februari 2004.
7. Rock JA, Thompson JD, et al. Surgery for Anomalies of mullerian duct. In Te Linde's Operative Gynecology. 8th edition. Lippincott - Raven. Philadelphia. 1997:687-730
8. ACOG Comitte Opinion. Number 274, July 2002. Non surgical diagnosis and management of vagina agenesis. Obstet Gynecol. 2002; 100:213-216.
9. Fedela L, Biaqnchi S, Tozzi L, Borruto F, Vignali M. A new laparoscopic procedure for creation of a neovagina in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome. Fertil Steril 1996;66:854-857
10. Communal PH, Maesson MC, Golfier F, Raudrant D. Sexuality after sigmoid colpopoiesis in patient with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome. Fertil Steril. 2003;80:600-606
11. Sadler TW. Susunan kemih dan kelamin dalam Langman Embriologi Kedokteran. Edisi 5. EGC. Jakarta. 1993:247-280
12. Wiknjosastro H, Rachimhadhi T. Embriologi sistem alat-alat urogenital. Dalam Ilmu Kandungan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo edisi 3. Jakarta. 1999: 27-42

13. Jones WH, Mermut S. Familial occurrence of congenital absence of vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1972;114:1100-1101
14. Linderman E, Shepard MK, Pescovitz OH. Mullerian agenesis: an update. *Obstet Gynecol* 1997;90:307-312
15. Carter SM, Gros SS. Mayer-Rokitansky Syndrome. *Medicine* June 25th 2003, www.emedicine.com/ped/topic1381.htm
16. Torres LFB, Werner B, Piazza MJ. Ultrastructural study of neovagina following the utilization of human amniotic membrane for treatment of congenital absence of vagina. *Braz J Med Biol Res* 1997;30:861-864
17. Selvaggi G, Monstrey S, Depypere H, Blondeel P, Landuyt KV, Hamdi M, Dhont M. Creation of a neovagina use of a pudendal thigh fasciocutaneous flap and restoration of uterovaginal continuity. *Fertil Steril* 2003;80:607-611
18. Veronikis DK, McClure GB, Nichols DH. The Vecchietti operation for constructing a neovagina: indication, instrumentation and techniques.

PEDOMAN PENULISAN NASKAH

MAJALAH OBGIN EMAS

PEDOMAN UMUM

Naskah yang diserahkan kepada redaksi Obgin Emas hendaknya mengikuti ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Naskah diketik pada lembar kertas A4, spasi 1 dengan margin 3 cm sekelilingnya. Setiap naskah ditulis dengan huruf Times New Roman dengan ukuran huruf 11 dan tidak melebihi 10 halaman. Naskah ditampilkan dengan page layout 2 columns kecuali pada bagian judul dan abstrak.
2. Judul menggambarkan isi pokok tulisan secara ringkas dan jelas, ditulis dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris. Sebaiknya tidak lebih dari 20 katadan tidak mengandung singkatan yang tidak lazim dan dilengkapi ringkasan judul yang tidak lebih dari 40 karakter.
3. Nama-nama penulis, disertai informasi tentang identitas penulis, meliputi instansi tempat penulis bekerja.
4. Naskah harus terstruktur sebagai berikut : Judul, Abstrak, Pendahuluan, Metode Penelitian, Hasil, Diskusi, Kesimpulan dan Daftar Pustaka.
5. Abstrak (abstract) ditulis dalam bahasa Inggris dan bahasa Indonesia, tidak lebih dari 250 kata dan merupakan intisari seluruh tulisan. Abstrak terstruktur terdiri dari : Latar belakang, Tujuan, Metode, Hasil (untuk laporan penelitian) atau Laporan kasus (untuk studi kasus) atau Telaah pustaka (untuk tinjauan pustaka) dan Kesimpulan. Di bawah abstrak disertakan 3-8 kata kunci (keywords) yang menggambarkan naskah anda.
6. Kutipan dalam naskah ditandai dengan mencantumkan nomor yang ditulis superskrip sesudah tanda baca. Setiap pustaka yang dikutip diberi nomor urut sesuai dengan urutan pemunculannya dalam naskah.

Contoh penulisan kutipan dalam naskah:

Defisiensi nutrisi yang paling banyak terjadi pada ibu hamil (50%) adalah defisiensi zat besi.^{1,2} Kehamilan merupakan keadaan yang meningkatkan kebutuhan ibu terhadap besi untuk memenuhi kebutuhan fetal, plasenta dan penambahan massa eritrosit selama kehamilan.³

7. Ucapan terima kasih dapat ditujukan pada semua pihak yang membantu bila memang ada, misalnya penyandang dana penelitian, dan harus diterangkan sejelas mungkin. Diletakkan pada akhir naskah, sebelum daftar pustaka.
8. Daftar pustaka, disusun menurut sistem Vancouver (sistim nomor). Nomor setiap pustaka yang dirujuk dalam naskah disusun berurutan sesuai dengan urutan pemunculannya dalam naskah.

Contoh penulisan daftar pustaka :

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid organ transplantation in HIV infected patients. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25;347(4):2847-7.
2. Murray PR, RosenthalKS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St.Louis: Mosby; 2002.
3. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

4. BPS Indonesia. Kewarganegaraan, Suku Bangsa, Agama, dan Bahasa Sehari-hari Penduduk Indonesia. Hasil Sensus Penduduk 2010. Badan Pusat Statistik (BPS) Jakarta: BPS Catalogue: 2102032; 2010b
5. The World Bank. Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health): The World Bank; 2013b [cited 2013 26 March]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.ZS>.

PEDOMAN PENULISAN NASKAH HASIL PENELITIAN

Naskah hasil penelitian disusun sistematis dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Judul
Aturan penulisan judul sesuai dengan pedoman umum diatas.
2. Nama penulis dan identitas penulis
Sesuai dengan pedoman umum
3. Abstrak (abstract)
Sesuai dengan pedoman umum. Terstruktur berisi latar belakang, tujuan, metode, hasil dan kesimpulan.
4. Pendahuluan
Kalimat awal pada pendahuluan harus menarik sehingga timbul motivasi untuk membaca seluruh artikel setelah membaca pendahuluan. Pendahuluan memuat 4 hal penting yaitu masalah, skala masalah, kronologis masalah, dan konsep solusi. Pendahuluan harus didukung oleh rujukan yang kuat, namun tidak perlu ditulis uraian yang terlalu rinci. Pendahuluan tidak boleh lebih dari 350 kata.
5. Bahan dan Metode
Dijelaskan dalam bentuk esai bukan numerik. Berisi penjelasan tentang desain penelitian, tempat dan waktu penelitian, sumber data; primer atau sekunder, populasi, sampel, cara pemilihan sampel, kriteria pemilihan (inklusi dan eksklusi), teknik pengukuran (pemeriksaan), rencana analisis yang dipergunakan (uji hipotesis, batas kemaknaan, interval kepercayaan)
6. Hasil
 - Teknik penulisan :
Hasil merupakan bagian penting pada laporan penelitian, disajikan dalam bentuk narasi dan harus ditampilkan secara jelas dan berurutan. Narasi berupa informasi yang disarikan dari data bukan menarasikan data. Dalam hasil tidak perlu diberikan ulasan atau komentar. Tabel, grafik maupun gambar dapat ditampilkan dengan tujuan memperjelas dan mempermudah tampilan data.
 - Bagian deskriptif
Laporan hasil penelitian selalu didahului dengan penyajian deskriptif tentang subjek penelitian. Pada umumnya tabel, grafik atau gambar yang pertama muncul dalam hasil penelitian berisi deskripsi pasien serta berbagai variabel antara lain jenis kelamin, umur, serta karakteristik lain yang relevan.
 - Bagian analitik
Pada bagian analitik hasil dikemukakan dengan urutan yang logis. Analisis yang bersifat lebih umum dikemukakan terlebih dahulu disusul dengan analisis yang lebih rinci.

- Tabel
 - Dalam penggunaan tabel perlu dipertimbangkan beberapa hal. Diupayakan memecah tabel yang rumit atau panjang menjadi dua tabel atau lebih
 - Umumnya garis horizontal sepanjang halaman yang diperbolehkan hanya tiga yaitu dua pada bagian atas (judul kolom) dan satu pada penutup tabel.
 - Garis vertikal sebaiknya tidak dipakai.
 - Hasil yang telah dijelaskan dengan tabel atau ilustrasi tidak perlu dijelaskan panjang lebar dalam teks.
 - Angka desimal ditandai dengan koma untuk bahasa Indonesia dan titik untuk bahasa Inggris.
 - Tabel, ilustrasi atau foto diberi nomor dan diacu berurutan dengan teks.
 - Judul tabel, ilustrasi atau foto ditulis dengan singkat dan jelas, keterangan diletakkan pada catatan kaki, tidak boleh pada judul.

7. Diskusi / Pembahasan

- Pada bagian ini dikemukakan atau dianalisis makna penemuan penelitian yang telah dinyatakan dalam hasil dan dihubungkan dengan pernyataan penelitian. Hal ini biasanya dilakukan dengan membandingkan penemuan tersebut dengan penemuan sebelumnya sampai pustaka mutakhir. Tiap pernyataan harus dijelaskan dan didukung oleh pustaka yang memadai.
- Pada diskusi sebaiknya disebutkan secara jelas jawaban pertanyaan penelitian. Diskusi difokuskan pada implikasi temuan penelitian, misalkan implikasi praktis pada program pelayanan, revisi teori yang sudah ada atau kebutuhan untuk riset selanjutnya.
- Keterbatasan penelitian baik dalam hal desain maupun saat pelaksanaannya sebaiknya tetap perlu disampaikan dalam diskusi.
- Pada diskusi penulis hendaknya secara wajar menunjukkan makna dan implikasi hasil penelitiannya.
- Diskusi tidak boleh lebih dari 1000 kata.

8. Kesimpulan

Kesimpulan hendaknya dapat menjawab pertanyaan atau permasalahan penelitian, validitasnya dapat dipertanggungjawabkan, dinyatakan dengan kalimat yang sederhana dan jelas, buakan merupakan pernyataan ulang dari hasil uji statistik. Bila ada saran dicantumkan secara implisit pada bagian ini.

PEDOMAN PENULISAN REVIEW ARTIKEL

- Naskah tinjauan pustaka disusun menurut sistematika sebagai berikut : judul, nama penulis, identitas penulis, abstrak, pendahuluan, telaah pustaka, pembahasan, kesimpulan, daftar pustaka.
- Pedoman penulisan sesuai dengan pedoman penulisan yang tersebut diatas.

PEDOMAN PENULISAN LAPORAN KASUS

- Naskah laporan kasus disusun menurut sistematika sebagai berikut: judul, nama penulis, identitas penulis, abstrak, pendahuluan, kasus, tata laksana kasus sebaiknya disertai dengan foto, pembahasan, kesimpulan dan daftar pustaka.
- Pedoman penulisan sesuai dengan pedoman penulisan yang tersebut diatas.