

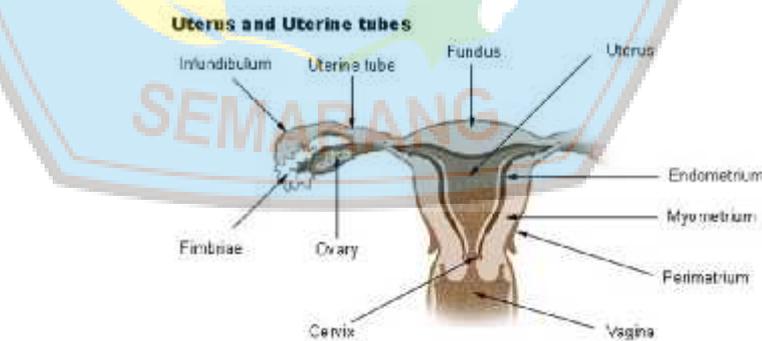
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. ANATOMI FISILOGI UTERUS

Uterus (rahim) merupakan organ yang tebal, berotot, bentuknya menyerupai buah pir, yang sedikit gepeng kearah muka belakang, terletak di dalam pelvis antara rektum di belakang dan kandung kemih di depan. Uterus berukuran sebesar telur ayam dan mempunyai rongga (lihat Gb. 2.1). Dinding uterus terdiri atas otot polos. Uterus memiliki panjang berukuran 7-7,5 cm lebar di atas 5,25 cm, tebal 1,25 cm. Uterus normal memiliki berat lebih kurang 57 gram.^{13,14}

Pada masa kehamilan uterus akan membesar 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 higroskopik akibat meningkatnya kadar estrogen sehingga uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin. Setelah Menopause, uterus pada wanita nullipara maupun multipara, mengalami atrofi dan kembali ke ukuran pada masa predolesen.^{13,14}



Gambar2.1 anatomi uterus normal¹⁵

B. MIOMA UTERI

B.1. Definisi

Mioma uteri adalah tumor jinak otot polos uterus yang terdiri dari sel-sel jaringan otot polos, jaringan pengikat fibroid dan kolagen. Mioma uteri memiliki banyak nama sehingga dalam kepustakaan dikenal juga dengan istilah fibroid, leiomioma uteri atau fibromioma uteri. Mioma ini berbentuk padat karena jaringan ikat dan otot rahimnya lebih dominan. Mioma uteri merupakan neoplasma jinak yang paling umum dan sering dialami oleh wanita. Neoplasma ini memperlihatkan gejala klinis berbeda-beda sesuai dengan besar dan letak mioma.^{12,16}

Tumor jinak yang berasal dari sel otot polos dari miometrium disebut leiomioma. Tetapi karena tumor ini berbatas tegas maka disebut juga fibroid.¹⁷ Sebanyak 95% mioma uteri berasal dari korpus uteri dan 5% berasal dari serviks.¹⁸

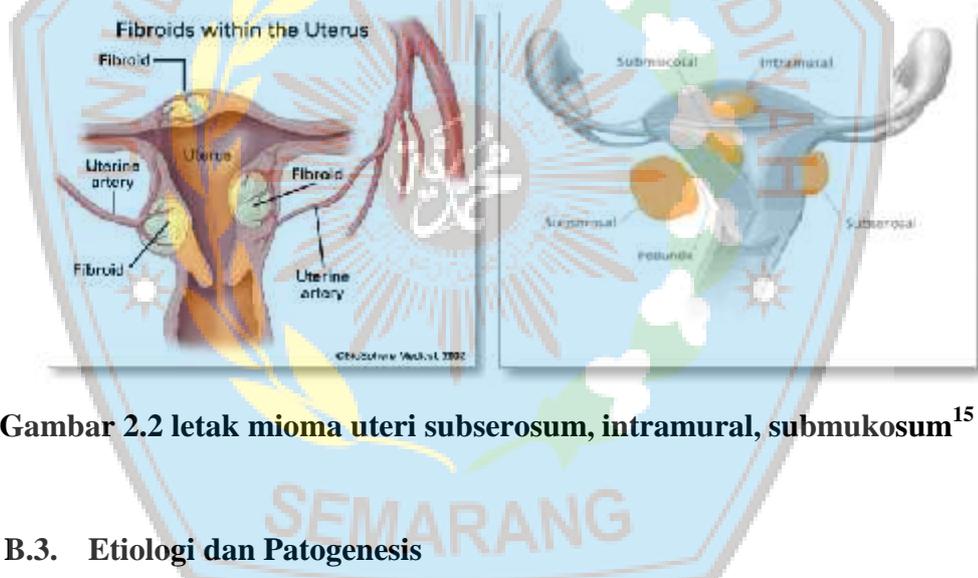
B.2. Klasifikasi

Berdasarkan letaknya mioma uteri diklasifikasikan menjadi 3 bagian yaitu:^{13,19}

- a. Mioma uteri subserosum : lokasi tumor di sub-serosa korpus uteri. Dapat hanya sebagai tonjolan saja, dapat pula sebagai satu massa yang dihubungkan dengan uterus melalui tangkai. Pertumbuhan kearah lateral dapat berada di dalam ligamentum latum, dan disebut sebagai mioma intraligamen. Mioma yang cukup besar akan mengisi rongga peritoneum sebagai suatu massa. Perlekatan dengan omentum di sekitarnya menyebabkan sistem peredaran darah diambil alih dari tangkai ke omentum. Akibatnya tangkai semakin mengecil dan terputus, sehingga mioma terlepas dari uterus sebagai massa tumor yang bebas dalam rongga peritoneum. Mioma jenis ini dikenal sebagai mioma jenis parasitik.
- b. Mioma uteri intramural : disebut juga sebagai mioma intra epitalial, biasanya multiple. Apabila masih kecil, tidak merubah bentuk

uterus, tapi bila besar akan menyebabkan uterus berbenjol-benjol, uterus bertambah besar dan berubah bentuknya. Mioma ini sering tidak memberikan gejala klinis yang berarti kecuali rasa tidak enak karena adanya massa tumor di daerah perut sebelah bawah.

- c. Mioma uteri submukosum : mioma yang berada di bawah lapisan mukosa uterus/endometrium dan tumbuh ke arah kavum uteri. Hal ini menyebabkan terjadinya perubahan bentuk dan besar kavum uteri. Bila tumor ini tumbuh dan bertangkai, maka tumor dapat keluar dan masuk ke dalam vagina yang disebut mioma geburt. Mioma submukosum walaupun hanya kecil selalu memberikan keluhan perdarahan melalui vagina. Perdarahan sulit dihentikan, sehingga sebagai terapinya dilakukan histerektomi.



Gambar 2.2 letak mioma uteri subserosum, intramural, submukosum¹⁵

B.3. Etiologi dan Patogenesis

Penyebab mioma uteri belum diketahui secara pasti. Tumor ini mungkin berasal dari sel otot yang normal, dari otot imatur yang ada di dalam miometrium atau dari sel embrional pada dinding pembuluh darah uterus. Mioma tumbuh mulai dari benih – benih multipel yang sangat kecil dan tersebar pada miometrium. Benih ini tumbuh sangat lambat tetapi progresif (bertahun-tahun, bukan dalam hitungan bulan).^{13,20,21}

Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan mioma uteri:

a. Estrogen

Estrogen memegang peranan penting untuk terjadinya mioma uteri, hal ini dikaitkan dengan: mioma tidak pernah ditemukan sebelum *menarche*, banyak ditemukan pada masa reproduksi, pertumbuhan mioma lebih cepat pada wanita hamil dan akan mengecil pada masa menopause. Meyer dan De Snoo mengajukan teori *Cell nest* atau teori *genitoblast*, teori ini menyatakan bahwa untuk terjadinya mioma uteri harus terdapat dua komponen penting yaitu: *sel nest* (sel muda yang terangsang) dan estrogen (perangsang sel nest secara terus menerus). Percobaan Lipschutz yang memberikan estrogen kepada kelinci percobaan ternyata menimbulkan tumor fibromatosa baik pada permukaan maupun pada tempat lain dalam abdomen. Puuka, dkk menyatakan bahwa reseptor estrogen pada mioma lebih banyak didapatkan dari pada miometrium normal.^{4,22}

Hormon estrogen dapat diperoleh melalui alat kontrasepsi hormonal (Pil KB, Suntikan KB dan susuk KB). Alat kontrasepsi hormonal mengandung estrogen, progesteron dan kombinasi estrogen dan progesteron.

b. Progesteron

Progesteron merupakan antagonis natural dari estrogen. Progesteron menghambat pertumbuhan tumor dengan dua cara yaitu: mengaktifkan 17 hidroxydehidrogenase dan menurunkan jumlah reseptor estrogen pada tumor. Pemberian preparat progesteron atau testosteron dapat mencegah efek fibromatosa.^{4,22}

B.4. Faktor Risiko

Dalam *Enviromental Health Perspectives*, terdapat beberapa faktor yang berpengaruh sebagai faktor risiko terjadinya mioma uteri, yaitu:

a. Umur

Risiko mioma uteri meningkat seiring dengan peningkatan umur. Ini juga bertepatan dengan penelitian yang pernah dijalankan di India (*Departement of Obstetric and Gynecology, Kasturba Medical College and Hospital*) bahwa kasus mioma uteri terbanyak terjadi pada kelompok umur 40-49 tahun dengan usia rata-rata 42,97 tahun sebanyak 51%.¹⁰ Mioma uteri jarang ditemukan pada wanita di bawah umur 20 tahun dan belum pernah dilaporkan terjadi kasus sebelum *menarche*, dan setelah menopause hanya 10% kejadian mioma uteri yang masih dapat bertumbuh lebih lanjut. Mioma uteri biasanya akan menunjukkan gejala klinis pada umur 40 tahun keatas.⁴

b. Ras dan Genetik

Kejadian mioma uteri lebih tinggi pada ras Afrika-Amerika (kulit hitam) jika dibandingkan dengan ras Kaukasia (kulit putih). Wanita kulit hitam memiliki risiko lebih besar untuk menderita mioma jika dibandingkan dengan wanita kulit putih. Terlepas dari faktor ras, kejadian mioma juga tinggi pada wanita dengan riwayat keluarga ada yang menderita mioma uteri.^{20,21}

c. Paritas

Mioma uteri lebih sering ditemukan pada wanita *nullipara* atau wanita yang kurang subur. Mioma uteri berkurang pada wanita yang mempunyai anak lebih dari satu dibandingkan dengan wanita yang belum pernah melahirkan (*nullipara*) hal ini berkaitan juga dengan keadaan hormonal. Beberapa penelitian menemukan hubungan saling berbalik antara paritas dan munculnya myoma uteri. Hal ini disebabkan besarnya jumlah reseptor estrogen yang berkurang di lapisan miometrium setelah kehamilan.^{4,23}

d. Diet/makanan

Makanan memiliki hubungan dengan kejadian mioma uteri. Makanan seperti daging setengah masak akan meningkatkan risiko

terhadap kejadian mioma uteri, selain itu terdapat diet/ makanan yang dapat mengurangi resiko terhadap kejadian mioma uteri, seperti sayuran hijau yang tinggi serat dan buah-buahan.²³

e. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Satu studi prospektif dijalankan dan dijumpai kemungkinan risiko menderita mioma uteri adalah setinggi 21% untuk setiap peningkatan indeks massa tubuh. Ini terjadi karena obesitas menyebabkan peningkatan konversi androgen adrenal kepada estrogen dan menurunkan hormon *sex-binding globulin*. Hasilnya menyebabkan peningkatan estrogen secara biologikal yang bisa menerangkan mengapa terjadi peningkatan prevalensi mioma uteri dan pertumbuhannya. Beberapa penelitian menemukan hubungan antara obesitas dan peningkatan kejadian mioma uteri. Wanita yang mempunyai Indeks Massa Tubuh (IMT) di atas normal, berkemungkinan 30,23% lebih sering menderita mioma uteri.^{4,20,21}

f. Menarche Dini

Menarche dini (< 10 tahun) meningkatkan risiko kejadian mioma uteri (1,24 kali) dan *menarche* terlambat dapat menurunkan risiko kejadian mioma uteri¹¹.

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 *menarche*, 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.⁴

B.5. Patologi Anatomi

Gambaran histopatologi mioma uteri adalah seperti berikut: Pada gambaran makroskopik menunjukkan suatu tumor berbatas jelas, bersimpai, pada penampang menunjukkan massa putih dengan susunan lingkaran-lingkaran konsentrik di dalamnya. Tumor ini bisa terjadi secara tunggal tetapi biasanya terjadi secara multipel dan bertaburan pada uterus dengan ukuran yang berbeda-beda.^{4,19}

Perubahan sekunder yang terjadi sebagian besar bersifat degenerasi. Hal ini terjadi karena berkurangnya pemberian darah pada mioma. Perubahan sekunder yang sering terjadi yaitu:^{4,19}

a. Atrofi

Setelah menopause mioma uteri akan menjadi kecil, hal ini terjadi karena saat menopause akan terjadi penurunan stimulus estrogen.

b. Degenerasi Hialin

Perubahan 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

Perubahan ini 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

pada sarang mioma maka mioma akan menjadi keras (*womb stone*) dan akan memberikan bayangan pada foto rontgen.

e. Degenerasi Merah (*carneous degeneration*)

Perubahan ini biasanya terjadi pada masa kehamilan dan nifas. Patogenesis diperkirakan karena 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 terjadi pada kehamilan muda seperti emesis, haus, sedikit demam, kesakitan, tumor pada uteus membesar dan nyeri pada perabaan. Penampilan klinik ini sama seperti pada putaran tangkai tumor ovarium atau mioma bertangkai.

f. Degenerasi Lemak

Degenerasi lemak merupakan kelanjutan dari degenerasi hialin, akan tetapi perubahan ini jarang terjadi.

B.6. Manifestasi Klinis

Kebanyakan kasus ditemui secara kebetulan karena tumor ini tidak mengganggu. Gejala yang dikeluhkan sangat tergantung pada tempat sarang mioma ini berada, ukuran tumor, perubahan dan komplikasi yang terjadi. Gejala yang terjadi dapat digolongkan seperti berikut:^{12,23,24}

a. Perdarahan abnormal

Gangguan perdarahan yang terjadi umumnya adalah *hipermenore*, *menoragia* dan dapat juga terjadi *metroragia*. Antara penyebab perdarahan ini adalah:

1. pengaruh ovarium sehingga terjadilah hiperplasia endometrium sampai adenokarsinoma endometrium
2. permukaan endometrium yang lebih luas dari biasa
3. atrofi endometrium di atas mioma submukosum

4. miometrium tidak dapat berkontraksi optimal karena adanya sarang mioma di antara serabut miometrium, sehingga tidak dapat menjepit pembuluh darah yang melaluinya dengan baik. Disebabkan permukaan endometrium yang menjadi lebih luas akibat pertumbuhan mioma, maka lebih banyak dinding endometrium yang terkikis ketika menstruasi dan ini menyebabkan perdarahan abnormal. Walaupun menstruasi berat sering terjadi tetapi siklusnya masih tetap. Perdarahan abnormal ini terjadi pada 30% pasien mioma uteri dan perdarahan abnormal ini dapat menyebabkan anemia defisiensi besi. Pada suatu penelitian yang mengevaluasi wanita dengan mioma uteri dengan atau tanpa perdarahan abnormal, didapat data bahwa wanita dengan perdarahan abnormal secara bermakna menderita mioma intramural (58% banding 13%) dan mioma submukosum (21% banding 1%) dibanding dengan wanita penderita mioma uteri yang asimtomatik.

b. Nyeri

Rasa nyeri bukanlah gejala yang khas tetapi dapat timbul kerana gangguan sirkulasi darah pada sarang mioma, yang disertai nekrosis setempat dan peradangan. Nyeri panggul yang disebabkan mioma uteri bisa juga disebabkan degenerasi akibat oklusi vaskuler, infeksi, torsi dari mioma yang bertangkai maupun akibat kontraksi miometrium yang disebabkan mioma subserosum. Tumor yang besar dapat mengisi rongga pelvik dan menekan bagian tulang pelvik yang dapat menekan saraf sehingga menyebabkan rasa nyeri yang menyebar ke bagian punggung dan ekstremitas posterior.

c. Gejala tanda penekanan

Gangguan ini tergantung pada tempat dan ukuran mioma uteri. Penekanan pada kandung kemih akan menyebabkan poliuri, pada uretra dapat menyebabkan retensio urin, pada ureter dapat menyebabkan *hidroureter* dan *hidronefrosis*, pada rektum dapat

menyebabkan *obstipasi* dan *tenesmia*, pada pembuluh darah dan pembuluh limfe di panggul dapat menyebabkan edema tungkai dan nyeri panggul.

B.7. Penegakan Diagnosis

Diagnosis mioma uteri dapat ditegakkan dengan:^{11,12}

a. Anamnesis

Dari proses tanya jawab dokter dan pasien dapat ditemukan penderita seringkali mengeluh rasa berat dan adanya benjolan pada perut bagian bawah, kadang mempunyai gangguan haid dan ada nyeri.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan bimanual akan mengungkap tumor pada uterus, yang umumnya terletak di garis tengah ataupun agak ke samping, seringkali teraba berbenjol-benjol. Mioma subserosum dapat mempunyai tangkai yang terhubung dengan uterus.

c. Pemeriksaan penunjang

1. *Ultra Sonografi* (USG) : mioma uteri yang besar paling bagus didiagnosis dengan kombinasi *trans-abdominal* dan *trans-vaginal sonografi*. Gambaran sonografi mioma biasanya adalah simetrikal, berbatas tegas, hypoechoic dan degenerasi kistik menunjukkan anechoic.
2. *Magnetic Resonance Imagine* (MRI): lebih baik daripada USG tetapi mahal. MRI mampu menentukan ukuran, lokasi dan bilangan mioma uteri serta bisa mengevaluasi jarak penembusan mioma submukosa di dalam dinding miometrium.

B.8. Diagnosis Banding

Diagnosa banding yang perlu dipikirkan adalah tumor abdomen di bagian bawah atau panggul ialah mioma subserosum dan kehamilan; mioma submukosum yang dilahirkan harus dibedakan dengan inversio

uteri; mioma intramural harus dibedakan dengan suatu adenomiosis, khorioarksinoma, karsinoma korporis uteri atau suatu sarkoma uteri.¹²

B.9. Komplikasi

a. Degenerasi ganas

Mioma uteri yang menjadi leimiosarkoma ditemukan hanya 0,32-0,6% dari seluruh mioma, serta merupakan 50-75% dari semua sarkoma uterus. Keganasan umumnya baru ditemukan pada pemeriksaan histologi uterus yang telah diangkat. Kecurigaan akan keganasan uterus apabila mioma uteri cepat membesar dan apabila terjadi pembesaran sarang mioma dalam *menopause*.⁴

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. Hal ini hendaklah dibedakan dengan suatu keadaan di mana terdapat banyak sarang mioma dalam rongga peritoneum. Sarang mioma dapat mengalami nekrosis dan infeksi yang diperkirakan kerana gangguan sirkulasi darah padanya. Misalnya terjadi pada mioma yang dilahirkan hingga perdarahan berupa metroragia atau menoragia disertai leukore dan gangguan yang disebabkan oleh infeksi dari uterus sendiri.⁴

B.10. Pencegahan

Pencegahan Mioma Uteri:

a. Pencegahan primordial

Pencegahan ini dilakukan pada perempuan yang belum menarkhe atau sebelum terdapat risiko mioma uteri. Upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan mengkonsumsi makanan yang tinggi serat seperti sayuran dan buah.⁴

b. Pencegahan primer

Pencegahan primer merupakan awal pencegahan sebelum seseorang menderita mioma. Upaya pencegahan ini dapat dilakukan dengan penyuluhan mengenai faktor-faktor risiko mioma terutama pada kelompok yang berisiko yaitu wanita pada masa reproduktif. Selain itu tindakan pengawasan pemberian hormon estrogen dan progesterone dengan memilih pil KB kombinasi (mengandung estrogen dan progesteron), pil kombinasi mengandung estrogen lebih rendah dibanding pil sekuensial, oleh karena pertumbuhan mioma uteri berhubungan dengan kadar estrogen.^{4,25,26}

c. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder ditujukan untuk orang yang telah terkena mioma uteri, tindakan ini bertujuan untuk menghindari terjadinya komplikasi. Pencegahan yang dilakukan adalah dengan melakukan diagnose dini dan pengobatan yang tepat.²⁵

d. Pencegahan tertier

Pencegahan tertier adalah upaya yang dilakukan setelah penderita melakukan pengobatan. Umumnya pada tahap pencegahan ini adalah berupa rehabilitasi untuk meningkatkan kualitas hidup dan mencegah timbulnya komplikasi. Pada dasarnya hingga saat ini belum diketahui penyebab tunggal yang menyebabkan mioma uteri, namun merupakan gabungan beberapa faktor atau multifaktor. Tindakan yang dilakukan adalah dengan meningkatkan kualitas hidup dan mempertahankannya. Penderita pascaoperasi harus mendapat asupan gizi yang cukup dalam masa pemulihannya.^{4,25}

B.11. Penatalaksanaan

Tidak semua mioma uteri memerlukan pengobatan bedah, 55% dari semua mioma uteri tidak membutuhkan suatu pengobatan dalam bentuk apapun, terutama apabila mioma itu masih kecil dan tidak menimbulkan gangguan. Walaupun demikian mioma uteri memerlukan pengamatan

setiap 3-6 bulan. Penanganan mioma uteri menurut usia, paritas, lokasi dan ukuran tumor terbagi sebagai berikut:^{12,23}

a. Terapi konservatif (hormonal)

Saat ini pemakaian *Gonadotropin-releasing hormone* (GnRH) agonis memberikan hasil yang baik memperbaiki gejala klinis mioma uteri. Tujuan pemberian GnRH agonis adalah mengurangi ukuran mioma dengan jalan mengurangi produksi estrogen dari ovarium. Pemberian GnRH agonis sebelum dilakukan tindakan pembedahan dapat mengurangi vaskularisasi pada tumor sehingga akan memudahkan tindakan pembedahan. Terapi hormonal yang lainnya seperti kontrasepsi oral dan preparat progesteron akan mengurangi gejala pendarahan tetapi tidak mengurangi ukuran mioma uteri.

b. Terapi pembedahan

Indikasi terapi bedah untuk mioma uteri menurut *American College of obstetricians and Gynecologist (ACOG)* dan *American Society of Reproductive Medicine (ASRM)* adalah:

1. Perdarahan uterus yang tidak respon terhadap terapi konservatif
2. Dugaan adanya keganasan
3. Pertumbuhan mioma pada masa menopause
4. Infertilitas karena gangguan pada kavum uteri maupun karena oklusi tuba
5. Nyeri dan penekanan yang sangat mengganggu
6. Gangguan berkemih maupun obstruksi traktus urinarius
7. Anemia akibat perdarahan

Tindakan pembedahan yang dilakukan adalah miomektomi atau histerektomi:^{12,23}

i. Miomektomi

Miomektomi adalah pengambilan sarang mioma saja tanpa pengangkatan uterus. Miomektomi ini dilakukan pada wanita

yang ingin mempertahankan fungsi reproduksinya dan tidak ingin dilakukan histerektomi. Tindakan ini dapat dikerjakan misalnya pada mioma submukosum dengan cara ekstirpasi lewat vagina. Apabila miomektomi ini dikerjakan kerana keinginan memperoleh anak, maka kemungkinan akan terjadi kehamilan adalah 30-50%. Tindakan miomektomi dapat dilakukan dengan laparotomi, histeroskopi maupun dengan laparoskopi.^{4,19,26}

ii. **Histerektomi**^{4,19,26}

Histerektomi adalah pengangkatan uterus, yang umumnya adalah tindakan terpilih. Tindakan histerektomi pada mioma uteri sebesar 30% dari seluruh kasus. Histerektomi dijalankan apabila didapati keluhan menorrhagia, metrorrhagia, keluhan obstruksi pada traktus urinarius dan ukuran uterus sebesar usia kehamilan 12-14 minggu.

Tindakan histerektomi dapat dilakukan secara abdominal (*laparotomi*), vaginal dan pada beberapa kasus dilakukan *laparoskopi*.

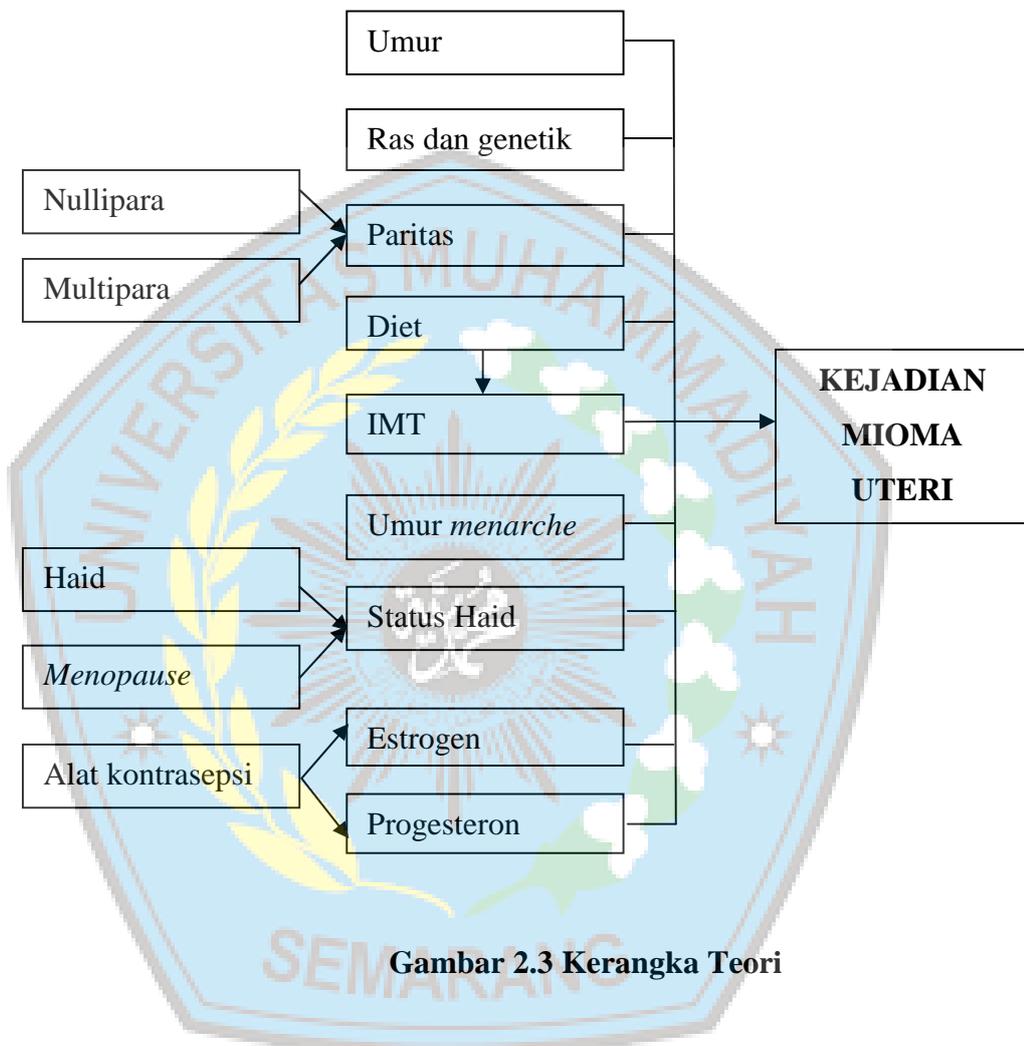
B.12. Rehabilitasi⁴

Rehabilitasi adalah setiap upaya yang dilakukan untuk memulihkan seseorang yang sakit sehingga menjadi manusia yang produktif. Program ini ditujukan kepada penderita mioma uteri pasca perawatan.

Penderita dengan keluhan utama perdarahan hebat, dalam masa pemulihan harus mendapat asupan gizi yang cukup. Upaya rehabilitasi terhadap mioma tidak hanya ditujukan terhadap rehabilitasi medik saja, tetapi menyangkut rehabilitasi jiwa. Penderita mioma uteri perlu mendapat dukungan moral, seorang penderita mioma pasca histerektomi total (pengangkatan seluruh rahim), dapat merasa kehilangan harga dirinya sebagai seorang wanita, oleh sebab itu dukungan dari orang-orang terdekat sangat diperlukan.

C. Kerangka Teori

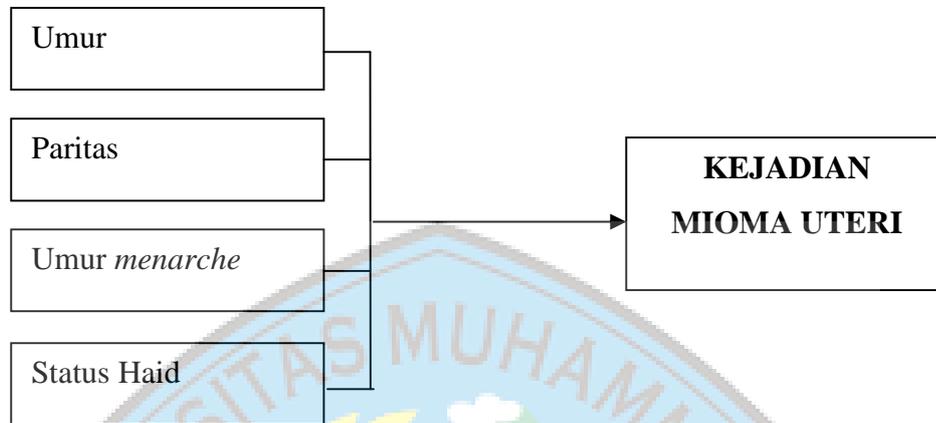
Berdasarkan uraian di atas maka dapat di tulis kerangka teori sebagai berikut :



Gambar 2.3 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori dapat dirumuskan kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

E. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustaka dapat diperoleh hipotesis penelitian sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara umur dengan kejadian mioma uteri.
2. Ada hubungan antara paritas dengan kejadian mioma uteri.
3. Ada hubungan antara umur *menarche* dengan kejadian mioma uteri.
4. Ada hubungan antara status haid dengan kejadian mioma uteri.