

Penurunan Skala Nyeri Penderita Endometriosis Sebelum dan Sesudah Pembedahan Laparoskopi Konservatif dengan atau Tanpa Diikuti Terapi Medikamentosa di RSUD Dr. Soetomo

Aida Musyarrofah, Relly Yanuari Primariawan

Departmen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga Surabaya, RSUD dr. Soetomo Surabaya

ABSTRAK

Tujuan: Mengetahui perubahan keluhan nyeri penderita endometriosis sebelum dan sesudah pembedahan laparoskopi konservatif dengan atau tanpa diikuti terapi medikamentosa di RSUD dr. Soetomo.

Bahan dan Metode: Studi ini merupakan penelitian deskriptif analitik pada penderita dengan keluhan nyeri panggul yang dicurigai menderita endometriosis dan akan dilakukan pembedahan laparoskopi konservatif serta memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Subyek penelitian dievaluasi skala keluhan nyeri panggul kronik, dismenorea, dan dispareunia sebelum dilakukan laparoskopi dan setelah dilakukan laparoskopi pada bulan ke-1, bulan ke-2 dan bulan ke-3 dengan menggunakan skala numerik verbal mulai 0 sampai 10. Terapi medikamentosa yang diterima penderita setelah laparoskopi konservatif juga dicatat. Studi ini dilakukan di RSUD dr. Soetomo bulan Juli sampai Desember 2013.

Hasil: Didapatkan 28 penderita yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi serta dilakukan pembedahan laparoskopi konservatif, 2 penderita putus uji dan 26 penderita diikuti sampai bulan ke-3 pascapembedahan. Rata-rata skor r-AFS endometriosis 26,27 (rentang 3-60). Berdasarkan uji Wilcoxon, pada 1 bulan pertama didapatkan perubahan rata-rata skala nyeri panggul kronik $0,92 \pm 0,24$ ($p:0,002$), dismenorea $2,77 \pm 0,33$ ($p:0,000$) dan dispareunia $0,15 \pm 0,07$ ($p:0,046$). Pada interval bulan 1 dan bulan 2, didapatkan perubahan rata-rata skala nyeri panggul kronik $0,23 \pm 0,10$ ($p:0,02$), dismenorea $0,85 \pm 0,19$ ($p:0,001$). Pada interval bulan 2 dan bulan 3, didapatkan perubahan rata-rata skala nyeri panggul kronik $0,15 \pm 0,09$ ($p:0,10$), dismenorea $0,31 \pm 0,10$ ($p:0,014$).

Simpulan: Tidak didapatkan perubahan skala dispareuni pada interval bulan 1 dan bulan 2 maupun bulan 2 dan bulan 3. Penurunan bermakna skala nyeri kronik terjadi sampai 2 bulan, penurunan bermakna skala dismenorea terjadi sampai 3 bulan, dan penurunan bermakna skala dispareuni terjadi sampai 1 bulan setelah pembedahan laparoskopi konservatif.

Kata kunci: nyeri, endometriosis, skala numerik verbal, laparoskopi konservatif, terapi medikamentosa

Correspondence: Aida Musyarrofah, Departmen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, RSUD dr. Soetomo Surabaya, Jl Prof. Dr. Moestopo 6 – 8, Surabaya. Email : adaida.m@gmail.com.

ABSTRACT

Objectives: Knowing the changes of pain in endometriosis sufferers before and after laparoscopic conservative surgery with or without medical therapy followed in dr. Soetomo hospital.

Materials and Methods: This study is a descriptive analytic study in patients with pelvic painsuspected have endometriosis and conservative laparoscopic surgery will be performed and fits the inclusion and exclusion criteria. The study subjects were evaluated with chronic pelvic pain scale, dysmenorrhea, and dyspareunia before and after laparoscopic laparoscopy at first month, second month and third month by using a verbal numerical scale ranging 0 to 10. Medical treatment received by patients after laparoscopic conservative also noted. The study was done by the Dr. Soetomo hospital in July to December 2013.

Results: Obtained 28 patients who fits the inclusion and exclusion criteria and were treatment by conservative laparoscopic surgery, 2 patients dropped out test and 26 patients were followed until the 3rd month after the surgery. Average score of r-AFS endometriosis 26.27 (range 3-60). Based on the Wilcoxon test, on the 1st month the average changes in chronic pelvic pain scale are 0.92 ± 0.24 ($p: 0.002$), dysmenorrhoea was 2.77 ± 0.33 ($p: 0.000$) and dyspareunia 0.15 ± 0.07 ($p: 0.046$). At intervals of 1st month and 2nd months, average change of chronic pelvic pain scale 0.23 ± 0.10 ($p: 0.02$), 0.85 ± 0.19 dysmenorrhoea ($p: 0.001$). At intervals of 2nd months and 3rd months, obtained average change of chronic pelvic pain scale at 0.15 ± 0.09 ($p: 0.10$), dysmenorrhoea was 0.31 ± 0.10 ($p: 0.014$).

Conclusion: There were no changes at the interval dispareuni 1 scale during 1st month and 2nd month even 2nd and 3rd. Significant reduction in chronic pain scale occurred up to 2nd months, a significant reduction in the scale of dysmenorrhoea occurred up to 3rd month, and a significant decrease of dispareuni scale up to 1 month after conservative laparoscopic surgery.

Keywords: pain, endometriosis, verbal numeric scale, conservative laparoscopy, medicament therapy

PENDAHULUAN

Endometriosis merupakan penyakit jinak ginekologi yang banyak mendapat perhatian para ahli, namun penyebab dan patogenesisnya belum diketahui secara pasti.¹ Endometriosis ditemukan pada sekitar 70 % pasien dengan keluhan nyeri panggul kronik.² Endometriosis dapat tidak mempunyai gejala (asimtomatik)

atau mempunyai bermacam gejala, yang paling sering adalah nyeri panggul, termasuk di dalamnya dismenorhea, dispareunia, nyeri panggul yang tidak berhubungan dengan siklus menstruasi, disuria, dischezia.³ Berbagai macam gejala nyeri panggul sering didapatkan di masyarakat umum, sebuah hasil survei di USA menyatakan bahwa 90 % wanita menderita nyeri haid, 42% wanita mengeluh nyeri

senggama dan 39 % wanita mengeluh nyeri panggul di luar haid. Hal ini membuktikan bahwa pada wanita dengan gejala nyeri panggul kronik dan lesi endometriotik tidak selalu disebabkan oleh endo-metriosis.⁴ Tetapi para ahli ginekologi menyepakati adanya hubungan antara gejala nyeri panggul kronis dan endometriosis.⁵ Nyeri panggul kronik, dispareuni dan dismenorea, khas untuk endometriosis. Nyeri haid sering muncul beberapa hari menjelang haid. Pasien tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari dan memerlukan penegakan diagnosis serta pengobatan untuk menghilangkan nyeri.⁶

Kriteria standar baku emas mendiagnosis endometriosis melalui visualisasi langsung dengan laparoskopi dan atau berdasarkan hasil histopatologi. Sistem klasifikasi yang menggabungkan nilai perlekatan dan susupan lesi dikembangkan oleh the American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Terapi nyeri endo-metriosis dapat dilakukan dengan tindakan bedah, terapi medikamentosa dan kombinasi keduanya. Laparoskopi dapat dilakukan sebagai sarana diagnosis dan terapi. Dengan laparoskopi waktu pemulihan pasien lebih cepat, menghasilkan penerangan dan pembesaran yang sangat membantu dalam mendiagnosis endometriosis serta penting dalam terapi bedah yang efektif.⁷

Vercellini dkk menyatakan adanya hubungan antara lesi endometriosis dan keluhan nyeri, tetapi stadium endometriosis menurut klasifikasi ASRM tidak berhubungan dengan tingkat keparahan nyeri maupun prediksi hasil pasca operasi. Beberapa cara menilai nyeri endometriosis dengan cara skala visual analog (VAS) dan skala numerik verbal dapat dilakukan dan dinilai dengan mudah, sensitif terhadap efek terapi serta berhubungan dengan derajat pengukuran. Rekomendasi *Initiative on Methods, Measurement and Pain Assessment in Clinical Trial* (IMMPACT), salah satu cara mengukur nyeri dengan skala numerik verbal dengan 11 titik mulai 0 sampai 10 yang menggambarkan derajat nyeri mulai tanpa gejala sampai nyeri paling berat dan lebih mudah digunakan dibanding VAS.⁸

Nyeri endometriosis dapat diterapi dengan pembedahan atau medikamentosa, keduanya memiliki keuntungan dan kerugian.⁹ Beberapa ahli bedah menganggap terapi pembedahan invasif minimal lebih baik daripada medikamentosa dalam waktu lama oleh karena efek jangka panjangnya. Terlebih lagi pada penderita yang menginginkan anak lebih memilih pembedahan konservatif karena medikamentosa dapat mempengaruhi ovulasi.¹⁰ Pada terapi pembedahan terjadi pengurangan nyeri 50 – 95% tetapi sejumlah besar kasus mengalami rekurensi gejala, angka rekurensi kumulatif mulai dari 13,5% dalam 3 tahun dan 40,3% dalam 5 tahun.¹¹ Studi yang dilakukan Jones dan Sutton (2003) mengenai

variasi nyeri dan kepuasan pasien endometriosis stadium III-IV 3-12 bulan pasca pembedahan laparoskopi ablasi, didapatkan pengurangan skor dismenorea, dispareunia, dan nyeri di luar haid yang signifikan pada pengamatan 3 bulan dan skor nyeri yang tidak berbeda signifikan pada 9 bulan berikutnya.¹²

Terapi berdasarkan konsensus World Endometriosis Society (WES) Montpellier 2011 dikatakan membuang endometriosis dengan laparoskopi merupakan pilihan pertama yang baik untuk mengatasi nyeri endometriosis, dan kistektomi laparoskopi pada endometrioma dapat mengurangi kekambuhan keluhan maupun endometrioma. Eksisi lesi lebih direkomendasikan daripada ablasi, terutama pada lesi endometriosis infiltrasi dalam. Pembedahan laparoskopi pada endometriosis selalu lebih diutamakan daripada laparotomi. Dan eksisi laparoskopi pada endometrioma ovarium lebih dipilih untuk meminimalisir kekambuhan gejala dan kekambuhan endometrioma ovarium.¹³

Meskipun stadium endometriosis menurut klasifikasi ASRM tidak berhubungan dengan tingkat keparahan nyeri maupun prediksi hasil pasca operasi tetapi perubahan jumlah dan ukuran lesi endometriosis sering digunakan untuk menilai efektifitas terapi endometriosis. Tingkat nyeri dipengaruhi kedalaman susupan lesi endometriosis terhadap jaringan dan hubungan langsung lesi dengan serabut saraf yang tidak dapat dinilai dari visualisasi selama pembedahan.¹⁴

Pedoman terapi nyeri endometriosis di RSUD dr. Soetomo juga terdapat beberapa pilihan terapi tergantung indikasi, kondisi pasien, termasuk kondisi sosial ekonomi, dan data tentang hasil masing-masing terapi tersebut belum ada. Laparoskopi pada endometriosis sebagai sarana diagnosis sekaligus terapi di RSUD dr. Soetomo sudah dilakukan sejak lama namun belum pernah dilakukan evaluasi hasil. Dan sampai saat ini skala untuk mengevaluasi nyeri pada penderita endometriosis di RSUD dr. Soetomo belum pernah digunakan. Berangkat dari harapan menemukan terapi endometriosis yang paling efektif terhadap perbaikan keluhan nyeri, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai perubahan keluhan nyeri berdasarkan skala numerik verbal pada penderita endometriosis sebelum dan sesudah dilakukan eksisi laparoskopi di RSUD dr. Soetomo.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini dilakukan di poli kandungan, poli endokrin dan Klinik Infertilitas Graha Amerta di RSUD dr. Soetomo Surabaya yang dilakukan pembedahan laparoskopi mulai Juli 2013 sampai September 2013

dengan desain penelitian deskriptif analitik. Penderita dengan keluhan nyeri panggul yang dicurigai menderita endometriosis dan akan dilakukan pembedahan laparoskopik konservatif secara consecutive sampling, dilakukan information for consent, dilanjutkan penderita menandatangani lembar pernyataan informed consent. Penderita akan dijaga kerahasiaannya dengan memberi nomer dan inisial sebagai ganti identitas.

Kriteria inklusi penelitian, antara lain : mengeluh nyeri (dismenorea atau dispauseuni atau nyeri panggul kronis); diagnosis endometriosis berdasarkan hasil visualisasi laparoskopik; dapat menilai nyeri dengan cara skala numerik verbal; dilakukan skoring skala nyeri sebelum dilakukan laparoskopik; merupakan pembedahan abdomen pertama; dilakukan eksisi atau ablasasi atau kistektomi atau oovorektomi. Kriteria eksklusi, sebagai berikut: memiliki penyakit saraf; menggunakan IUD atau riwayat menggunakan IUD; menopause; keluhan nyeri tanpa ditemukan tanda endometriosis berdasarkan hasil laparoskopik maupun histopatologi; ditemukan tanda-tanda penyakit radang panggul pada laparoskopik (Fitz-Hugh-Curtis sign); dilakukan laparoskopik histerektomi. Sedangkan kriteria putus ujinya tidak dapat dievaluasi skala nyeri sampai 3 bulan setelah dilakukan terapi atau mengalami pembedahan abdomen lain selama rentang waktu evaluasi.

Penderita yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi mengisi lembar kuesioner yang di dalamnya terdapat skala numerik verbal, penderita diminta memberi tanda pada angka dalam garis sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan penderita terkait kuesioner. Dalam pengukuran ini penderita diberi kebebasan penuh untuk memberi tanda pada skala numerik verbal sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan. Saat dilakukan laparoskopik ditegakkan diagnosis endometriosis dan dilakukan pencatatan temuan dan tindakan, stadium dan skor endometriosis berdasarkan r-AFS dan skor Enzian lesi endometriosis infiltrasi dalam serta komplikasi pembedahan, bila diagnosis belum dapat ditegakkan, maka menunggu hasil histopatologi. Dilakukan evaluasi skala nyeri 1 bulan, 2 bulan dan 3 bulan sesudah menjalani laparoskopik dengan cara penderita mengisi kembali kuesioner baik dengan bertemu langsung penderita saat kunjungan rumah sakit atau saat kunjungan rumah maupun melalui telepon. Data lain yang dikumpulkan melalui rekam medik dan kuesioner berupa usia, keluhan lain, terapi medikamentosa sebelum dan setelah pembedahan. Pengukuran intensitas nyeri dilakukan oleh orang yang berbeda sehingga peneliti, pembimbing dan pemeriksa tidak mengetahui hasil dari penelitian sampai semua perhitungan penelitian selesai.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penderita yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 26 dengan rata-rata usia 32,69 tahun dan rentang usia 25 sampai 40 tahun. Keluhan utama mayoritas penderita berupa keluhan tunggal dismenorea maupun perpaduan dismenorea dan nyeri kronik serta keluhan selain nyeri terbanyak adalah infertilitas.

Rata-rata skor endometriosis berdasarkan klasifikasi revised AFS adalah 26,27 dengan rentang 3 sampai 60. Dan didapatkan 2 penderita endometriosis infiltrasi dalam (DIE) dengan skor Enzian A1B2C1 dan A1B1C0. Hal ini dapat dilihat pada Tabel 1.

Untuk menilai perubahan rata-rata skor skala nyeri, dilakukan uji normalitas data. Pada penelitian ini, data skala nyeri kronik, dismenorea dan dispauseuni dilakukan uji normalitas Kolmogorov Smirnov dengan taraf signifikansi $p > 0,05$. Hasil uji normalitas seluruh rata-rata skala nyeri kronik, dismenorea dan dispauseuni didapatkan $p < 0,05$ yang menunjukkan data tidak terdistribusi normal sehingga uji beda untuk menilai perubahan rata-rata skala nyeri endometriosis ini dilakukan dengan uji Wilcoxon.

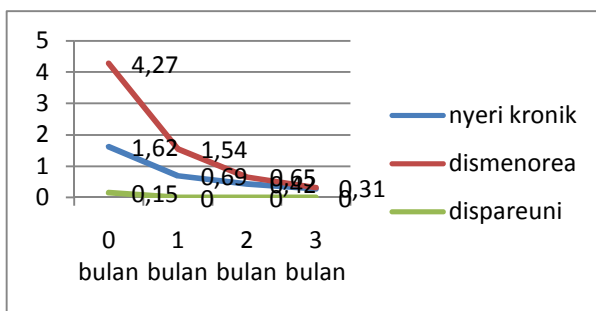
Tabel 1. Distribusi frekuensi penderita endometriosis yang dilakukan pembedahan laparoskopik konservatif

Kriteria	Frekuensi (%)
Usia (tahun)	
20 – 29	6 (23,08)
30 – 39	19 (73,07)
40 – 49	1 (3,85)
Keluhan	
Dismenorea	11 (42,03)
Dispauseunia	1 (3,85)
Nyeri kronik + dismenorea	11 (42,03)
Nyeri kronik + dismenorea + dispauseuni	1 (3,85)
Dismenorea + dispauseuni	2 (7,70)
Keluhan lain	
Dischezia	1 (3,85)
Infertilitas	11 (42,03)
Konstipasi	1 (3,85)
Tanpa keluhan	13 (50,00)
Terapi medikamentosa pre op	
NSAID	6 (23,08)
PKK	2 (7,69)
Tanpa terapi medikamentosa	18 (69,23)
Stadium	
I	3 (11,50)
II	8 (30,77)
III	8 (30,77)
IV	7 (26,96)
Diagnosis durante operasi	
Endometriosis	7 (26,96)
Endometrioma	15 (57,69)

Endometrioma + mioma uteri	4 (15,39)
Jenis tindakan laparoskopi	
Kistektomi	7 (26,92)
Kistektomi + ablasi	5 (19,22)
Ablasi	3 (11,54)
Biopsi fokus endometriosis	1 (3,85)
Oovorektomi	1 (3,85)
Oovorektomi + kistektomi	1 (3,85)
Kistektomi + eksisi nodul	3 (11,54)
Miomektomi + kistektomi	2 (7,69)
Miomektomi + kistektomi + eksisi nodul	2 (7,69)
Ablasi + eksisi nodul	1 (3,85)
Jenis terapi medikamentosa pascapembedahan	
PKK	11 (42,30)
Progesterin	1 (3,85)
GnRH analog	11 (42,30)
Tanpa terapi tambahan	3 (11,55)

Tabel 2. Rata-rata skala nyeri berdasarkan waktu

Waktu (bulan)	Nyeri kronik	Dismenorea	Dispareuni
0	1,62 ± 0,43	4,27 ± 0,46	0,15 ± 0,07
1	0,69 ± 0,22	1,54 ± 0,28	0,00 ± 0,00
2	0,42 ± 0,17	0,65 ± 0,17	0,00 ± 0,00
3	0,27 ± 0,10	0,31 ± 0,13	0,00 ± 0,00



Gambar 1. Grafik perubahan skala nyeri penderita endometriosis yang dilakukan laparoskopi konservatif

Tabel 3. Perubahan rata-rata skala nyeri pada masing-masing interval waktu setelah pembedahan

Interval waktu (bulan)	Nyeri kronik (p)*	Dismenorea (p)*	Dispareuni (p)*
0 – 1	0,92 ± 0,24 (0,002)	2,77 ± 0,33 (0,00)	0,15 ± 0,07 (0,046)
1 – 2	0,23 ± 0,10 (0,02)	0,85 ± 0,19 (0,001)	0,00 ± 0,00 (1,0)
2 – 3	0,15 ± 0,09 (0,10)	0,31 ± 0,10 (0,014)	0,00 ± 0,00 (1,0)

*p < 0,05 : signifikan; Menggunakan tes Wilcoxon

Berdasarkan hasil uji beda di atas, didapatkan perbedaan bermakna rata-rata skala nyeri kronik sebelum dan 1 bulan setelah pembedahan laparoskopi serta 1 bulan dan 2 bulan setelah pembedahan laparoskopi. Tidak didapatkan perbedaan bermakna rata-rata skala nyeri kronik 2 bulan dan 3 bulan setelah pembedahan laparoskopi. Didapatkan perbedaan bermakna rata-rata skala dismenorea sebelum dan 1 bulan setelah pembedahan laparoskopi; 1 bulan dan 2 bulan setelah pembedahan laparoskopi serta 2 bulan dan 3 bulan setelah pembedahan laparoskopi. Dan didapatkan perbedaan bermakna rata-rata skala dispareuni sebelum dan 1 bulan setelah pembedahan laparoskopi, namun tidak didapatkan perbedaan bermakna rata-rata skala dispareuni 1 bulan dan 2 bulan setelah pembedahan laparoskopi serta 2 bulan dan 3 bulan setelah pembedahan laparoskopi.

Karakter usia penderita pada penelitian ini tidak jauh berbeda dengan karakter usia beberapa penelitian yang serupa. Dan perkiraan prevalensi endometriosis adalah 7-10% dari wanita usia reproduksi.¹⁵ Insiden endometriosis selama 20 tahun di Iceland, dalam rentang 15 – 49 tahun rata-rata usia penderita 35 tahun. Penelitian lainnya tentang perubahan skala nyeri dan kepuasan penderita setelah dilakukan laparoskopi ablasi, rata-rata usia penderita 33,4 tahun dengan rentang usia 20-43 tahun.¹² Demikian pula rekurensi nyeri endometriosis setelah dilakukan pembedahan konservatif, kelompok usia penderita terbanyak adalah 31-35 tahun dengan rentang usia keseluruhan penderita 17-48 tahun.¹⁶

Berdasarkan studi OXEGENE, keluhan nyeri pada endometriosis dapat terjadi secara tumpang tindih, namun dari 940 pasien yang dilakukan pembedahan dan ditemukan endometriosis 10,7% tidak mengeluhkan keluhan ginekologi.¹⁷ Berdasarkan pengalaman klinis dengan para pasien, endometriosis dapat menimbulkan gejala-gejala berupa dismenore parah (severe dysmenorrhea), dispareunia dalam (deep dyspareunia), nyeri pelvik kronis, gejala perimenstruasi atau siklus, infertilitas atau dyschezia (nyeri saat buang air besar).¹⁵ Dalam penelitian ini, keluhan nyeri panggul penderita endometriosis bervariasi dengan distribusi terbanyak penderita yang mengeluh dismenorea saja dan nyeri kronik yang disertai dismenorea masing-masing sebanyak 11 (42,3%) orang. Didapatkan juga 2 penderita dengan keluhan dismenorea yang disertai dispareunia. Selain itu, didapatkan masing-masing 1 penderita dengan keluhan dispareunia saja dan dengan keluhan nyeri kronik disertai dismenorea juga dispareuni. Keluhan penyerta selain nyeri juga didapatkan pada 13 (50%) penderita dalam penelitian ini, diantaranya keluhan infertilitas sebanyak 11 (42,30%) penderita, konstipasi dan dischezia yang masing-masing 1 (3,85%) penderita. Hal ini juga sesuai dengan konsensus World Endometriosis Society (WES)

bahwa di tempat dengan sumber daya terbatas, diagnosis endometriosis bisa berdasarkan 2 keluhan, yakni nyeri panggul dan infertilitas.¹²

Selama pembedahan laparaskopi didapatkan endometriosis 7 (26,92%); endometrioma 15 (57,69%); endometrioma dan mioma uteri 4 (15,39%). Penilaian stadium berdasarkan klasifikasi r-AFS, stadium endometriosis terbanyak adalah stadium II (ringan) dan stadium III (sedang) yaitu masing-masing 8 (30,77%). Dengan rata-rata skor endometriosis berdasarkan klasifikasi r-AFS nya 26,27 dengan rentang 3 sampai 60. Didapatkan 2 penderita endometriosis infiltrasi dalam (DIE) dengan skor endometriosis masing-masing A1 B2 C1 dan A1 B1 C0. Berdasarkan hasil laparaskopi tersebut didapatkan 4 penderita dengan mioma uteri yang kesemuanya berdiameter tidak lebih dari 4 cm dan kemudian dilakukan miomektomi. Pada penelitian serupa, stadium terbanyak adalah stadium I (30,55%), stadium IV (28,0%), stadium III (27,0%) dan stadium II (24,5%). Namun stadium tidak berhubungan dengan keluhan nyeri dan tingkat keparahannya.¹⁶ Berdasarkan hasil histopatologi penderita yang dilakukan laparaskopi, 21 diantaranya didapatkan hasil yang menunjukkan kista endometriosis ovarii maupun lesi endometriosis, sedangkan 5 diantaranya yang dilakukan ablasi saja tidak didapatkan hasil histopatologi. Dikatakan bahwa endometriosis yang didapat dari laparaskopi hanya terbukti sekitar 50% dari hasil pemeriksaan histopatologi.^{18,19} Pada penelitian ini 19 kasus yang ada berupa endometrioma, sehingga dapat terbukti adanya endometriosis dari hasil histopatologi.

Tindakan terapi operatif terbanyak dilakukan kistektomi sebanyak 7 (26,92%), kemudian kistektomi dan ablasi sebanyak 5 (19,22%). Tindakan ablasi saja serta kistektomi dan eksisi nodul yang masing-masing sebanyak 3 (11,54%). Semua tindakan ini bersifat prosedur cytoreductive baik ablasi maupun eksisi lesi endometriosis atau eksisi kista endometriosis.

Dua puluh tiga penderita setelah dilakukan pembedahan laparaskopi konservatif mendapat terapi medikamentosa berupa PKK dan GnRH analog masing-masing sebanyak 11 (42,30%); 1 (3,85%) penderita mendapatkan progestin dan 3 (11,55%) penderita tidak mendapat terapi medikamentosa tambahan. Penderita yang mendapat terapi medikamentosa tambahan setelah dilakukan laparaskopi, dalam waktu observasi sampai bulan ke-3 masih mendapatkan terapi. Jenis medikamentosa yang diberikan bervariasi karena sebagian sampel merupakan pasien privat dan peneliti tidak melakukan intervensi, hanya mengambil data sekunder dari rekam medis penderita. Pemberian terapi medikamentosa postoperatif ini dimaksudkan untuk menghambat aktivitas residual penyakit, supresi

ovulasi, menurunkan kemungkinan efek dari tumpahan pada peritoneum saat reseksi.²⁰ Dan dalam The Canadian Consensus Conference on Endometriosis dinyatakan bahwa pemberian GnRH agonis selama 12 – 24 minggu setelah laparaskopi operatif (untuk endometrioma ovarium dan ablasi laser pada lesi untuk nyeri panggul) mencegah terjadinya rekurensi endometriosis dan memperpanjang free interval dari nyeri setelah pembedahan.²¹

Berdasarkan tabel 2, dapat dikatakan bahwa rata-rata pada penderita endometriosis dalam penelitian ini nyeri kronik termasuk nyeri ringan, dismenorea termasuk nyeri sedang dan disporeuni termasuk nyeri ringan. Berdasarkan tabel.3. dan gambar.1. tampak bahwa rata-rata skala nyeri kronik dan dismenorea terus menurun dari bulan ke-0, bulan ke-1, bulan ke-2 sampai bulan ke-3. Sedangkan rata-rata skala disporeuni menurun dari bulan ke-0 sampai bulan ke-1 yang mencapai skala 0 (tidak nyeri), selanjutnya tetap skala 0 pada bulan ke-2 dan bulan ke-3 serta tidak didapatkan kenaikan. Penurunan rata-rata skala nyeri kronik, dismenorea maupun disporeuni paling besar adalah interval bulan ke-0 dan ke-1, yakni penurunan rata-rata skala nyeri panggul kronik $0,92 \pm 0,24$, penurunan rata-rata skala dismenorea $2,77 \pm 0,33$ dan penurunan rata-rata skala disporeunia $0,15 \pm 0,07$. Dalam studi Jones KD dkk yang menilai skala nyeri kronik, dismenorea dan disporeuni pasien endometriosis yang dilakukan laparaskopi ablasi didapatkan penurunan skala nyeri dan mengamati sampai 12 bulan pascalaparaskopi didapatkan penurunan rata-rata skala nyeri terbesar terjadi selama 3 bulan pertama baik skala nyeri kronik, dismenorea maupun disporeuni, kemudian bertahan atau terjadi perubahan yang tidak signifikan sampai bulan ke-12.¹² Dengan demikian berdasarkan hasil penelitian ini, dalam 3 bulan pertama di mana terjadi penurunan skala nyeri terbesar lebih rincinya terjadi penurunan skala nyeri terbesar pada 1 bulan pertama yang menandakan efek intervensi terapi yang sudah dilakukan. Dan selanjutnya tetap terjadi penurunan skala nyeri yang lebih kecil sampai 3 bulan pertama.

Berdasarkan tabel 3 didapatkan penurunan bermakna rata-rata skala nyeri kronik sebelum dan 1 bulan setelah laparaskopi dengan nilai $p: 0,002$ ($p < 0,05$) serta penurunan bermakna rata-rata skala nyeri kronik 1 bulan dan 2 bulan setelah laparaskopi dengan nilai $p: 0,02$ ($p < 0,05$). Sedangkan perbedaan rata-rata skala nyeri kronik 2 bulan dan 3 bulan setelah laparaskopi masih terjadi penurunan namun tidak bermakna dengan nilai $p: 0,10$ ($p > 0,05$). Pada evaluasi skala dismenorea, didapatkan perbedaan bermakna rata-rata skala dismenorea sebelum dan 1 bulan setelah laparaskopi dengan nilai $p: 0,000$ ($p < 0,05$); didapatkan perbedaan bermakna rata-rata skala dismenorea 1 bulan dan 2

bulan setelah laparoskopi dengan nilai $p : 0,001$ ($p < 0,05$) serta didapatkan perbedaan bermakna rata-rata skala dismenorea 2 bulan dan 3 bulan setelah laparoskopi dengan nilai $p : 0,014$ ($p < 0,05$). Dan didapatkan perbedaan bermakna rata-rata skala dispareuni sebelum dan 1 bulan setelah laparoskopi dengan nilai $p : 0,046$ ($p < 0,05$), namun tidak didapatkan perbedaan bermakna rata-rata skala dispareuni 1 bulan dan 2 bulan setelah laparoskopi serta 2 bulan dan 3 bulan setelah laparoskopi yang masing-masing dengan nilai $p : 1,0$ ($p > 0,05$). Hal ini terjadi karena pada 1 bulan setelah laparoskopi penderita yang sebelumnya mengeluhkan dispareuni, skala dispareuni mencapai 0. Demikian pula pada 2 bulan dan 3 bulan setelah laparoskopi, skala dispareuni masih 0 sehingga tidak didapatkan perubahan skala.

Berdasarkan hasil analisa statistik, perubahan rata-rata skala nyeri kronik bulan 2 dan bulan 3 setelah laparoskopi masih terjadi penurunan tetapi tidak bermakna, perubahan rata-rata skala dismenorea bulan 2 dan bulan 3 setelah laparoskopi masih terjadi penurunan yang bermakna; serta tidak didapatkan perubahan skala dispareuni bulan 1, bulan 2 dan bulan 3 setelah laparoskopi. Penilaian skala nyeri endometriosis ini akan lebih baik jika dilakukan pengamatan lebih lama lagi sehingga bisa menilai lama waktu terjadi penurunan skala rata-rata nyeri kronik, lama waktu terjadi penurunan bermakna skala rata-rata dismenorea dan menilai adanya rekurensi nyeri berdasarkan adanya kenaikan rata-rata skala nyeri endometriosis. Dalam pengamatan 3 bulan pertama setelah pembedahan laparoskopi konservatif ini, kenaikan skala rata-rata nyeri endometriosis yang menandakan rekurensi tidak didapatkan.

Berdasarkan hasil kedua penelitian ini bisa dilakukan pengamatan dengan frekuensi yang lebih sering, misalnya penilaian skala nyeri setiap minggu. Diharapkan dalam 1 bulan pertama yang terjadi penurunan skala nyeri terbesar, diketahui lebih detail saat terjadinya penurunan skala nyeri yang paling signifikan untuk selanjutnya dievaluasi faktor-faktor yang mempengaruhi. Dua puluh tiga penderita dalam penelitian ini mendapat terapi medikamentosa selama 3 bulan pertama setelah laparoskopi konservatif baik berupa PKK, GnRH agonis, maupun progestin. Terapi ini dapat menghambat aktivitas residual penyakit dan supresi ovulasi. Dalam studi Jones KD dkk juga didapatkan 31,5% subyek penelitiannya mendapat terapi GnRH agonis atau PKK selama 3 bulan pertama setelah dilakukan laparoskopi. Adapun hasilnya didapatkan penurunan skala nyeri terbesar pada 3 bulan pertama dan 9 bulan berikutnya tidak didapatkan perubahan skala nyeri yang signifikan. Terapi medikamentosa ini dapat memperbaiki keluhan nyeri pelvik dan indikator kualitas hidup setelah dilakukan pembedahan konser-

vatif pada penderita endometriosis dengan keluhan.²² Selain itu, pemberian GnRH agonis 3 sampai 6 bulan pascapembedahan dapat memperpanjang fase bebas nyeri setelah pembedahan konservatif pada penderita endometriosis, dan efek ini dapat bertahan sampai 12 bulan.⁵ Dalam penelitian ini, perubahan skala nyeri antara penderita yang mendapat terapi medikamentosa dan penderita yang tidak mendapat terapi medikamentosa pasca pembedahan sulit di-bandingkan karena jumlah penderita sedikit untuk dikelompokkan dan dibutuhkan jenis tindakan laparoskopi yang sama namun intervensi medikamentosa pascalaparoskopi yang berbeda pada masing-masing jenis tindakan laparoskopi tersebut. Untuk membantu memberikan gambaran pengaruh masing-masing tindakan, maka melihat data pemberian medikamentosa sebelum laparoskopi. Namun hanya didapatkan 6 penderita yang mendapat NSAID dan 2 penderita mendapat PKK. Hal ini belum dapat menyingkirkan adanya pengaruh pemberian medikamentosa pasca pembedahan dalam penurunan skala nyeri.

Selain terapi medikamentosa pascapembedahan yang bervariasi, jenis pembedahan laparoskopi konservatif juga bervariasi. Dalam penelitian sejenis ini dengan jumlah penderita yang banyak dapat dibandingkan perubahan skala nyeri pada masing-masing jenis tindakan laparoskopi tersebut. Penilaian intensitas nyeri masih dipengaruhi faktor subyektif meskipun secara internasional sudah biasa digunakan penilaian intensitas nyeri dengan skala visual analog maupun skala numerik verbal. Dengan demikian dapat juga dilakukan pemeriksaan obyektif lainnya sebagai sarana pendukung untuk menggambarkan intensitas nyeri penderita.

SIMPULAN

Pada penderita endometriosis, tindakan pembedahan laparoskopi konservatif dengan atau tanpa diikuti terapi medikamentosa akan menurunkan keluhan dismenore sampai 3 bulan, sedangkan pada nyeri kronik dan dispareuni keluhan nyeri berkurang sampai 2 dan 1 bulan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Baziad A. Endokrinologi Ginekologi. Media Aesculapius. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta. 2003. h. 21-3.
2. Spaczynski RZ and Duleba AJ. Diagnosis of endometriosis. Semin Reprod Med. 2003;21:193-208.
3. Bulun SE. Mechanism of disease endometriosis. New England Journal Medicine. 2009;360:268-79.

4. Jamieson D and Steege J. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol.* 1996;87:55-8.
5. Vercellini P, Cortesi I and Crosignani PG. Progestins for symptomatic endometriosis: a critical analysis of the evidence. *Fertil Steril.* 1997;68:393-401.
6. Stones RW and Mountfield J. Management of chronic pelvic pain in women. Oxford: In *Cochrane Library*; 1998.
7. Yeung PP, Shwayder J and Pasic RP. Laparoscopic management of endometriosis. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology.* 2009;16:9.
8. Vincent K, Kennedy S and Stratton P. Pain scoring in endometriosis: entry criteria and outcome measures for clinical trials. *Fertility and Sterility.* 2008;9:56.
9. Vercellini P, Somigliana E, Vigano P, Abbiati A, Daguati R and Crosignani PG. Endometriosis: current and future medical therapies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22:275-306.
10. Vercellini P, Crosignani P, Abbiati A, Somigliana E, Vigano P and Fedele L. The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. *Human Reproduction Update.* 2009;15(2): 177-88.
11. American Medical Association. Pathophysiology of pain and pain management. 2012;1:1-21.
12. Jones KD and Sutton C. Patient satisfaction and changes in pain scores after ablative laparoscopic surgery for stage III-IV endometriosis and endometriotic cysts. *Fertil Steril.* 2003;79:1086-90.
13. Johnson NP and Hummelshoj L. for the World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Human Reproduction.* 2013:1-17.
14. Tokushige N, Markham R, Russell P, Fraser I. Nerve fibres in peritoneal endometriosis. *Human reproduction.* 2006;21(11):3001-7.
15. D'Hooghe TM. Berek and Novak's gynecology 14th Eds. Endometriosis. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
16. Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani PG. Reproductive performance, pain recurrence and disease relapse after conservative surgical treatment for endometriosis: predictive value of the current classification system. *Human Reproduction.* 2006;21(10):2679-85.
17. Sinaii N, Plumb K, Cotton L, Lambert A, Kennedy S, Zondervan K, et al. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertility and Sterility.* 2008;89(3):538-45.
18. Falcone T and Lue JR. Management of Endometriosis. *The American College Of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin.* 2010;116(1):223-36.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. The Investigation and Management of Endometriosis. Green-top Guideline. 2010;24:1-14.
20. Helsa JS, Jones HW. Te Linde's Operative Gynecology: Endometriosis. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 595-630.
21. The Canadian Consensus Conference on Endometriosis. 1999;21(6).
22. Vercellini P, De Giorgi O, Mosconi P, Stellato G, Vicentini S and Crosig-Nani PG. Cyproterone acetate versus a continuous monophasic oral contraceptive in the treatment of recurrent pelvic pain after conservative surgery for symptomatic endometriosis. *Fertil Steril.* 2002;77(1):52-61.