

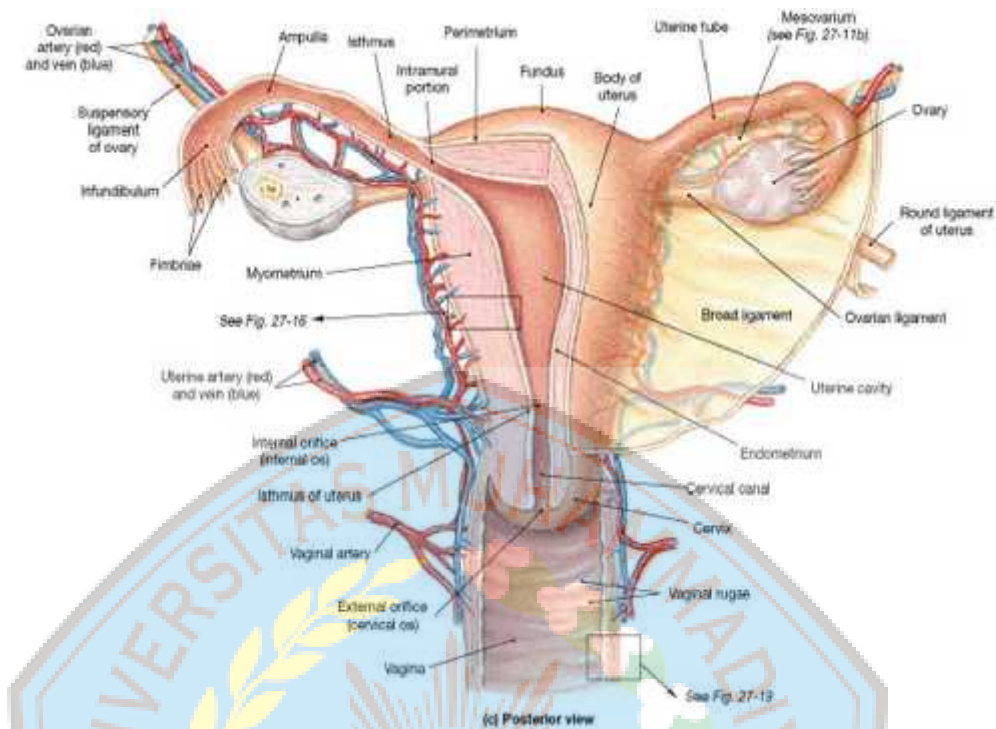
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi dan Fisiologi Uterus

Uterus merupakan organ yang berdinding tebal, muskular, bentuknya seperti buah pir yang sedikit gepeng ke arah depan belakang. Ukurannya sebesar telur ayam dan mempunyai rongga. Dindingnya terdiri dari otot – otot polos. Ukuran panjangnya 7-7,5cm, lebar di atasnya 5,25cm tebal 2,5cm dan tebal dindingnya 1,25cm. Uterus normal memiliki berat kurang lebih 57 gram.^{11,12} Uterus terletak di pelvis minor, antara kandung kencing di depan dan rektum di bagian belakang. Di tutupi oleh dua lembar peritonium, yang di sebelah kanan dan kiri membentuk ligamentum latum.¹³ Uterus terdiri dari 3 lapisan jaringan yaitu lapisan terluar berupa perimetrium, lapisan tengah miometrium dan lapisan paling dalam adalah endometrium.¹⁴ Miometrium adalah lapisan yang paling tebal dan merupakan otot polos berlapis tiga yaitu yang disebelah luar longitudinal, yang disebelah dalam sirkuler dan diantara kedua lapisan ini beranyaman.¹⁰

Uterus akan membesar pada saat kehamilan akibat peningkatan kadar estrogen dan progesteron pada bulan-bulan pertama. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan oleh hipertropi otot polos uterus, disamping itu serabut-serabut kolagen yang ada menjadi higroskopis akibat meningkatnya kadar estrogen sehingga uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin. Setelah Menopause, uterus pada wanita nulipara maupun multipara, mengalami atrofi dan kembali ke ukuran pada masa preadolesensi.^{11,12}



Gambar1. Anatomi uterus normal¹⁵

B. Mioma Uteri

1. Definisi

Mioma uteri adalah tumor jinak otot rahim disertai jaringan ikatnya, sehingga dapat dalam bentuk padat karena jaringan ikatnya dominan dan lunak serta karena otot rahimnya dominan. Mioma uteri sulit ditetapkan karena tidak semua mioma uteri menimbulkan keluhan dan memerlukan tindakan operasi. Sebagian penderita mioma uteri tidak menunjukkan keluhan apapun dan ditemukan secara kebetulan saat pemeriksaan.¹⁶

Sebanyak 95% mioma uteri berasal dari corpus uteri dan lagi 5% berasal dari serviks. Mioma uteri juga adalah tumor pelvis yang sering terjadi dan diperkirakan sebanyak 10% kasus ginekologi umumnya.¹⁷ Neoplasma jinak ini mempunyai banyak nama sehingga dalam kepustakaan dikenal juga istilah fibromioma, leiomioma, fibroid atau pun mioma uteri.¹⁰

2. Etiologi dan Patogenesis

Penyebab pasti terjadinya mioma uteri sampai saat ini belum diketahui. Akan tetapi jika melihat mioma uteri banyak ditemukan pada usia reproduksi dan kejadiannya menurun pada usia menopause, maka estrogen paling banyak diduga sebagai penyebab timbulnya mioma uteri. Di dalam jaringan mioma itu sendiri dijumpai penurunan secara signifikan konversi estradiol menjadi estron dan terlihat adanya peningkatan aktivasi enzim aromatase, yang merubah androgen menjadi estron dan selanjutnya oleh enzim *17 β -hidroksisteroid dehidrogenase* tipe I, estron diubah menjadi estradiol. Oleh enzim *17 β -hidroksisteroid dehidrogenase* tipe II, estradiol diubah lagi menjadi estron. Seperti yang telah dijelaskan, bahwa estradiol adalah estrogen kuat dan estron adalah estrogen lemah. Peningkatan aktivitas enzim aromatase dan enzim *17 β -hidroksisteroid dehidrogenase* tipe I menyebabkan mioma uterus bertambah besar dan defisiensi enzim *17 β -hidroksisteroid dehidrogenase* tipe II juga menyebabkan pertumbuhan mioma uteri. Selain itu, pada mioma uteri ditemukan kadar reseptor estrogen yang lebih tinggi dibandingkan di dalam miometrium.¹⁸

Awal mulanya pembentukan tumor adalah terjadinya mutasi somatik dari sel-sel miometrium. Mutasi ini mencakupi rentetan perubahan pada kromosom, baik secara parsial maupun secara keseluruhan. Aberasi kromosom ditemukan pada 23-50% dari mioma uteri yang diperiksa, dan yang terbanyak (35,6%) ditemukan pada kromosom 7 (del (7) (q 21)/q21 q32). Keberhasilan pengobatan medikamentosa mioma uteri sangat tergantung apakah telah terjadi perubahan pada kromosom atau tidak.¹⁸

Hormon yang mempengaruhi dalam pertumbuhan dan perkembangan mioma:

a. Estrogen

Mioma uteri dijumpai setelah usia menars. Seringkali terdapat pertumbuhan tumor yang cepat selama kehamilan dan terapi estrogen eksogen. Mioma uteri akan mengecil pada saat menopause dan pengangkatan ovarium. Mioma uteri banyak ditemukan bersamaan dengan anovulasi ovarium dan wanita dengan sterilitas. Selama fase sekretorik, siklus menstruasi dan kehamilan, jumlah reseptor estrogen di miometrium normal berkurang. Pada mioma reseptor estrogen dapat ditemukan sepanjang siklus menstruasi, tetapi ekskresi reseptor tersebut tertekan selama kehamilan.

b. Progesteron

Reseptor progesteron terdapat di miometrium dan mioma sepanjang siklus menstruasi dan kehamilan. Progesteron merupakan antagonis natural dari estrogen. Progesteron menghambat pertumbuhan mioma dengan dua cara yaitu: Mengaktifkan *17-Beta hidroxydesidrogenase* dan menurunkan jumlah reseptor estrogen pada mioma.

c. Hormon Pertumbuhan

Level hormon pertumbuhan menurun selama kehamilan, tetapi hormon yang mempunyai struktur dan aktivitas biologik serupa, terlihat pada periode ini memberi kesan bahwa pertumbuhan yang cepat dari mioma selama kehamilan mungkin merupakan hasil dari aksi sinergistik antara hormon pertumbuhan dan estrogen.¹⁷

3. Faktor Risiko

a. Umur

Pada kejadian mioma uteri frekuensi paling tinggi terjadi antara usia 35-50 tahun yaitu mendekati angka 40%, sangat jarang ditemukan pada usia dibawah 20 tahun. Sedangkan pada usia menopause hampir tidak pernah ditemukan.⁸ Pada usia sebelum

menars kadar estrogen rendah dan meningkat pada usia reproduksi, serta akan turun pada usia menopause.⁷ Pada wanita menopause mioma uteri ditemukan sebesar 10%.¹⁹

b. Riwayat Keluarga

Wanita dengan garis keturunan tingkat pertama dengan penderita mioma uteri mempunyai 2,5 kali kemungkinan untuk menderita mioma dibandingkan dengan wanita tanpa garis keturunan penderita mioma uteri. Penderita mioma uteri yang mempunyai riwayat keluarga mempunyai 2 (dua) kali lipat kekuatan ekspresi dari VEGF- (*a myoma-related growth factor*) dibandingkan dengan penderita mioma uteri yang tidak mempunyai riwayat keluarga penderita mioma uteri.²⁰

c. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Juga berperan dalam terjadinya mioma uteri. Hal ini berhubungan dengan konversi hormon androgen menjadi estrogen oleh enzim aromatase di jaringan lemak.²¹ Hasilnya terjadi peningkatan jumlah estrogen tubuh, dimana hal tersebut dapat menerangkan adanya hubungan dengan peningkatan prevalensi dan pertumbuhan mioma uteri.²⁰

c. Paritas

Wanita yang sering melahirkan lebih sedikit kemungkinannya untuk terjadinya perkembangan mioma ini dibandingkan wanita yang tidak pernah hamil atau satu kali hamil. Statistik menunjukkan 60% mioma uteri berkembang pada wanita yang tidak pernah hamil atau hanya hamil satu kali.²¹ Risiko mioma mulai berkurang dengan peningkatan jumlah paritas dan peningkatan usia kehamilan. Wanita dengan sekurang-kurangnya dua kehamilan cukup bulan mempunyai separuh risiko untuk mendapat mioma.

Pada wanita nullipara, kejadian mioma lebih sering ditemui salah satunya diduga karena sekresi estrogen wanita hamil sifatnya

sangat berbeda dari sekresi oleh ovarium pada wanita yang tidak hamil. Hampir semuanya adalah estriol yang sifatnya relatif lemah dari pada estradiol yang disekresi ovarium. Hal ini berbeda dengan wanita yang tidak pernah hamil dan melahirkan, estrogen yang ada di tubuhnya adalah murni estrogen yang dihasilkan oleh ovarium yang semuanya digunakan untuk proliferasi.²³

d. Menars dini

Pada menars dini (< 10 tahun) meningkatkan risiko kejadian mioma uteri (1,24 kali) sedangkan menars terlambat dapat menurunkan risiko kejadian mioma uteri.¹⁹

e. Kehamilan

Mioma uteri bervariasi dari hasil penelitian yang pernah dilakukan ditemukan sebesar 0,3%-7,2% selama kehamilan. Kehamilan dapat mempengaruhi mioma uteri karena tingginya kadar estrogen dalam kehamilan dan bertambahnya vaskularisasi ke uterus.²³ Kedua keadaan ini ada kemungkinan dapat mempercepat pembesaran mioma uteri.²⁵

f. Makanan

Beberapa penelitian yang dilakukan menerangkan bahwa hubungan makanan dengan prevalensi atau pertumbuhan mioma uteri. Dilaporkan bahwa daging sapi, daging setengah matang (*red meat*), dan daging babi meningkatkan insiden mioma uteri, namun sayuran hijau menurunkan insiden mioma uteri. Tidak diketahui dengan pasti apakah vitamin, serat atau *phytoestrogen* berhubungan dengan mioma uteri.²⁰

g. Status Haid

Mioma uteri paling sering terjadi pada wanita umur 35-45 tahun yang masih mengalami haid dan menurun pada masa *menopause*, hal ini dikaitkan dengan produksi hormon estrogen yang masih dihasilkan oleh tubuh. Mioma umumnya ditemukan pada wanita usia reproduksi, dan belum pernah dilaporkan terjadi

sebelum *menars*, pada masa menopause mioma akan mengecil seiring dengan penurunan hormon estrogen dalam tubuh. Namun pertumbuhan mioma uteri yang tetap membesar pada saat menopause dicurigai terjadi keganasan sehingga tindakan histerektomi perlu dilakukan.¹¹

4. Patologi Anatomi

Gambaran histopatologi mioma uteri adalah seperti berikut:

10,26

a. Gambaran makroskopik

Menunjukkan suatu tumor berbatas jelas, bersimpai, pada penampang menunjukkan massa putih dengan susunan lingkaran-lingkaran konsentrik di dalamnya.

b. Gambaran mikroskopik

Pada gambaran mikroskopik mioma uteri terdiri atas berkas-berkas otot polos mengikal, yang menyerupai arsitektur miometrium normal. Sel-sel terdiri atas sel otot yang uniform dengan inti bulat panjang. Kadang-kadang stroma mengalami degenerasi hialin.

Perubahan-perubahan sekunder pada mioma uteri adalah sebagai berikut :

a. Atrofi

Mioma uteri akan menjadi kecil setelah menopause ataupun sesudah kehamilan, hal ini terjadi karena penurunan stimulus estrogen.

b. Degenerasi Hialin

Perubahan sekunder ini sering terjadi terutama pada penderita berusia lanjut. Tumor kehilangan struktur aslinya dan menjadi homogen, dapat meliputi sebagian besar atau hanya sebagian kecil dari tumor tersebut seolah-olah memisahkan satu kelompok serabut otot dari kelompok lainnya.

c. Degenerasi Kistik

Degenerasi kistik dapat meliputi daerah kecil maupun luas, dimana sebagian dari mioma menjadi cair, sehingga terbentuk ruangan-ruangan yang tidak teratur berisi seperti agar-agar, dapat juga terjadi pembengkakan yang luas dan bendungan limfe sehingga menyerupai limfangioma, dengan konsistensi yang lunak tumor sukar dibedakan dari kista ovarium atau suatu kehamilan.

d. Degenerasi Membatu (*calcireous degeneration*)

Terutama terjadi pada wanita berusia lanjut oleh karena adanya gangguan dalam sirkulasi, perubahan ini dapat terjadi setelah degeneratif kistik dan dengan adanya pengendapan garam kapur maka mioma uteri menjadi keras dan memberikan bayangan pada foto rontgen.

e. Degenerasi merah (*Carneous Degeneration*)

Perubahan ini biasanya terjadi pada kehamilan dan nifas. Patogenesis terjadinya diperkirakan kerana suatu nekrosis subakut sebagai gangguan vaskularisasi. Pada pembelahan dapat dilihat sarang mioma seperti daging mentah berwarna merah disebabkan oleh pigmen hemosiderin dan hemofusin. Degenerasi merah tampak khas apabila pada kehamilan muda disertai emesis, haus, sedikit demam, kesakitan, tumor pada uterus membesar dan nyeri pada perabaan.

f. Degenerasi lemak

Jarang terjadi dan merupakan lanjutan degenerasi hialin.¹⁹

5. Jenis Mioma Uteri

Berdasarkan teori genitoblast (sel nest), rangsangan terus menerus tiap bulan dari estrogen, membuat pertumbuhan mioma uteri menjadi berlapis dan lokasinya bervariasi:¹⁶

a. Mioma Submukosa

Berada di bawah endometrium dan menonjol ke dalam rongga uterus. Jenis ini dijumpai 6,1% dari seluruh kasus mioma. Jenis ini sering memberikan keluhan gangguan perdarahan. Mioma jenis lain meskipun besar mungkin belum memberikan keluhan perdarahan, tetapi mioma submukosa, walaupun kecil sering memberikan keluhan gangguan perdarahan. Mioma submukosa umumnya dapat diketahui dengan tindakan kuretase, dengan adanya benjolan waktu kuret, dikenal sebagai currete bump dan dengan pemeriksaan histeroskopi dapat diketahui posisi tangkai tumor. Tumor jenis ini sering mengalami infeksi, terutama pada mioma submukosa pedunculata. Mioma submukosa pedunculata adalah jenis mioma submukosa yang mempunyai tangkai. Tumor ini dapat keluar dari rongga rahim ke vagina, dikenal dengan nama mioma geburt atau mioma yang dilahirkan, yang mudah mengalami infeksi, ulserasi, dan infark. Pada beberapa kasus penderita akan mengalami anemia dan sepsis karena proses di atas.

b. Mioma Intramural

Terdapat di dinding uterus di antara serabut miometrium. Karena pertumbuhan tumor, jaringan otot sekitarnya akan terdesak dan terbentuk simpai yang mengelilingi tumor. Bila di dalam dinding rahim dijumpai banyak mioma, maka uterus akan mempunyai bentuk yang berbenjol-benjol dengan konsistensi yang padat. Mioma yang terletak pada dinding depan uterus, dalam pertumbuhannya akan menekan dan mendorong kandung kemih ke atas, sehingga dapat menimbulkan keluhan miksi.

c. Mioma Subserosa

Apabila mioma tumbuh keluar dinding uterus sehingga menonjol pada permukaan uterus diliputi oleh serosa. Mioma

subserosa dapat tumbuh di antara kedua lapisan ligamentum latum menjadi mioma intraligamenter.

d. Mioma Intraligamenter

Mioma subserosa yang tumbuh menempel pada jaringan lain, misalnya ke ligamentum atau omentum dan kemudian membebaskan diri dari uterus sehingga disebut *mondering/parasitic fibroid*.

Jarang sekali ditemukan satu macam mioma saja dalam satu uterus. Mioma pada serviks dapat menonjol ke dalam satu saluran servik sehingga ostium uteri eksternum berbentuk bulan sabit.

Apabila mioma dibelah maka akan tampak bahwa mioma terdiri dari berkas otot polos dan jaringan ikat yang tersusun sebagai kumparan (*whorle like pattern*) dengan pseudokapsul yang terdiri dari jaringan ikat longgar yang terdesak karena pertumbuhan sarang mioma ini.



Gambar2. Letak mioma uteri subserosum, intramural, submukosa²⁷

6. Manifestasi Klinis Mioma Uteri

Keluhan yang diakibatkan oleh mioma uteri sangat tergantung pada lokasi, arah pertumbuhan, jenis, besar dan jumlah mioma uteri. Mioma uteri yang menimbulkan keluhan hanya di temukan 20-50%, sisanya tidak menimbulkan keluhan. Gejala yang terjadi dapat berupa :

a. Perdarahan abnormal

Gangguan perdarahan yang terjadi umumnya adalah hipermenore, menoragia dan dapat juga terjadi metroragia. Menoragia merupakan perdarahan uterus abnormal yang paling umum karena mioma uteri. Mioma submukosa bertangkai sering menyebabkan gejala menoragia sebagai akibat ulserasi atau nekrosis. Perdarahan oleh mioma uteri dapat menyebabkan anemia berat. Pada mioma intramural juga dapat menyebabkan perdarahan yang lama dan disertai dengan peningkatan jumlah perdarahan (*hipermenorrhoe*) karena adanya gangguan kontraksi otot uterus.

b. Nyeri Perut

Gejala nyeri tidak khas pada mioma uteri tetapi dapat timbul kerana gangguan sirkulasi darah pada sarang mioma, yang disertai nekrosis setempat dan peradangan.¹ Rasa nyeri juga dapat disebabkan karena torsi mioma uteri yang bertangkai. Pada mioma uteri yang sangat besar, rasa nyeri dapat disebabkan karena tekanan pada syaraf yaitu pleksus uterovaginalis yang menjalar ke pinggang dan tungkai bawah.²⁸

c. Massa di perut bawah

Penderita mioma uteri mengeluh merasakan adanya massa atau benjolan di perut bagian bawah.

d. *Pressure Effects* (Efek Tekanan)

Pembesaran pada mioma uteri dapat menyebabkan adanya efek tekanan pada organ-organ di sekitar uterus. Penekanan pada kandung kemih akan menyebabkan adanya poliuri, pollakisuria dan dysuria. Apabila ureter tertekan dapat menyebabkan retensio urine, pada rektum bila terjadi penekanan menyebabkan konstipasi atau nyeri saat buang air besar.

7. **Diagnosis Mioma Uteri**

a. Anamnesis

Pada anamnesis dapat ditemukan keluhan utama, biasanya ditemukan timbulnya benjolan pada perut bagian bawah, kadang disertai gangguan haid dan terdapat nyeri perut.²⁹

b. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan pemeriksaan pada abdomen terdapat uterus yang membesar pada saat dipalpasi, umumnya terletak di garis tengah ataupun agak ke samping dan seringkali teraba berbenjol-benjol.

c. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan *Ultra Sonografi* (USG) transabdominal dan transvaginal dapat bermanfaat dalam menetapkan adanya mioma uteri. Ultrasonografi transvaginal terutama bermanfaat pada uterus yang kecil. Uterus atau massa yang paling besar baik diobservasi melalui ultrasonografi transabdominal. Mioma uteri secara khas menghasilkan gambaran ultrasonografi yang mendemonstrasikan irregularitas kontur maupun pembesaran uterus.

b) Histeroskopi digunakan untuk melihat adanya mioma uteri submukosa, jika mioma kecil serta bertangkai, mioma tersebut sekaligus dapat diangkat.

c) Pemeriksaan *Magnetic Resonance Imaging*(MRI) sangat akurat dalam menentukan jumlah, ukuran, dan lokasi mioma tetapi jarang diperlukan. Pada MRI, mioma tampak sebagai massa gelap berbatas tegas dan dapat dibedakan dari miometrium normal.³⁰

8. **Penatalaksanaan Mioma Uteri**

a. Konservatif

Pada penderita dengan mioma uteri yang berukuran kecil dan tanpa gejala tidak memerlukan pengobatan, tetapi harus

diawasi perkembangan tumornya. Jika mioma uteri lebih besar dari kehamilan 10-12 minggu, tumor tersebut berkembang dengan cepat, dan terjadi torsi pada tangkai, maka perlu diambil tindakan operasi.

b. Medikamentosa

Pada umumnya, pengobatan mioma uteri dilakukan secara operatif (miomektomi atau histerektomi), karena memang belum ditemukan pengobatan medikamentosa yang efektif untuk mioma uteri. Seperti yang telah diketahui bahwa pertumbuhan mioma uteri dapat dipicu oleh estrogen, sehingga sampai saat ini telah tersedia jenis obat yang dapat menekan pertumbuhan dan mengurangi pembesaran mioma uteri. Preparat yang selalu digunakan untuk terapi medikamentosa adalah analog GnRHa (*Gonadotropin-Releasing Hormon agonis*), progesteron, danazol, gestrinon, tamoksifen, goserelin, antiprostaglandin, agen-agen lain seperti gossypol dan amantadine.

Perlu ditekankan bahwa pemberian analog GnRH bukan untuk menghilangkan mioma uteri, namun lebih bersifat untuk memudahkan tindakan operasi dan untuk mengurangi tindakan histerektomi. Analog GnRH diberikan sebelum tindakan operasi dilakukan.¹⁸

c. Operatif

Pengobatan operatif yang dilakukan meliputi miomektomi, histerektomi dan embolisasi arteri uterus.

- 1) Miomektomi, adalah pengambilan sarang mioma saja tanpa pengangkatan uterus. Tindakan ini dapat dikerjakan misalnya pada mioma mioma submukosa pada mioma geburt dengan cara ekstirpasi lewat vagina.
- 2) Histerektomi, adalah pengangkatan uterus, yang umumnya tindakan terpilih. Histerektomi total umumnya dilakukan

dengan alasan mencegah akan timbulnya karsinoma servisis uteri.

- 3) Embolisasi arteri uterus (*Uterine Artery Embolization / UAE*), merupakan injeksi pada arteri uterina dengan butiran polyvinyl alkohol melalui kateter yang nantinya akan menghambat aliran darah ke mioma uteri dan menyebabkan nekrosis. Nyeri setelah UAE lebih ringan dari pada setelah pembedahan mioma dan pada UAE tidak dilakukan insisi serta waktu penyembuhannya yang cepat. Akan tetapi berangsur-angsur dilaporkan bahwa dibandingkan perempuan hamil yang pernah mengalami miomektomi, ternyata perempuan mioma yang dilakukan UAE lebih banyak mengalami persalinan prematur atau malpresentasi ketika hamil di kemudian harinya.³¹

9. Komplikasi Mioma Uteri

a. Degenerasi ganas

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

b. Torsi (putaran tangkai)

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

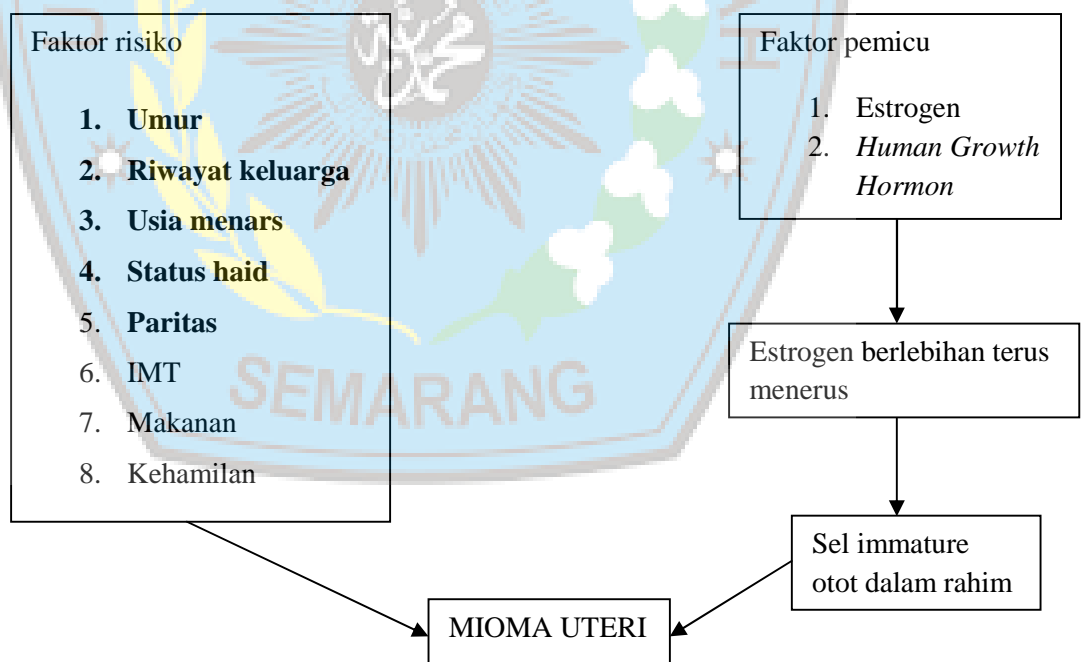
10. Prognosis Mioma Uteri

Histerektomi dengan mengangkat seluruh mioma adalah kuratif. Myomectomy yang extensif dan secara significant melibatkan miometrium atau menembus endometrium, maka diharuskan SC (*Sectio Caesaria*) pada persalinan berikutnya. Myoma yang kambuh kembali (rekurens) setelah myomectomy terjadi pada 15-40% pasien dan 2/3nya memerlukan tindakan lebih lanjut.

11. Diagnosis Banding Mioma Uteri

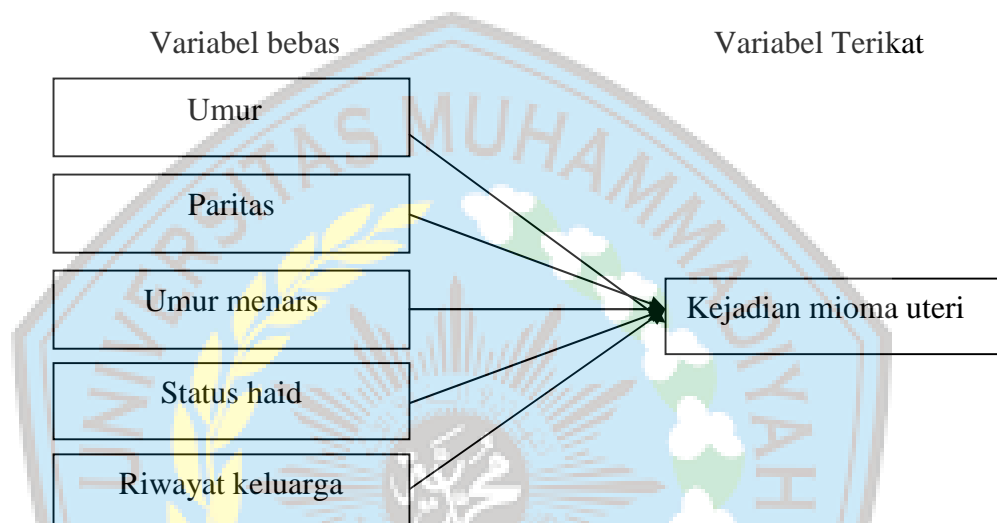
Diagnosis banding pada mioma uteri adalah kehamilan, neoplasma ovarium, dan adenomyosis.³²

C. Kerangka Teori



D. Kerangka Konsep

Faktor yang mempengaruhi kejadian mioma uteri yaitu faktor umur, riwayat keluarga, usia menars, status haid, paritas, IMT, makanan, dan kehamilan. Karena keterbatasan waktu dan kemampuan, maka penulis hanya meneliti variabel umur, paritas, umur menar, status haid dan riwayat keluarga.



E. Hipotesis

1. Umur merupakan faktor risiko kejadian mioma uteri.
2. Paritan merupakan faktor risiko kejadian mioma uteri.
3. Umur menars merupakan faktor risiko kejadian mioma uteri.
4. Status haid merupakan faktor risiko kejadian mioma uteri.
5. Riwayat keluarga merupakan faktor risiko kejadian mioma uteri.