

KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU: SEBUAH TINJAUAN KASUS

Tgk Puspa Dewi¹ dan Meyla Risilwa²

¹Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Unsyiah/ RSUD dr Zainoel Abidin Banda Aceh¹. dan

²Mahasiswa Kepaniteraan Klinik Senior Departemen Obstetrik dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh².

Email: tgkpuspadewi@gmailcom

Abstrak. Kehamilan ektopik terganggu adalah suatu kehamilan yang mengalami abortus ataupun ruptur dengan tempat implantasi abnormal. Angka kejadian ini dapat meningkat seiring dengan adanya risiko berupa faktor infeksi genitalia interna. Kami melaporkan satu kasus kehamilan ektopik terganggu pada tuba kiri wanita 26 tahun yang datang dengan keluhan nyeri perut kiri. Pasien datang dengan diagnosis awal kehamilan ektopik yang mengalami tanda akut abdomen saat menjalani perawatan rumah sakit. Tanda akut abdomen ini dianalisis dengan pemeriksaan fisik, laboratorium maupun USG transvaginal sehingga ditegakkan kehamilan ektopik terganggu. Kemudian, pasien disegerakan menjalani tindakan operatif yaitu laparotomi salpingektomi. (JKS 2017; 1: 26 -32)

Kata Kunci: Kehamilan Ektopik Terganggu, risiko

Abstract. Ruptured ectopic pregnancy is a pregnancy that had abortion or rupture with abnormal implantation sites. The incidence increased because of risk factor like internal genitalia infection. We report a case of woman, 26 y.o had diagnosis of ectopic pregnancy in the left fallopian who presenting left abdominal pain. Patient present with early diagnosis of ectopic pregnancy who had signs of acute abdomen while undergoing hospital treatment. Signs of acute abdomen were analyzed by physical examination, laboratory and transvaginal ultrasound that confirmed ruptured ectopic pregnancy. Then. patient underwent laparotomy salpingectomy operative action. (JKS 2017; 1: 26 -32)

Keywords: Ruptured ectopic pregnancy, risk

Pendahuluan

Kehamilan ektopik ialah suatu kehamilan dengan pertumbuhan sel telur yang telah dibuahi dan tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Bila kehamilan tersebut mengalami proses pengakhiran (abortus) maka disebut dengan kehamilan ektopik terganggu (KET). (1) Sebagian besar kehamilan ektopik berlokasi di tuba fallopi (90-95%) dengan 70-80% di ampula. Sangat jarang terjadi di ovarium, cavum abdominal, canalis servikalis, dan intraligamenter. (2)

Menurut World Health Organization (2007), kehamilan ektopik adalah penyebab hampir 5% kematian di negara maju. Namun kematian akibat kehamilan ektopik di Amerika Serikat kini semakin jarang terjadi sejak tahun 1970-an. Kematian kasus kehamilan ektopik turun tajam dari tahun 1980 hingga 1992. (2)

Riwayat kerusakan tuba, baik karena kehamilan ektopik sebelumnya atau karena pembedahan tuba merupakan risiko tertinggi terjadinya kehamilan ektopik.(3) Riwayat

infeksi tuba atau penyakit menular seksual lain juga merupakan faktor risiko umum.(1,3) Satu kali serangan salpingitis dapat diikuti oleh kehamilan ektopik pada hampir 9% wanita. (3)

Kehamilan ektopik diidentifikasi dengan menggabungkan temuan klinis serta pemeriksaan serum dan sonografi transvagina. Temuan klinis yang dinilai adalah riwayat amenore, perdarahan pervaginam dan nyeri perut bawah. Ketika nyeri semakin berat yang disertai pemeriksaan cavum douglass menonjol maka didiagnosis dengan KET. Mereka yang diperkirakan ruptur tuba perlu segera menjalani terapi pembedahan.(3)

Terapi medis dengan metotreksat (MTX) menjadi pilihan utama setelah diagnosis KE dengan USG dan kadar β HCG yang tanpa memerlukan tindakan bedah.(4) Indikasi pemberian MTX dapat diberikan pada pasien stabil, asimtomatik, kadar β HCG $\leq 3000 - 5000$ mIU/mL dan tanpa bukti hemoperitonium maupun aktivitas jantung janin pada USG.(5,6)

Pada kasus tertentu, kehamilan tuba dini dengan kadar β HCG yang stabil atau menurun dapat diobservasi (*expectant management*).(3) Tindakan ini dipilih pada pasien asimtomatik dengan kadar β HCG yang rendah serta bersedia untuk dilakukan observasi.(4,5) Dilaporkan pada kasus KE tuba, angka keberhasilan terapi 80% jika kadar awal β HCG < 1000 mIU/mL yang menurun $> 13\%$ dalam lebih dari 48 jam.(3,5)

Kehamilan ektopik berperan penting dalam peningkatan mortalitas dan morbiditas maternal pada trisemester pertama.(7) Namun pengenalan dini terhadap faktor risiko dan diagnosis kehamilan ektopik serta tatalaksana bedah sesegera mungkin akan membantu memperbaiki prognosis reproduksi selanjutnya. Prognosis buruk dihubungkan dengan kurangnya keberhasilan hamil dengan baik setelah kehamilan ektopik terjadi.(8) Dalam tulisan ini, penulis akan melaporkan kasus kehamilan ektopik terganggu pada kehamilan G2P1 6-7 minggu.

Laporan Kasus

Pasien wanita, 26 tahun datang ke IGD RSUDZA Banda Aceh dengan keluhan nyeri perut kiri bawah dengan mengaku terlambat haid 6 minggu. Riwayat *plano test* (+) 3 minggu sebelumnya. Nyeri perut kiri dirasakan pasien selama 2 minggu terakhir dengan disertai keluar darah kecoklatan dari jalan lahir. Sebelumnya, siklus menstruasi teratur setiap bulan. Pasien mengaku adanya keluar cairan putih kekuningan yang berbau dan gatal dari jalan lahir. Hal ini diakui terjadi sebelum kehamilan hingga sekarang dengan tanpa pengobatan. Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya yaitu kematian janin intrauterin dengan usia kehamilan 9 bulan.

Pada pemeriksaan ginekologis ditemukan *discharge* kuning kental dari vagina hingga ostium uteri interna, cavum uteri sebesar telur ayam, serta nyeri goyang portio minimal dengan teraba massa adnexa kiri. Hasil pemeriksaan USG transvaginal menunjukkan tidak tampak kantong gestasi

pada cavum uteri dan adanya massa adnexa kiri ukuran 1,59 cm yang disertai aktivitas jantung fetal (Gambar:1) Pada pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar Hb 10,7 gr/dl, serta kadar β HCG 54382,00 mIU/mL. Kemudian pasien didiagnosis kehamilan ektopik pars ampullaris tuba kiri dan direncanakan mendapat terapi metotreksat (MTX).



(Gambar:1) Hasil USG Transvaginal: Kehamilan Ektopik pars ampullaris tuba kiri.

Namun, sebelum pemberian terapi MTX, pasien tiba-tiba mengeluh nyeri perut hebat, VAS:8 (*Visual Analog Scale*) dengan tanda akut abdomen berupa *rebound tenderness*. Keadaan hemodinamik pasien mengalami perburukan dengan penurunan tekanan darah dan takikardi (TD:100/60 mmHg, HR:110x/menit). Pemeriksaan vaginal toucher didapatkan cavum douglass menonjol. Pemeriksaan USG ulang menunjukkan gambaran tambahan berupa *free fluid level* intraperitoneal. (Gambar:2) Pemeriksaan kadar Hb:10,0 gr/dl. Kemudian, pasien didiagnosis kehamilan ektopik terganggu pars ampullaris tuba kiri.



Gambar:2 USG Transvaginal: *Free Fluid* Level Intraperitoneal

Pasien dilakukan tindakan emergensi yaitu laparotomi salpingektomi. Diawali dengan insisi midline 6 cm dan dilanjutkan dengan pembukaan peritonium. Didapatkan 500 cc darah kecoklatan dengan kehamilan ektopik terganggu berupa ruptur tuba pars ampullaris kiri serta patensi tuba kanan baik.(Gambar:3)



Gambar:3 USG Transvaginal: Kehamilan ektopik terganggu dengan ruptur tuba pars ampullaris kiri

Diskusi

Pada pasien ini, gejala klinis yang muncul adalah nyeri perut bawah kiri serta adanya perdarahan kecoklatan dari jalan lahir

selama 2 minggu. Riwayat amenore 6 minggu pada pasien disertai riwayat plano tes (+) 3 minggu sebelumnya. Pada umumnya gejala dari kehamilan ektopik adalah perdarahan pada trisemester pertama dan nyeri abdomen. Walaupun hal ini juga dapat terjadi pada kehamilan intrauterin dan abortus spontan, pemeriksa dapat juga mempertimbangkan terjadinya kehamilan ektopik. Pemeriksa dapat fokus menilai tanggal menstruasi terakhir dengan diagnosis kehamilan, onset, intensitas gejala serta ada atau tidak faktor risiko dari kehamilan ektopik. Data tersebut dapat membantu diagnosis hingga tindakan selanjutnya. Pemeriksaan ultrasonografi sangat bermanfaat dalam mengkonfirmasi lokasi kehamilan pada usia gestasi 4 minggu.(4)

Pada pemeriksaan fisik abdomen awal didapatkan simetris, tegang, TFU tidak teraba, nyeri tekan perut bagian bawah dengan tanpa nyeri lepas maupun *rovsing sign*. Pemeriksaan vaginal toucher menunjukkan nyeri goyang portio minimal dan teraba massa adnexa kiri. Dari pemeriksaan fisik tersebut dapat disingkirkan beberapa diagnosis. Diagnosis abortus dapat disingkirkan dengan ditemukan nyeri goyang portio minimal. Diagnosis appendisitis juga dapat disingkirkan dengan tanpa ditemukan *rovsing sign*. Sedangkan pada kasus kista ovarium terpuntir, gejala dan tanda kehamilan muda, amenore serta perdarahan pervaginam biasanya tidak ada. Selain itu, pada kista ovarium terpuntir juga didukung dengan adanya gambaran massa kistik ovarium pada pemeriksaan USG. (1,3)

Faktor risiko pasien ini dihubungkan dengan adanya riwayat keluar cairan putih kekuningan berbau disertai gatal dari jalan lahir. Inflamasi akut genitalia interna dilaporkan memegang peran penting dalam kerusakan tuba yang memicu terjadinya kehamilan ektopik. Hal ini berkaitan dengan gangguan transportasi sel telur dalam gerakan siliaris tuba.(3)

Pemeriksaan USG transvaginal menunjukkan tidak tampak kantong gestasi pada cavum uteri, massa adnexa kiri ukuran 1,59 cm dengan disertai aktivitas jantung fetal sehingga disimpulkan adanya kehamilan ektopik pars ampullaris tuba kiri. USG transvaginal atau TVS (*Transvaginal Sonography*) merupakan modalitas awal untuk investigasi wanita dengan kecurigaan kehamilan ektopik. TVS membutuhkan sonografer yang berpengalaman dan modalitas yang lengkap. Bisa jadi selama kehamilan, wanita dapat didiagnosis awal dengan PUL (*Pregnancy unknown location*) walaupun tidak ditemukannya tanda gambaran KE pada TVS. Namun hal ini harus dilanjutkan dengan observasi lanjut dengan pemeriksaan ulang TVS hingga terbukti ada atau tidaknya KE. (5)

Keberadaan kantong gestasi intrauterin yang mengandung *yolk sac* atau fetus memastikan adanya kehamilan intrauterin. Ketika tidak ditemukan kehamilan intrauterin, pemeriksaan secara mendetail di bagian adnexa dan cavum douglass harus dilakukan. Sekitar 60% kehamilan ektopik terlihat sebagai massa non homogen yang berdekatan dengan ovarium, 20% terlihat

sebagai cincin hiperekhoik (*bagel sign*) dan 13% memiliki kantong gestasi yang jelas mengandung fetus.(5)

Pasien direncanakan pemberian metotrexat (MTX). MTX adalah antagonis asam folat yang menghambat sintesis DNA dan RNA dengan inaktivasi dihidrofolat reduktase. Mekanismenya adalah secara selektif membunuh sitotrofoblas (yang secara langsung berproliferasi pada tempat implantasi), sehingga dapat diresorpsi secara spontan.(6)

Menurut Guideline RCOG disebutkan wanita yang sesuai untuk mendapatkan terapi metotreksat yaitu dengan $\beta\text{HCG} \leq 3000$ dan gejala minimal. Namun literatur lain menyebutkan pemberian MTX juga dapat berhasil pada serum $\beta\text{HCG} \geq 3000$ mIU/ mL. Kriteria pemilihan pasien untuk terapi MTX juga dengan pertimbangan ukuran massa <3-4 cm, dikarenakan massa yang lebih besar lebih sering menyebabkan ruptur KE. (5,6)

Namun, menjelang sebelum dilakukan pemberian terapi metotreksat, pasien mengeluh nyeri bertambah hebat pada perut kiri bawah (VAS 8) dan adanya tanda akut abdomen (*rebound tenderness*). Hemodinamik pasien mengalami perburukan dari sebelumnya.. Pemeriksaan vaginal toucher ditemukan adanya cavum douglass menonjol. Pemeriksaan Hb: 10,0 gr/dl dan pada pemeriksaan USG tampak gambaran *free fluid level* intraperitoneal, sehingga keseluruhan pemeriksaan menunjukkan diagnosis kehamilan ektopik terganggu.

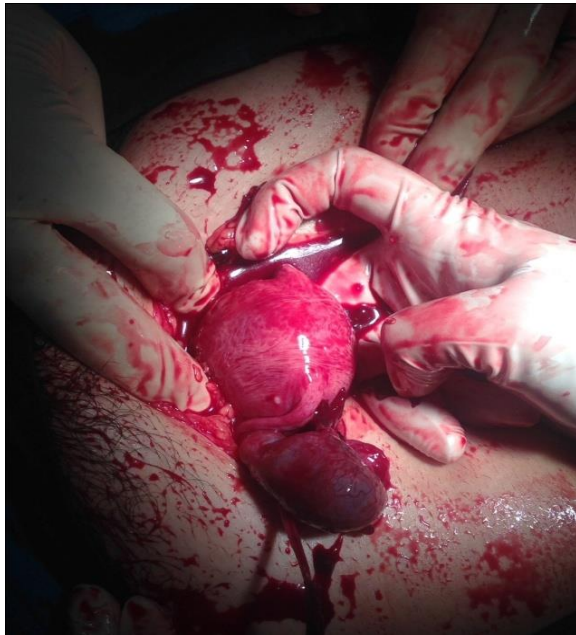
Pada kehamilan ektopik terganggu nyeri perut bawah yang dialami semakin hebat. Rasa nyeri mungkin unilateral atau bilateral pada abdomen bagian bawah maupun pada keseluruhan abdomen. Diperkirakan bahwa serangan nyeri hebat pada ruptur kehamilan ektopik ini disebabkan oleh darah yang mengalir ke kavum peritoneum.(1,3)

Pada saat terjadinya KET tekanan darah pasien turun menjadi 100/60 mmHg dan HR:110x/menit. Menurut teori disebutkan tekanan darah akan turun dan nadi meningkat hanya jika perdarahan berlanjut dan hipovolemianya menjadi signifikan.(3)

Cavum douglass menonjol dapat dijelaskan dengan terjadinya perdarahan yang perlahan-lahan menetes dari fimbriae tuba yang berkumpul di cavum douglass.(9) Onset terjadinya ruptur kehamilan ektopik tergantung dari lokasi terjadinya kehamilan. Khusus KE pada tuba, kejadian ruptur lebih awal terjadi pada isthmus atau pars ampullaris. Ruptur biasanya terjadi spontan, namun dapat juga disebabkan oleh trauma akibat pemeriksaan palpasi bimanual yang dilakukan. (3)

Tindakan pembedahan pasien ini adalah laparotomi salpingektomi. (Gambar:4) Indikasi pembedahan adalah gejala simptomatik dengan gambaran *free fluid level* intraperitoneal, kadar βHCG yang sangat tinggi, tidak adanya kontraindikasi pemberian metotreksat dan adanya kegagalan terapi medis sebelumnya.(10,11) Jenis tindakan laparotomi atau laparotomi bergantung pada keadaan hemodinamik

pasien, ada tidaknya riwayat laparoskopi pada pasien sebelumnya, dan juga kemampuan masing-masing operator.(5) Suatu penelitian yang membandingkan dua teknik operasi pada 228 wanita memperlihatkan bahwa teknik laparoskopi memberikan risiko lebih tinggi untuk kejadian persisten trofoblas dibandingkan laparotomi.(12) Laparotomi juga biasanya dilakukan pada wanita dengan pendarahan intraperitoneal ekstensif, keadaan hemodinamik yang tidak stabil maupun adanya gambaran buruk saat dilakukan laparoskopi.(13)



Gambar: 4 Gambaran Intraoperatif Kehamilan Ektopik Tuba Kiri

Pada penelitian perbandingan tindakan laparoskopi maupun laparotomi kehamilan ektopik tuba dengan kondisi baik tuba kontralateral, menunjukkan lebih dipertimbangkan salpingektomi dikarenakan teknik salpingotomi tidak menyebabkan perkembangan kehamilan spontan berikutnya. Hal ini dikarenakan terjadi

trofoblas persisten dan tingginya angka kejadian kehamilan ektopik berulang.(14)

Kesimpulan

Terjadinya kehamilan ektopik terganggu dapat terjadi secara tiba tiba pada seluruh kasus kehamilan ektopik. Kehamilan ektopik terganggu merupakan suatu kegawatdaruratan dalam obstetri yang perlu penanganan segera. Perlunya diagnosis dini maupun observasi klinis sangat diperlukan mengingat pentingnya kelangsungan hidup ibu maupun prognosis reproduksi selanjutnya.

Daftar Pustaka

1. Prawirohardjo S. Kehamilan Ektopik dalam Ilmu Kebidanan Jakarta: Yayasan Bina Pustaka; 2011.
2. Stulberg D, Cain R. Ectopic Pregnancy Rates in The Medical Population American Journal of Obstetric and Gynecology. 2013; 1:p.208-274.
3. Cunningham F, Grant N, Leveno K. Ectopic Pregnancy : William's Obstetrics USA: The Mc Graw – Hill Company; 2005.
4. Barash J H, Buchanan E M, Hillson C. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. American Family Physician. 2014.
5. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Institute of Obstetricians & Gynecologist. 2014. No:33.
6. Seeber BE, Barnhart KT. Suspected ectopic pregnancy [published correction appears in Obstet Gynecol. 2006;107(4):955]. Obstet Gynecol. 2006;107 (2 pt 1);399-413.
7. Autry AM. Medical Treatment of ectopic pregnancy: is there something new? Obstetric & Gynecology. 2013; 122 (4):p. 733-734.
8. Shetty K S, Shetty K A. A Clinical Study of Ectopic Pregnancies in Atertiary Care Hospital of Mangalore India. 2014; p.305-309.

9. Smith R. Netter's Obstetrics and Gynecology. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009.
10. Oron G and Tulandi T."A pragmatic and evidence-based management of ectopic pregnancy". *Journal of minimally invasive gynecology* 20.4 (2013): 446-454.
11. Nowak-Markwitz E., et al. "Cutoff value of human chorionic gonadotropin in relation to the number of methotrexate cycles in the succesful treatment of ectopic pregnancy". *Fertil and steril* 92.4 (2009):1203-1207.
12. "The Management of tubal pregnancy (reviewed 2010)". Royal Collage of obstetricans and gynecologists guidelines 21 (2004): 1-10.
13. Saranovic M., et al. "Ectopic Pregnancy and Laparoscopy". *Clinical and experimental obstetrics and gynecology* 41.3 (2014): 276-279.
14. Juneau C and Wright Bates G. "Reproductive outcomes after medical and surgical management of ectopic pregnancy ". *Clinical Obstetrics and Gynecology* 55.2 (2012):455-460.