

Kehamilan Ektopik Terganggu pada G3P2A0 Hamil 8-9 Minggu

Ajeng Dwi Syafira^{1*}, Cut Elfina Zuhra²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran,
Universitas Malikussaleh, Indonesia

²Bagian Obstetri dan Gynekologi, Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia,
Aceh Utara, Indonesia

Jl. H. Meunasah, Utenkot, Cunda, Lhokseumawe, Aceh

Korespondensi penulis: ajeng.180610010@mhs.unimal.ac.id

Abstract. Ectopic pregnancy can be interpreted as a pregnancy that occurs outside the uterine cavity. If this ectopic pregnancy ruptures, it is called a disturbed ectopic pregnancy. There are several factors that cause ectopic pregnancy such as a history of previous ectopic pregnancy, a history of tubal damage, a history of previous Salpingitis infection. In this case, a 27-year-old woman with a gestational age of 8-9 weeks came with complaints of bleeding from the birth canal and accompanied by severe pain in the lower abdomen that spread to the anus which had been felt for approximately the last 2 weeks. The patient underwent exploratory laparotomy. The patient's condition improved after the procedure and hospitalization, the patient was allowed to go home on the condition of a weekly check-up to evaluate the post-operative condition.

Keywords: Disturbed Ectopic Pregnancy, Salpingitis, Abdominal Pain

Abstrak. Kehamilan ektopik dapat diartikan sebagai kehamilan yang terjadi di luar rongga uterus. Apabila kehamilan ektopik ini pecah maka disebut sebagai kehamilan ektopik terganggu. Ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik seperti riwayat kehamilan ektopik sebelumnya, riwayat kerusakan tuba, riwayat infeksi Salpingitis sebelumnya. Pada kasus ini seorang wanita berusia 27 tahun dengan usia kandungan 8-9 minggu datang dengan keluhan perdarahan dari jalan lahir dan disertai nyeri hebat pada perut bagian bawah yang menjalar sampai ke anus yang sudah dirasakan kurang lebih 2 minggu terakhir. Pada pasien dilakukan tindakan laparotomi eksplorasi. Kondisi pasien membaik setelah dilakukan tindakan dan dirawat inap, pasien diizinkan pulang dengan syarat kontrol ulang setiap minggunya untuk evaluasi keadaan setelah operasi.

Kata kunci: Kehamilan Ektopik Terganggu, Salpingitis, Nyeri perut

1. LATAR BELAKANG

Kehamilan ektopik berasal dari bahasa Yunani yaitu dari kata “ektopos”, yang memiliki arti tidak pada tempatnya (Soliman, 2014). Secara sederhana, kehamilan ektopik dapat diartikan sebagai suatu kehamilan yang terjadi di luar rongga uterus (Varma, 2019). Apabila pada kehamilan ektopik terjadi abortus atau pecah, dalam hal ini dapat berbahaya bagi Wanita hamil tersebut maka kehamilan ini disebut kehamilan ektopik terganggu (Mansjoer, 2001). Di negara maju, angka kejadian kehamilan ektopik yaitu 1% sampai 2% dari semua kehamilan. Insiden diperkirakan lebih tinggi terjadi di negara berkembang, tetapi untuk berapa jumlah spesifik tidak diketahui (Sivalingam, 2012). Pertengahan abad ke 20, di Amerika Serikat diperkirakan 0,4% dari semua kehamilan adalah ektopik dan data terbaru menunjukkan angka saat ini lebih tinggi dari 1,4%. Diperkirakan di Jerman terdapat 20 kehamilan ekstrauterin untuk setiap 1.000 kelahiran (Taran, 2015).

Meningkatnya frekuensi kehamilan ektopik disebabkan oleh sejumlah faktor, diantaranya riwayat kerusakan tuba, baik karena sebelumnya pernah mengalami kehamilan ektopik maupun pembedahan tuba, riwayat infeksi tuba, penyakit menular seksual, dan meningkatnya usia ibu juga merupakan faktor risiko umum. Satu kali serangan salphingitis (radang pada tuba fallopi) dapat diikuti oleh kehamilan ektopik pada 9% wanita (6). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Santoso Budi, angka kejadian dari kehamilan ektopik adalah 4,73%, paling banyak pada graviditas kedua yaitu 34,34% dan pada pasien yang belum mempunyai anak sebanyak 39,39%. Beberapa faktor risiko yang dapat mempengaruhi, yaitu riwayat operasi sebanyak 10,34%, pasien yang memakai KB sebanyak 20,69%, pasien yang memiliki riwayat abortus sebanyak 41,38%, pasien yang memiliki riwayat operasi dan abortus sebanyak 20,69% (Santoso, 2011).

Jika kehamilan membesar, sangat mungkin organ tempat tumbuh janin itu akan pecah dan memicu perdarahan hebat di dalam perut. Si ibu akan mengalami anemia, pucat, lemas mengalami sesak napas hingga pingsan. Jika terlambat ditolong maka akan mengakibatkan kematian. Prinsip penanganan dari kehamilan ektopik terganggu bisa dilakukan pembedahan laparatomi dengan tindakan salphingektomi tuba sinistra dan tubektomi bilateral.

2. LAPORAN KASUS

Pasien hamil yang berusia 27 tahun G3P2A0 dan berada dalam usia kehamilan 8-9 minggu dibawa oleh keluarganya ke IGD Rumah Sakit Umum Daerah Datu Beru. Pasien mengeluhkan nyeri perut hebat bagian bawah yang sudah dirasakan sejak dua minggu terakhir. Nyeri perut dirasakan hilang timbul dan semakin memberat dua hari terakhir. Pasien mengatakan nyeri terasa semakin berat dirasakan saat sedang buang air besar. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk yang menjalar kebagian anus. Pasien juga mengeluhkan keluarnya cairan dan darah dari jalan lahir sejak 25 hari terakhir. Perdarahan yang dirasakan terus menerus tetapi tidak terlalu banyak, pasien mengatakan jika memasang pembalut pagi maka sore baru akan penuh. Pasien mengatakan darah yang keluar cair dan selalu keluar saat perut sakit maupun perut tidak sakit. Pasien mengatakan sebelumnya pernah di kuret di Rumah Sakit lain akan tetapi perdarahan dan juga rasa nyerinya tidak ada berkurang, kemudian pasien berobat ke praktek dokter yang berbeda dan dinyatakan bahwa kandungannya masih ada dan akan dilakukan laparatomi eksplorasi.

Pasien mengaku tidak pernah mengalami keluhan yang sama pada kehamilan sebelumnya. Riwayat menstruasi pasien pertama kali pada usia 12 tahun dengan siklus

haid yang teratur dan lama haid 7 hari, pasien tidak pernah merasakan nyeri hebat selama menstruasi. Pasien menikah saat usia 20 tahun dan sekarang usia pernikahan sudah 7 tahun. Anak pertama pasien lahir pada tahun 2018, secara pervaginam dengan berat 3000 gram dengan jenis kelamin perempuan, anak kedua pada tahun 2020 lahir secara pervaginam dengan berat 2800 gram dengan jenis kelamin laki-laki. Dan saat ini merupakan kehamilan ketiga pasien.

Hasil pemeriksaan keadaan umum dan tanda vital didapatkan sakit sedang dengan kesadaran komposmentis (E4M6V5). Tekanan darah 110/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/i, frekuensi napas 20x/i, suhu tubuh 36,5°C, SpO2 98% (room air), Berat badan 61 kg dan tinggi badan 152 cm. Pada pemeriksaan fisik di jumpai nyeri goyang portio (+). Pada pasien ini telah dilakukan pemeriksaan laboratorium pada 19 Maret 2024 dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Pemeriksaan Laboratorium

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI			
Hematologi Rutin			
Hemoglobin	12.3	g/dL	11-15
Eritrosit (RBC)	4.06	juta/mm ³	3.5-5.0
Hematokrit (HCT)	36.6	%	37.0 – 47.0
MCV	90.2	fL	80 – 100
MCH	30.3	Pg	27 – 32
MCHC	33.6	%	32 – 36
Leukosit	15.49	ribu/mm ³	4.0 – 11.0
Trombosit	281	ribu/mm ³	150 – 450
RDW-CV	13.1	%	11.5 – 14.5
Hitung Jenis Leukosit			
Basophil	0.31	%	0 – 1.7
Eosinophil	5.42	%	0.60 – 7.30
Nitrofil segmen	66.53	%	39.3 – 73.7
Limfosit	22.28	%	18.0 – 48.3
Monosit	5.46	%	4.4 – 12.7
NLR	2.99	Cutoff	0 – 3.13
ALC	3451.17	Juta/L	0 – 1500
Golongan Darah	A	-	
Serologi/Imunologi			
Hepatitis			
HBsAg Qualitative	Negatif	-	Negatif
Anti HIV	Non Reaktif	-	Non Reaktif

VDRL	Non Reaktif	-	Non Reaktif
------	-------------	---	-------------

Kesan : Normal

Pada pasien juga telah dilakukan pemeriksaan penunjang berupa USG pada tanggal 19 Maret 2024 dengan hasil sebagai berikut:



Berdasarkan kondisi pasien maka ditegakkan diagnosis Acute Abdomen ec KET G3P2 Gravida 8-9 minggu. Pada pasien terapi medikamentosa yang diberikan berupa Injeksi Kalnex per 8 jam, dan injeksi Ketorolac per 8 jam. Terapi pembedahan laparotomi eksplorasi.

Tabel 2. Follow Up Pasien/ hari

Hari/Tanggal	SOAP	Terapi
Kamis 02-05-2024 Rawatan H+0 PONEK	S: pasien mengeluhkan nyeri pada bagian simfisis atas serta keluarnya cairan beserta darah dari jalan lahir O: KU Lemas TD : 100/80 mmHg HR : 105 x/i RR : 20 x/i T : 36.5°C SpO2 : 98% room air A: Akut abdomen e.c KET G3P2A0 gravida 7-8 minggu P: Laparotomi eksplorasi 02/05/2024	IVFD RL 20tpm Inj. Ketorolac 1 amp/ 8 jam

Jumat 03-05-2024 Rawatan H+1 RKB	S: pasien mengeluhkan nyeri bekas luka operasi O: KU lemas TD : 110/80 mmHg HR : 95 x/i RR : 20 x/i T : 36.5°C SpO2 : 98% room air A: Post Laparatomi eksplorasi e.c KET	IVFD RL 20tpm Inj. Ketorolac 1 amp/ 8 jam Inj. Kalnex 1 amp/ 8 jam
Sabtu 04-05-2024 Rawatan H+2 RKB	S: pasien mengatakan masih terasa nyeri di luka bekas OP O: KU Baik TD : 110/80 mmHg HR : 95 x/i RR : 20 x/i T : 36.6°C SpO2 : 98% room air A: Post Laparatomi Eksplorasi POD 1 e.c KET P: PBJ	IVFD RL 20tpm Inj. Ketorolac 1 amp/ 8 jam Inj. Kalnex 1 amp/ 8 jam

3. PEMBAHASAN

Kehamilan ektopik merupakan hasil dari implantasi dan pematangan konseptus di luar rongga endometrium, yang akhirnya berakhir dengan kematian janin. Jika tidak didiagnosis dini dan mendapat perawatan yang tepat waktu, maka kehamilan ektopik dapat mengancam nyawa (Abdulkareem, 2017). Kehamilan ektopik ini dapat terjadi apabila terjadi ketidaknormalan dalam fisiologi reproduksi manusia yang memungkinkan janin menempel atau tertanam dan matang di luar endometrium yang akhirnya dapat menimbulkan kematian pada janin (Soliman, 2014).

Pada kasus ini, pasien didiagnosis dengan Kehamilan ektopik terganggu karena berdasarkan anamnesis ditemukan adanya gejala nyeri hebat pada bagian perut bawah pasien, serta nyeri terasa lebih hebat saat buang air besar, dan juga perdarahan dari jalan lahir. Trias dari manifestasi klinis kehamilan ektoik adalah amenorea, nyeri abdomen, dan perdarahan pervaginam. Nyeri pada abdomen dapat disebabkan oleh kehamilan ektopik yang rupture. Jika perdarahannya parah, maka rasa nyeri yang dirasa bisa sampai ke abdomen. Apabila rnsangan darah dalam abdomen mencapai diafragma maka nyeri juga dapat menjalar sampai ke bahu. Apabila darahnya membentuk hematokel atau tertimbun di kavum douglas maka penderita akan merasakan nyeri saat buang air besar

(BAB). Perdarahan pervaginam dapat menyebabkan syok karena terjadi gangguan pada sirkulasi umum yang dapat mengakibatkan denyut nadi meningkat (takikardi) dan tekanan darah menurun (hipotensi). Hal ini dikarenakan darah akan tertimbun dalam kavum abdomen dan tidak berfungsi (Logor, 2013).

Diagnosis kehamilan ektopik dapat dilakukan melalui 3 tahap pemeriksaan yaitu : anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pertama adalah anamnesis. Gejala yang ditimbulkan tergantung pada usia kehamilan ektopik, abortus, atau ruptur pada tuba fallopi, derajat perdarahan yang terjadi, tuanya kehamilan, dan keadaan umum penderita sebelum hamil. Keluhan yang dirasakan oleh pasien adalah nyeri perut bagian bawah yang biasanya muncul tiba-tiba dan bisa terjadi hanya di satu sisi saja. Perdarahan pervaginam. Di luar periode menstruasi normal baik ringan maupun berat. Keluhan ini dapat timbul oleh karena darah dari tuba yang ruptur dan terkumpul dibawah diafragma sehingga dapat menyebabkan referred pain pada bahu. Selain itu, keluhan gastrointestinal, seperti diare, tenesmus, dan nyeri saat BAB (Prawirohardjo, 2016)

Pada pemeriksaan tanda vital didapatkan keadaan umum sakit sedang, tekanan darah pasien 100/80 mmHg dengan nadi 105 kali permenit pada waktu masuk rumah sakit, tanpa adanya demam, saturasi oksigen 98%. Pada status generalis turgor kulit kembali dengan cepat, dan bibir dan lidah pasien tampak kering, mata tidak cekung. Pasien juga mengatakan merasakan berat badan menurun, namun Indeks massa tubuh pasien masih dalam batas normal yaitu 19,5 kg. pada pemeriksaan abdomen, terdapat bekas operasi, tinggi fundus uteri tidak teraba. Pada pemeriksaan genitalia, tidak ditemukan pendarahan.

Muntah yang terjadi pada wanita hamil disebabkan oleh karena banyak faktor yang mempengaruhi, yaitu peningkatan kadar *human chorionic gonadotropin* (hCG) akan menginduksi ovarium untuk memproduksi estrogen, yang dapat merangsang mual dan muntah. Estrogen sendiri memiliki banyak efek pada saluran gastrointestinal (GI). Tingginya kadar estrogen menyebabkan waktu transit usus lebih lambat dan dapat menghambat pengosongan lambung. Selain itu, tingginya kadar hormon progesteron pada kehamilan juga menyebabkan kejadian muntah, dimana kadar progesteron berakibat pada melemahnya kontraksi otot polos saluran pencernaan, sehingga pergerakan motilitas pencernaan berkurang dan terjadi refleks muntah setiap kali makan. Muntah yang berlebihan menyebabkan iritasi pada mukosa lambung ditambah dengan motilitas usus yang berkurang pada wanita hamil sehingga pemaparan mukosa lambung terhadap asam lambung lebih lama, sehingga didapatkan nyeri epigastrium (Logor, 2013).

Selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik. Jenis dari pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan pada pasien kehamilan ektopik sangat beragam dan terkadang tidak begitu

membantu. Pasien sering datang dengan penemuan pemeriksaan fisik yang ringan dan massa pada adneksa jarang ditemui. Berikut adalah beberapa pemeriksaan fisik yang dapat ditemukan untuk mendiagnosis adanya kehamilan ektopik, yaitu adanya tanda iritasi peritoneal, nyeri tekan abdomen (unilateral/ bilateral) atau nyeri tekan pada pelvis yang akan lebih terasa sakit di sisi tempat kehamilan ektopik terjadi, nyeri goyang pada serviks uteri, tanda yang menunjukkan peringatan untuk dilakukan intervensi bedah segera adalah kekakuan abdomen, nyeri tekan abdomen yang hebat, serta tanda-tanda syok hipovolemik, seperti perubahan tekanan darah drastic dan takikardi. Pada pemeriksaan pelvis, uterus dapat menjadi sedikit membesar dan melunak yang biasanya tidak sesuai dengan usia kehamilannya. Massa pada adneksa tempat kehamilan ektopik bernidasi mungkin akan teraba dan kavum douglas yang terisi darah akan menonjol dan nyeri perabaan saat pemeriksaan bimanual (Sari, 2018)

Penatalaksanaan kehamilan ektopik dapat dibagi menjadi pembedahan, terapi medis dan terapi Expectant (menunggu dan waspada) yang dilakukan tergantung pada kondisi pasien. Diagnosis dan tatalaksana penting diketahui lebih awal mengingat terjadinya kehamilan ektopik yang terganggu dan dapat mengakibatkan komplikasi. Tatalaksana mana yang paling tepat tergantung pada penilaian yang sedang berlangsung dan banyak factor klinis lainnya, di rancang untuk masing-masing peran berdasarkan presentasi dan keparahan kondisi pasien (Sivalingam, 2012). Laparoskopi adalah pilihan pembedahan untuk mengonfirmasi dan memfasilitasi pengangkatan dari kehamilan ektopik tanpa laparotomi eksplorasi, namun prosedur terbuka diindikasikan jika pasien secara hemodinamik tidak stabil atau ukuran ektopik menentukan Tindakan bedah terbuka. Pasien harus selalu diberi KIE atau konseling tentang risiko konversi menjadi laparotomi saat laparoskopi dilakukan. Biasanya pada manajemen bedah akan melibatkan salpingotomy atau salpingektomi parsial (Juneau, 2012). Penatalaksanaan bedah sangat penting dalam kehamilan ektopik yang rupture. Laparotomi adalah prosedur pembedahan yang paling sering dilakukan. Prosedur laparoskopi dikaitkan dengan waktu operasi yang lebih singkat, kehilangan darah yang lebih sedikit intraoperative, pemulihan di rumah sakit yang lebih cepat dan persyaratan analgesia yang lebih rendah. Laparotomi harus dilakukan untuk pasien yang mengalami rupture dan dalam keadaan syok dan kompromi hipovolemik. Jika tabung kontralateral sehat, pilihan yang sering dilakukan adalah salpingektomi, di mana seluruh tuba fallopi atau segmen yang terkena dampak yang mengandung kehamilan ektopik dihilangkan atau diangkat. Salpingotomy adalah prosedur pengangkatan kehamilan ektopik, dengan membedahnya keluar dari tuba, meninggalkan tuba fallopi in situ dalam Upaya untuk menjaga kesuburan di sisi tempat kehamilan

ektopik (Sivalingam, 2012). Salpingotomi, prosedurnya dimulai dari membuka, mengangkat konseptus, lalu menstabilisasi tuba. Pada bagian atas segmen tuba yang meregang di buat satu insisi linier. Konseptus dari kehamilan ektopik ini dikeluarkan dari lumen tuba. Sisa-sisa trofoblas dibersihkan dengan cara melakukan irigasi pada lumen tuba dengan menggunakan cairan ringer laktat yang hangat untuk mencegah kerusakan pada mukosa tuba (Sari, 2018).

4. KESIMPULAN

Telah dilaporkan pasien atas nama Ny. K berusia 27 tahun, dan dalam usia kehamilan 7-8 minggu, dibawa oleh keluarganya ke IGD Rumah Sakit Umum Daerah Datu Beru. Keluhan yang dialami pasien adalah nyeri hebat pada perut bagian bawah pasien yang dirasakan hilang timbul dan memberat dua hari terakhir. Nyeri dirasakan lebih sakit pada saat pasien ingin buang air besar. Pasien juga mengeluhkan keluarnya darah dari jalan lahir sejak 25 hari terakhir.

Diagnosis Kehamilan Ektopik Terganggu ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan juga pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis pasien didapatkan keluhan nyeri hebat pada perut bagian bawah dan juga perdarahan dari jalan lahir. Pada pemeriksaan fisik didapatkan nyeri tekan perut bagian bawah, goyang portio. Pada pemeriksaan penunjang USG ditemukan uterus membesar, tampak lesi hipodens dalam cavum uteri, tampak massa complex dalam cavum douglas, pada pemeriksaan genitalia ditemukannya perdarahan dari jalan lahir.

Tatalaksana pada pasien ini dilakukannya laparotomi eksplorasi untuk mengambil jaringan. Dan diberikan terapi post operasi pada pasien. Pasien diberikan tatalaksana farmakologi post operasi berupa cairan Ringer Lactat 20 TPM, injeksi ceftriaxone 1 gram per 12 jam untuk antibiotiknya, injeksi kalnex 500 mg per 8 jam untuk anti perdarahan dan diberikan injeksi ketorolac 10 mg per 8 jam.

5. DAFTAR REFERENSI

- Abdulkareem, T. A., & Eidan, S. M. (2017). Ectopic pregnancy: Diagnosis, prevention, and management. *Intech*, 3, 49-66.
- Cunningham, F. G., Kenneth, J. L., Steven, L. B., John, C. H., Dwight, J. R., Catherine, Y. S., et al. (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). The McGraw-Hill Companies.
- Juneau, C., & Bates, G. W. (2012). Reproductive outcomes after medical and surgical management of ectopic pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 55(2), 455-460.

- Logor, S. C. D., Wagey, F. W., & Loho, M. F. T. (2013). Tinjauan kasus kehamilan ektopik di Blu RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode 1 Januari 2010 – 31 Desember 2011. *Jurnal E-Biomedik*, 1(1), 40-44.
- Mansjoer, A. (2001). *Kapita Selekta Kedokteran*. Media Aesculapius.
- Prawirohardjo, S. (2016). *Ilmu Kebidanan* (4th ed., 5th print). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Santoso, B. (2011). Analisis faktor kehamilan ektopik. *Ners*, 6, 164.
- Sari, R. D. P., & Prabowo, A. Y. (2018). *Buku Ajar: Perdarahan pada Kehamilan Trimester 1*. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
- Sivalingam, V. N., Duncan, W. C., Kirk, E., Shephard, L. A., & Danrew, W. (2012). Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 37(4), 231-240.
- Soliman, A. T., & Salem, H. A. (2014). Undisturbed tubal ectopic pregnancy. *Evidence Based Women's Health Journal*, 4(4), 179-183.
- Taran, F. A., Kagan, K. O., Hubner, M., Hoopmann, M., Wallwiener, D., & Brucker, S. (2015). Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Deutsches Arzteblatt International*, 112, 693-704.
- Varma, R., Parikh, B., Beyer, C., Ghosh, S., Du, D., Aaron, G., & Kamath, A. (2019). Magnetic resonance imaging of tubal ectopic pregnancy: Correlation with intraoperative findings. *Clinical Imaging*, 58, 194-200.