

## **Tatalaksana Praktis Gangguan Haid di Praktek Sehari-hari**

Fatimah Usman<sup>1</sup>

Departemen Obstetri dan Ginekologi RSMH/Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya

**Sitasi:** Fatimah U. 2019. Tatalaksana Praktis Gangguan Haid di Praktek Sehari-hari. Prosiding Ilmiah Dies Natalis FK Unsri Vol. 57. Palembang: Unsri Press

---

### **ABSTRACT**

Menstrual disorders are the most common disorders in women of childbearing age and the most common complaint in gynecological outpatient practices in several hospitals. Besides disrupting activities, menstrual disorders can be a serious problem as a life threatening condition. Menstrual disorders can be divided based on the duration and the etiology. Based on the duration of occurrence, acute and chronic can be distinguished. Etiology can be distinguished based on abnormal uterine bleeding criteria (PALM-COEIN). The management of this kind of disorder depends on the type of cause of abnormal uterine bleeding. Surgical and non-surgical management can be used as an option in the treatment of menstrual disorders. Hormonal therapy options are the most popular treatment options at present with minimal side effects and relatively affordable prices. Management of abnormal uterine bleeding aims to improve the general condition, stop bleeding, and restore the function of reproductive hormones. Stopping bleeding can be done with medical, dilatation and curettage, as well as operative measures.

Keywords: menstrual disorders, abnormal uterine bleeding, PALM-COEIN

### **ABSTRAK**

Gangguan haid merupakan gangguan yang paling sering dijumpai pada wanita dengan usia subur dan menjadi keluhan terbanyak pada praktek rawat jalan ginekologi di beberapa rumah sakit. Selain mengganggu aktivitas, gangguan menstruasi dapat menjadi masalah yang serius sampai dapat mengancam nyawa. Gangguan menstruasi dapat dibagi berdasarkan lama terjadinya dan jenis penyebabnya. Berdasarkan lama terjadinya, dapat dibedakan menjadi akut dan kronik. Sedangkan berdasarkan penyebabnya, dapat dibedakan berdasarkan kriteria pendarahan uterus abnormal (PALM- COEIN). Tatalaksana gangguan ini tergantung dari jenis penyebab pendarahan uterus abnormal. Penatalaksanaan bedah dan non bedah dapat digunakan sebagai pilihan dalam terapi gangguan menstruasi. Pilihan terapi hormonal merupakan pilihan terapi yang paling populer saat ini dengan efek samping minimal dan harganya yang relatif terjangkau. Penatalaksanaan dari perdarahan uterus abnormal (PUA) bertujuan untuk memperbaiki keadaan umum, menghentikan perdarahan, dan mengembalikan fungsi hormon reproduksi. Menghentikan perdarahan dapat dilakukan dengan medikamentosa, dilatasi dan kuretase, maupun tindakan operatif.

Kata kunci: gangguan haid, PUA, PALM-COEIN

### **PENDAHULUAN**

Dewasa ini permasalahan yang sering membuat seorang perempuan berobat ke dokter adalah gangguan menstruasi. PUA (perdarahan uterus abnormal) merupakan perdarahan yang ditandai dengan adanya perubahan pada siklus menstruasi normal baik dari interval atau panjang siklus, durasi maupun jumlah perdarahan. Hal ini sering dijumpai pada wanita pada usia reproduksi

### **PEMBAHASAN**

#### **Gangguan Pada Lamanya Siklus Menstruasi:**

##### **1. Polimenore atau Epinore**

Pada polimenore siklus menstruasi lebih pendek dari biasanya yaitu terjadi dengan interval kurang dari 21 hari (Jones, 2002). Perdarahan kurang lebih sama atau lebih banyak

dari biasa. Polimenore dapat disebabkan oleh gangguan hormonal yang mengakibatkan gangguan ovulasi, atau menjadi pendeknya masa luteal.

## **2. Oligomenore**

Siklus menstruasi lebih panjang dari normal yaitu lebih dari 35 hari (Jones, 2002). Perdarahan pada oligomenore biasanya berkurang. Siklus menstruasi biasanya ovulatoar dengan masa proliferasi lebih panjang dari biasanya (Simanjuntak, 2009).

## **3. Amenore**

Amenore adalah keadaan tidak adanya menstruasi sedikitnya tiga bulan berturut-turut.

Amenore primer terjadi apabila seorang wanita berumur 18 tahun ke atas tidak pernah mendapatkan menstruasi, sedangkan pada amenore sekunder penderita pernah mendapatkan menstruasi tetapi kemudian tidak dapat lagi (Simanjuntak, 2009).

## **Pendarahan Uterus Abnormal**

Pendarahan Uterus Abnormal (PUA) adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan semua kelainan haid baik dalam hal jumlah maupun lamanya. Manifestasi klinisnya dapat berupa pendarahan dalam jumlah yang banyak atau sedikit, dan haid yang memanjang atau tidak beraturan.

## **Klasifikasi**

### **PUA berdasarkan jenis pendarahan**

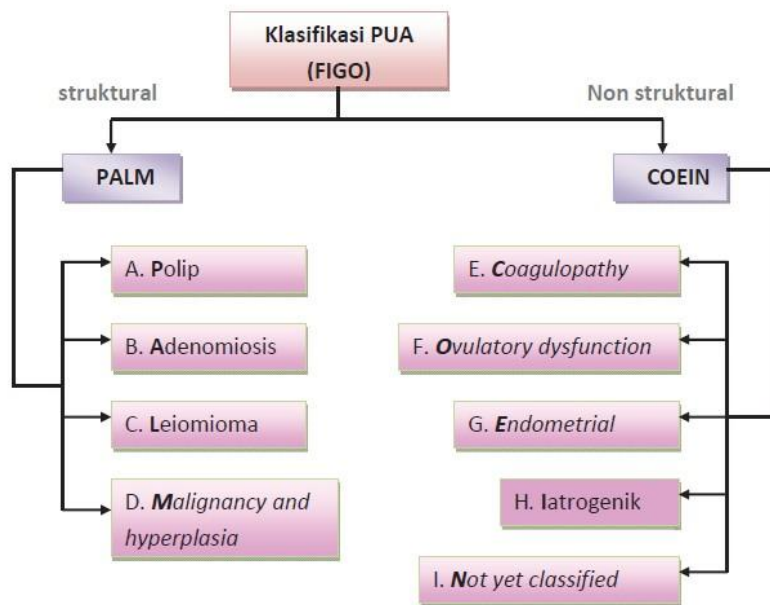
**Pendarahan uterus abnormal akut** didefinisikan sebagai pendarahan haid yang banyak sehingga perlu dilakukan penanganan segera untuk mencegah kehilangan darah.

**Pendarahan uterus abnormal kronik** merupakan terminologi untuk pendarahan uterus abnormal yang telah terjadi lebih dari 3 bulan.

**Pendarahan tengah (*intermenstrual bleeding*)** merupakan pendarahan haid yang terjadi di antara 2 siklus haid yang teratur. Pendarahan dapat terjadi kapan saja atau dapat juga terjadi di waktu yang sama setiap siklus.

### **PUA berdasarkan penyebab pendarahan**

Terdapat 9 (sembilan) kategori utama yang disusun berdasarkan akronim “PALM-COEIN”. Kelompok “PALM” adalah kelompok kelainan struktur penyebab PUA yang dapat dinilai dengan berbagai teknik pencitraan dan atau pemeriksaan histopatologi. Kelompok “COEIN” merupakan kelompok kelainan non struktur penyebab PUA yang tidak dapat dinilai dengan teknik pencitraan atau histopatologi.”.



Bagan 1. Klasifikasi PUA menurut FIGO

### Polip (PUA-P)

Pertumbuhan lesi lunak pada lapisan endometrium uterus, baik bertangkai maupun tidak, berupa pertumbuhan berlebih dari stroma dan kelenjar endometrium dan dilapisi oleh epitel endometrium. Diagnosis polip ditegakkan berdasarkan pemeriksaan USG dan atau histeroskopi, dengan atau tanpa hasil histopatologi.

### Adenomiosis (PUA-A)

Adenomiosis ditandai dengan pembesaran rahim yang disebabkan oleh sisa ektopik dari endometrium. Sisa ini dapat tersebar di seluruh miometrium –adenomiosis difusa, atau mungkin membentuk nodul fokal yang berbatas tegas -adenomiosis fokal.

Gejala yang sering ditimbulkan yakni nyeri haid, nyeri saat senggama, nyeri menjelang atau sesudah haid, nyeri saat buang air besar, atau nyeri pelvik kronik. Hasil histopatologi menunjukkan dijumpainya kelenjar dan stroma endometrium ektopik pada jaringan miometrium.

### Leiomioma (PUA-L)

Leiomioma adalah neoplasma jinak otot polos yang biasanya berasal dari miometrium. Leiomioma sering disebut sebagai mioma uteri, dan karena kandungan kolagennya yang menyebabkan konsistensinya menjadi fibrous, leiomioma sering keliru disebut sebagai fibroid.

Secara kasar, leiomioma berbentuk bulat, putih seperti mutiara, berbatas tegas, seperti karet. Secara histologis, leiomioma memiliki sel-sel otot polos memanjang yang tersusun dalam bundel. Gejala yang ditimbulkan berupa perdarahan uterus abnormal, penekanan terhadap organ sekitar uterus, atau benjolan dinding abdomen.

### Malignancy and hyperplasia (PUA-M)

Pertumbuhan hiperplastik atau pertumbuhan ganas dari lapisan endometrium. Meskipun jarang ditemukan, namun hiperplasia atipik dan keganasan merupakan penyebab penting PUA. Diagnostik pasti ditegakkan berdasarkan pemeriksaan histopatologi.

### Coagulopathy (PUA-C)

Terminologi koagulopati digunakan untuk kelainan hemostatis sistemik yang terkait dengan PUA dan yang paling sering ditemukan adalah penyakit von Willebrand.

### Ovulatory dysfunction (PUA-O)

Gangguan ovulasi merupakan salah satu penyebab PUA dengan manifestasi perdarahan yang sulit diramalkan dan jumlah darah yang bervariasi. Gangguan ovulasi dapat disebabkan oleh sindrom ovarium polikistik, hiperprolaktinemia, hipotiroid, obesitas, penurunan berat badan, anoreksia atau olahraga berat yang berlebihan.

### Iatrogenik (PUA-I)

Perdarahan uterus abnormal yang berhubungan dengan intervensi medis seperti penggunaan estrogen, progestin, AKDR.

### Not yet classified (PUA-N)

Kategori *not yet classified* dibuat untuk penyebab lain yang jarang atau sulit dimasukkan dalam klasifikasi seperti endometritis kronik atau malformasi arteri-vena.

## Diagnosis

Berdasarkan Himpunan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (2007) penegakan diagnosis didapat dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

### a. Anamnesis

Riwayat konsumsi obat antikoagulan, gangguan pembekuan darah	Koagulopati
Riwayat hepatitis, ikterik	Penyakit hati
Hirsutisme, akne, akantosis nigricans, obesitas	Sindrom ovarium polikistik (SOPK)
Pendarahan pasca coitus	Displasia serviks, polip endoserviks
Galaktorea, sakit kepala, gangguan lapang pandang	Tumor hipofisis

Tabel 1. Anamnesis untuk menyingkirkan diagnosis banding pada PUA

### b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pertama kali dilakukan untuk menilai stabilitas keadaan hemodinamik. Pastikan bahwa perdarahan berasal dari kanalis servikalis dan tidak berhubungan dengan kehamilan.

### c. Pemeriksaan ginekologi

Pemeriksaan ginekologi yang teliti perlu dilakukan termasuk pemeriksaan Pap's smear dan harus disingkirkan kemungkinan adanya mioma uteri, polip, hiperplasia endometrium atau keganasan.

### d. Penilaian ovulasi

Konfirmasi ovulasi dapat dilakukan dengan pemeriksaan progesteron serum atau USG transvaginal bila diperlukan.

**e. Penilaian endometrium**

Pengambilan sampel endometrium hanya dilakukan pada :

1. Perempuan umur > 45 tahun
2. Terdapat faktor risiko genetik
3. USG transvaginal menggambarkan penebalan endometrium kompleks yang merupakan faktor risiko hiperplasia atipik atau kanker endometrium.
4. Terdapat faktor risiko diabetes melitus, hipertensi, obesitas, nulipara
5. Perempuan dengan riwayat keluarga *nonpolyposis colorectal cancer* memiliki risiko kanker endometrium sebesar 60% dengan rerata umur saat diagnosis antara 48-50 tahun.

**f. Penilaian kavum uteri**

Bertujuan untuk menilai kemungkinan adanya polip endometrium atau mioma uteri submukosum. Bila dicurigai terdapat polip endometrium atau mioma uteri submukosum disarankan untuk melakukan SIS atau histeroskopi.

**g. Pemeriksaan Laboratorium**

Tes  $\beta$ -Human Chorionic Gonadotropin dan Hematologik

Pemeriksaan “Wet Prep” dan Kultur Serviks

Pemeriksaan Sitologi

**h. Pemeriksaan radiologi**

Ultrasound

Saline Infusion Sonohysterography

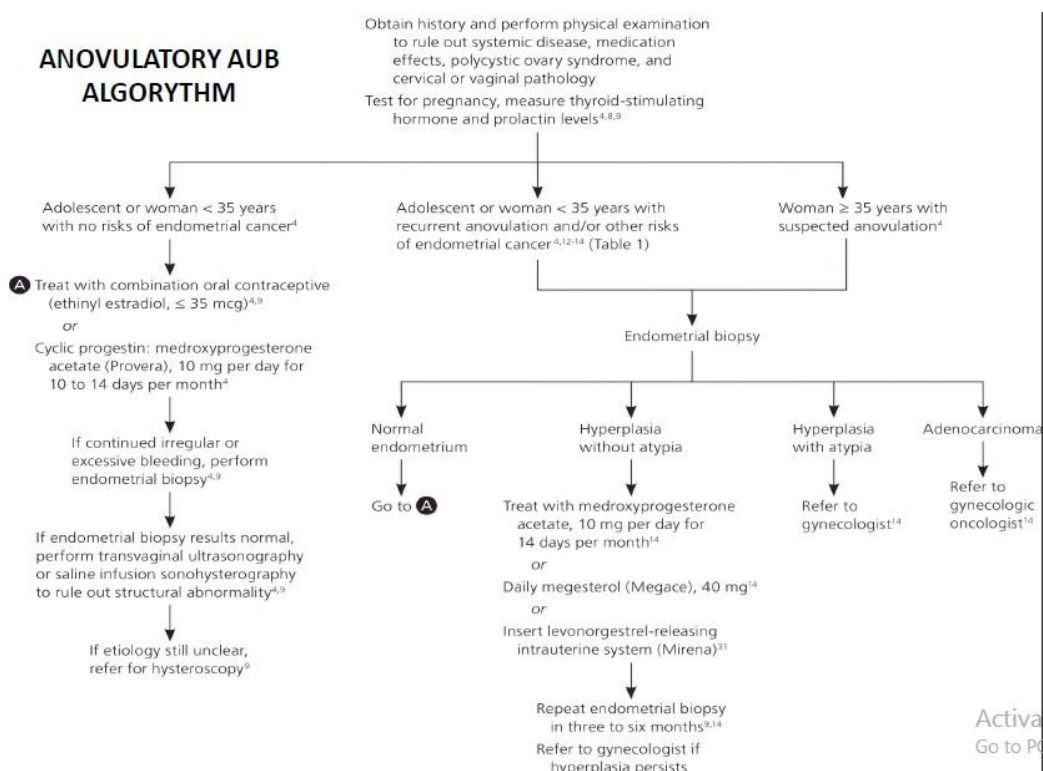
Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Histeroskopi

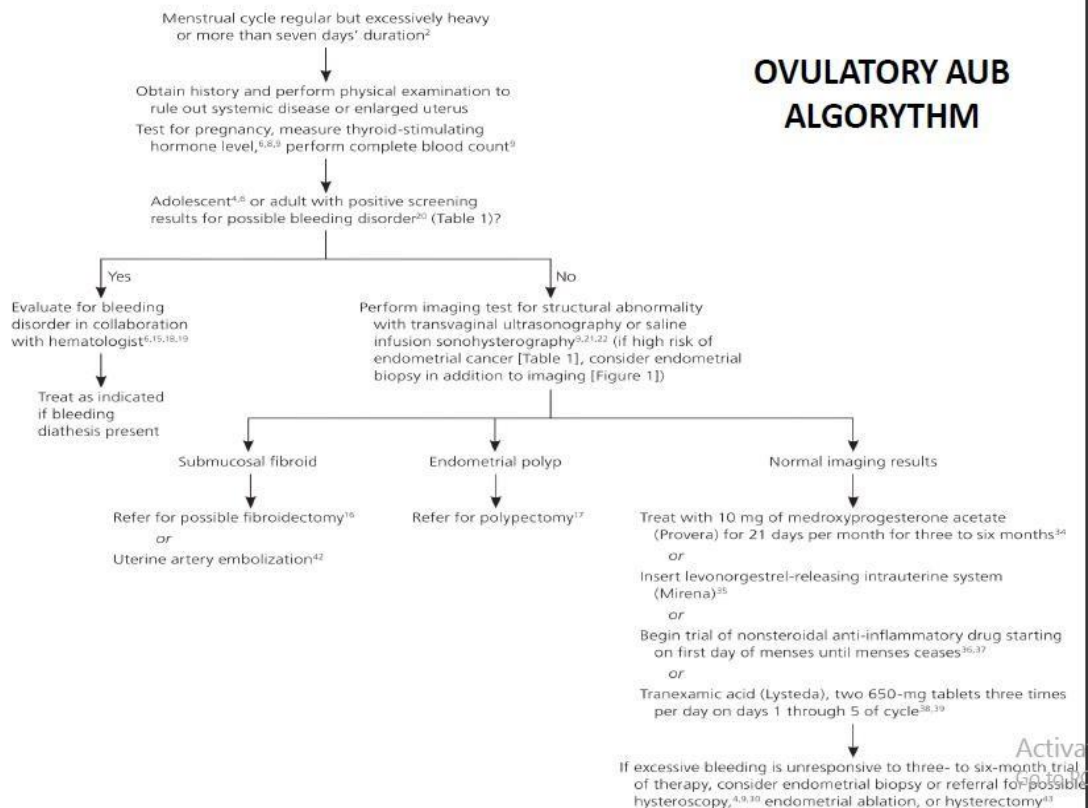
**Tatalaksana**

**Penatalaksanaan Non-Bedah**

Setelah keganasan dan patologi panggul yang signifikan telah dikesampingkan, pengobatan medis harus dipertimbangkan sebagai pilihan terapi lini pertama untuk perdarahan uterus abnormal. Wanita yang ditemukan anemia karena perdarahan uterus abnormal harus segera diberikan suplementasi besi. Perdarahan menstruasi yang berat dan teratur dapat diatasi dengan pilihan pengobatan hormonal dan non-hormonal.



Bagan 2. Algoritma tatalaksana PUA Anovulatorik



Bagan 3. Algoritma tatalaksana PUA Ovulatorik



### **Pengobatan non hormonal**

a. Asam Traneksamat

Obat ini bersifat inhibitor kompetitif pada aktivasi plasminogen. Plasminogen akan diubah menjadi plasmin yang berfungsi untuk memecah fibrin menjadi fibrin degradation product s (FDPs). Oleh karena itu obat ini berfungsi sebagai agen antifibrinolitik. Efek samping di antaranya gangguan pencernaan, diare dan sakit kepala. Dosisnya untuk perdarahan mens yang berat adalah 1g (2x500mg) dari awal perdarahan hingga 4 hari.

b. Obat anti inflamasi non steroid (AINS)

Kadar prostaglandin pada endometrium penderita gangguan haid akan meningkat. AINS ditujukan untuk menghambat siklooksigenase, dan akan menurunkan sintesa prostaglandin pada endometrium. AINS dapat mengurangi jumlah darah haid hingga 20-50 persen. Efek samping di antaranya gangguan pencernaan, diare, perburukan asma pada penderita yang sensitif, ulkus peptikum hingga kemungkinan terjadinya perdarahan dan peritonitis.

### **Pengobatan hormonal**

a. Estrogen

Sediaan ini digunakan pada kejadian perdarahan akut yang banyak. Sediaan yang digunakan adalah EEK, dengan dosis 2.5 mg per oral 4x1 dalam waktu 48 jam. Obat ini bekerja untuk memicu vasospasme pembuluh kapiler dengan cara mempengaruhi kadar fibrinogen, faktor IV, faktor X, proses agregasi trombosit dan permeabilitas pembuluh kapiler. Efek samping berupa gejala akibat efek estrogen yang berlebihan seperti perdarahan uterus, mastodinia dan retensi cairan.

b. PKK

Perdarahan haid berkurang pada penggunaan pil kontrasepsi kombinasi akibat endometrium yang atrofi. Dosis yang dianjurkan pada saat perdarahan akut adalah 4 x 1 tablet selama 4 hari, 3 x 1 tablet selama 3 hari, 2 x 1 tablet selama 2 hari dan 1 x 1 tablet selama 3 minggu. Selanjutnya bebas pil selama 7 hari, kemudian dilanjutkan dengan pemberian pil kontrasepsi kombinasi paling tidak selama 3 bulan. Efek samping dapat berupa perubahan mood, sakit kepala, mual, retensi cairan, payudara tegang, *deep vein thrombosis*, stroke dan serangan jantung.

c. Progestin

Obat ini akan bekerja menghambat penambahan reseptor estrogen serta akan mengaktifkan enzim 17-hidroksi steroid dehidrogenase pada sel-sel endometrium, sehingga estradiol akan dikonversi menjadi estron yang efek biologisnya lebih rendah dibandingkan dengan estradiol.

Sediaan progestin yang dapat diberikan antara lain MPA 1 x 10 mg, noretisteron asetat dengan dosis 2-3 x 5 mg, didrogesteron 2 x 5 mg atau nomegestrol asetat 1 x 5 mg selama 10 hari per siklus. Apabila pasien mengalami perdarahan pada saat kunjungan, dosis progestin dapat dinaikkan setiap 2 hari hingga perdarahan berhenti. Pemberian dilanjutkan untuk 14 hari dan kemudian berhenti selama 14 hari, demikian selanjutnya berganti-ganti. Pemberian progestin secara kontinyu dapat dilakukan apabila tujuannya untuk membuat amenorea. Terdapat beberapa pilihan, yaitu pemberian progestin oral : MPA 10-20 mg per hari; Pemberian DMPA setiap 12 minggu; Penggunaan LNG IUS. Efek samping di antaranya peningkatan berat badan, perdarahan bercak, rasa begah, payudara tegang, sakit kepala, jerawat dan timbul perasaan depresi

d. Androgen

Danazol adalah suatu sintetik isoxazol yang berasal dari turunan 17a-etinil testosteron. Obat tersebut memiliki efek androgenik yang berfungsi untuk menekan produksi estradiol dari ovarium, serta memiliki efek langsung terhadap reseptor estrogen di endometrium dan di luar endometrium. Pemberian dosis tinggi 200 mg atau lebih per hari dapat dipergunakan untuk mengobati perdarahan menstrual hebat. Dosis lebih dari 400mg per hari dapat menyebabkan amenorea. Efek sampingnya dialami oleh 75% pasien yakni: peningkatan berat badan, kulit berminyak, jerawat, perubahan suara.

e. Agonis *Gonadotropine Releasing Hormone* (GnRH)

Obat ini bekerja dengan cara mengurangi konsentrasi reseptor GnRH pada hipofisis melalui mekanisme *down regulation* terhadap reseptor dan efek pasca reseptor, yang akan mengakibatkan hambatan pada pelepasan hormon gonadotropin. Pemberian obat ini biasanya ditujukan pada wanita dengan kontraindikasi untuk operasi. Obat ini dapat membuat penderita menjadi amenorea. Dapat diberikan leuprolide acetate 3.75 mg intra muskular setiap 4 minggu, namun pemberiannya dianjurkan tidak lebih dari 6 bulan karena terjadi percepatan demineralisasi tulang. Efek samping biasanya muncul pada penggunaan jangka panjang, yakni: keluhan-keluhan mirip wanita menopause (misalkan hot flushes, keringat yang bertambah, kekeringan vagina), osteoporosis (terutama tulang-tulang trabekular apabila penggunaan GnRH agonist lebih dari 6 bulan).

### **Penatalaksanaan Bedah**

Indikasi pembedahan pada wanita dengan perdarahan uterus abnormal adalah gagal merespon tatalaksana non-bedah, ketidakmampuan untuk menggunakan terapi non-bedah (efek samping, kontraindikasi), anemia yang signifikan, dampak pada kualitas hidup, Patologi uterus lainnya (fibroid uterus yang besar, hiperplasia endometrium)

Pilihan tatalaksana bedah untuk perdarahan uterus abnormal tergantung pada beberapa faktor termasuk ekspektasi pasien dan patologi uterus. Pilihan bedahnya adalah dilatasi dan kuretase uterus, *Hysteroscopic Polypectomy*, ablasi endometrium, miomektomi dan histerektomi

### **KESIMPULAN**

Perdarahan Uterus Abnormal (PUA) merupakan perdarahan yang ditandai dengan adanya perubahan pada siklus menstruasi normal baik dari interval atau panjang siklus, durasi maupun jumlah perdarahan. PUA adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan semua kelainan haid baik dalam hal jumlah maupun lamanya.

PUA adalah masalah yang sering terjadi dan penanganannya begitu kompleks. Dokter sering tidak dapat mengidentifikasi penyebab PUA setelah menanyakan riwayat dan melakukan pemeriksaan fisik. Manajemen dari PUA dapat melibatkan banyak keputusan tergantung diagnosa penyebabnya.

Berdasarkan *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), terdapat 9 kategori utama disusun sesuai dengan akronim "PALM COEIN" yakni: polip, adenomiosis, leiomioma, *malignancy and hyperplasia*, *coagulopathy*, *ovulatory dysfunction*, endometrial, iatrogenik, dan *not yet classified*.

Pada pasien yang mengalami PUA, anamnesis perlu dilakukan untuk menegakkan diagnosis dan menyingkirkan diagnosis banding. Pemeriksaan fisik juga dilakukan untuk



menilai stabilitas keadaan hemodinamik, selanjutnya dapat dilakukan pemeriksaan ginekologi, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan radiologi untuk menunjang diagnosis penyebab PUA.

Penatalaksanaan dari PUA bertujuan untuk memperbaiki keadaan umum, menghentikan perdarahan, dan mengembalikan fungsi hormon reproduksi. Menghentikan perdarahan dapat dilakukan dengan medikamentosa, dilatasi dan kuretase, maupun tindakan operatif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Albers, J, Hull, S Wesley, R 2004, 'Abnormal Uterine Bleeding', *American Family Physician*, vol. 69 no.8, hh.1915-1920.
- Egrave B, 2010, 'Epidemiology of Abnormal Uterine Bleeding', *Journal and Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology*, hh.887-890.
- Ely, W 2006, 'Abnormal Uterine Bleeding ; A managemet Algorithm', *J Am Board Fam Med*, vol. 9, no. 6, hh. 590-592
- Hill, M 2015, 'Diagnosis of Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive-Aged Woman', *ACOG Practice Bulletin*, no.128, hh.1-3
- Llewellyn – Jones 2010, *Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology 9th edition*, Elsevier.
- Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, Cravello L, Golfier F, Gondry J, et al. 2008. Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 152(2):133-7
- Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. 2011. FIGO classification system (PALMCOEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 113(1):3-13
- Oehler MK, Rees MC. Menorrhagia: an update. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2003 May;82(5):405-22
- Prawirohardjo, Sarwono. 2010. Ilmu Kebidanan. Jakarta, Indonesia.
- Price, 2005, Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit 6th edition 2nd volume, EGC, Jakarta.
- Schorge, John O et al. Abnormal Uterine Bleeding In: Schorge, John O et al, Williams Gynaecology 22<sup>nd</sup> ed. China: Mc Graw-Hill Companies, 2008.
- Simanjuntak, Pandapotan. Gangguan Haid dan Siklusnya. Dalam : Wiknjosastro GH, Saifuddin AB, Rachimhadhi T, editor, 2005, Ilmu Kandungan, edisi 5, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Singh, S et al 2013, 'Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Woman', *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 35, no. 5, hh. 85.
- The Royal College of Obstetricians and Gynecologist. 2007. The management of heavy menstrual bleeding; Nice Guideline
- Wilkinson JP, Kadir, RA 2010, 'Management of Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents' *J Padiatr Adolsc Gynecol*