

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang Penelitian

Kehamilan adalah suatu proses fisiologis pada wanita dalam masa reproduksi. Di dalam perjalanannya kehamilan sering terhenti oleh proses abortus, *partus immaturus*, *partus prematurus*.

Angka insidensi abortus iminens di RSUP Dr. Sardjito cukup tinggi yaitu 15,9% dan di RS Cipto Mangunkusumo 15-16%.

Proses abortus yang masih dapat dicegah perlangsungannya adalah bilamana abortus masih dalam tahap mengancam (*iminens*) karena abortus *iminens* adalah bentuk praabortus yang hasil konsepsinya masih baik, dengan kontraksi uterus yang berlebihan.

Apabila kontraksi rahim dapat diatasi dan hasil konsepsi masih dalam keadaan baik dan hidup, maka kehamilan dapat dipertahankan.

Perlunya penanganan yang khusus untuk mempertahankan kehamilan pada abortus iminens, antara lain: cara yang klasik yaitu pasien masih diharuskan istirahat baring sehingga aliran darah ke uterus bertambah dan berkurangnya rangsang mekanis dan pantang melakukan hubungan seksual (*koitus*) selama perdarahan dan dua minggu setelahnya dan terapi obat-obat :spasmolitik, sedativa,



dan terapi suportif. Namun dalam tahap yang lebih lanjut, kehamilan sudah tidak dapat dipertahankan lagi, maka akan terjadi abortus inkomplitus atau bahkan abortus komplitus.

Pada kasus abortus inkomplitus diperlukan penanganan khusus untuk mencegah terjadinya infeksi dan perdarahan akibat masih tertinggalnya sisa hasil konsepsi di dalam rahim.

2. Kepentingan Penelitian

Dengan melihat masih banyaknya kasus abortus inkomplitus dari penderita yang datang dengan diagnosis abortus iminens, akan digambarkan tindakan yang dilakukan untuk mempertahankan kehamilan pada waktu masih dalam tahap mengancam (iminens) sampai dengan abortus inkomplitus.

3. Tujuan Penelitian

Menggambarkan kasus dan pengelolaan abortus iminens yang berlanjut menjadi abortus inkomplitus.

4. Tinjauan Pustaka

Definisi

Menurut Greenhil & Friedman (1974), abortus ialah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin mampu hidup di luar kandungan. Batasan abortus adalah umur kehamilan kurang dari 20 minggu dengan berat badan janin kurang dari 500 gram.

Sedangkan menurut Benson (1980), batasan abortus adalah umur kehamilan kurang dari 24 minggu yang dibagi dalam abortus awal (*early abortion*) terjadi sebelum 12 minggu dan yang terlambat (*late abortion*) terjadi antara 12-24 minggu. Di Indonesia umumnya batasan untuk abortus sesuai dengan pendapat yang pertama, yaitu umur kehamilan kurang dari 20 minggu dengan berat badan janin 500 gram. Dalam hal ini penulis memakai definisi menurut Greenhil & Friedman. Sedangkan menurut kejadiannya abortus dibedakan (Prawirohardjo, 1976):

- a. Abortus spontan yaitu abortus yang terjadi dengan sendirinya tanpa manipulasi dari luar baik dengan obat-obatan maupun alat (*instrumental*); dan
- b. Abortus artifisialis atau abortus provokatus yaitu abortus yang dibuat dengan sengaja baik dengan obat-obatan maupun alat (*instrumental*).

Abortus provokatus dibedakan menjadi:

- a. Abortus provokatus medisinalis atau terapeuticus yaitu abortus buatan yang dimaksudkan sebagai pengobatan suatu penyakit atau dikerjakan atas indikasi medis tertentu, baik indikasi ibu maupun janin; dan
- b. Abortus provokatus kriminalis yaitu abortus buatan yang dikerjakan bukan atas indikasi medis.

Secara klinis abortus dapat dibedakan (Prawirohardjo, 1976):

- a. *Abortus iminens* yaitu abortus yang sifatnya masih dalam tahap mengancam;



sung dan tidak bisa dihindari lagi;

c. Abortus komplitus yaitu abortus dengan hasil konsepsi telah dikeluarkan sebagian dari kavum uteri.

d. Abortus inkomplitus yaitu abortus dengan sebagian hasil konsepsi tertinggal di dalam kavum uteri.

Missed abortion adalah tertahannya fetus dengan berat badan < 500 gram atau umur kehamilan < 20 minggu selama 2 bulan dari saat kematiannya;

f. Abortus habitualis yaitu abortus yang terjadi tiga kali berturut-turut atau lebih secara spontan; dan

g. Abortus infeksius adalah abortus yang disertai infeksi alat genital.

Abortus septik adalah abortus infeksius berat disertai penyebarannya kuman ke dalam darah dan peritonium.

Frekuensi

Frekuensi abortus sukar ditentukan karena banyak kasus abortus provokatus yang medisinalis maupun kriminalis yang tidak dilaporkan. Mereka yang datang di klinik atau rumah sakit adalah bila terjadi komplikasi. Sebagian besar abortus berlangsung spontan dengan hanya disertai tanda dan gejala ringan sehingga tidak memerlukan pertolongan medik.

Etiologi

Greenhill (1965) membagi kemungkinan sebab-sebab dari abortus adalah sebagai berikut:



1. sebab fetal;
2. sebab maternal; dan
3. kadar pregnandioli dalam urine.

1. Sebab fetal

Abortus spontan disebabkan hasil konsepsi yang tidak baik pada *germ plasm* (Streeter, 1944 cit. Greenhill, 1965).

Menurut Hertig dan Rock (1949 cit. Greenhill, 1965), kelainan *germ plasm* merupakan sebab pokok terjadinya abortus spontan yang dapat menyebabkan tidak terbentuknya janin, hanya ada kantong dan cairan tanpa janin pada hasil konsepsi yang disebut *blighted ovum*. Huber, Melin dan Velios (1957) mendapatkan lebih dari 50% hasil konsepsi adalah tidak normal pada spesimen abortus spontan, sedangkan 40% dari spesimen menunjukkan adanya perubahan molar dari jaringan khorion plasenta. Jevet dan Barton (1952) dari 297 spesimen abortus yang diteliti 35% menunjukkan kelainan funikulus umbilikalis, 64% adalah kelainan kongenital, 36% adalah kelainan akuisital. Pada fetus yang tidak normal, 56% terdapat dari funikulus umbilikalis. Dikatakan bahwa kelainan pada funikulus merupakan sebab adanya fetus yang tidak normal. Dua puluh empat persen dari fetus dengan kelainan pada umbilikusnya adalah fetus yang *mascreated*, degenerasi, dan *mummified*. Hanya 6% yang menunjukkan fetus yang normal. Abortus iminens yang terjadi oleh karena hasil konsepsi yang tidak normal akan berlanjut menjadi abortus insipiens,



komplitus, ataupun inkomplitus. Dalam hal ini *abortus iminens* tidak mungkin dipertahankan.

2. Sebab maternal.

a. Ibu yang menderita infeksi atau kemasukan zat yang toksik terhadap fetus dapat terjadi trasmisi dari bakteri atau toksin kepada fetus yang dapat menyebabkan kematian fetus. Temperatur yang tinggi dapat berpengaruh untuk menimbulkan kontraksi uterus sehingga menyebabkan proses abortus. Menurut Wilhelm (1960 cit. Greenhil, 1965), 70% dari spesimen abortus ditemukan adanya kelainan desidua karena desidua endometritis akut atau kronis yang disebabkan oleh appendisitis, salpingitis, servisititis dan sepsis.

b. Penurunan kadar progesteron pada umur kehamilan 80 hari (12 minggu) yang disebabkan oleh fungsi plasenta yang belum baik, sedangkan korpus luteum gravidis telah regresi akan menyebabkan kontraksi myometrium. Sensivitas uterus meningkat dan mudah timbul kontraksi bila ada rangsang, atau trauma fisis atau khemis.

c. Peranan prostaglandin dalam proses abortus

Prostaglandin berperan dalam kontraksi uterus terutama prostaglandin E (PGE) dan prostaglandin F (PGF) yang banyak pada semen ejakulat. Prostaglandin dapat timbul pada setiap jaringan yang terkena trauma fisik dan khemis ataupun rangsang saraf (Ramwel dan Shaw, 1967). Dalam jaringan desidua dapat juga timbul PGE dan PGF bila terkena trauma ataupun infeksi. Karim dan Devlin

(1965 *cit.* Speroff dan Ramwel, 1970), mengidentifikasi empat prostaglandin dalam cairan amnion dalam abortus spontan. PGE 2 alpha mempunyai efek luteolitik sehingga kadar progrestin akan menurun yang berakibat sensitivitas uterus meningkat (Speroff dan Ramwel, 1970).

3. Kadar pregnandiol dalam urine

Dalam proses metabolisme progesteron di dalam tubuh akan terbentuk sodium pregnandiol glucoronida (NaPG) dalam urine. NaPG akan terdapat dalam urine pada saat post ovulasi, yang berasal dari progesteron yang dihasilkan korpus luteum. NaPG akan naik kadarnya pada kehamilan terutama umur kehamilan 12-13 minggu. Pada pos ovulasi kadar NaPG dalam urine 6-10 mg/24 jam. Pada kehamilan 12-13 minggu NaPG naik menjadi 6-100 mg/24 jam (Yanow, Soule dan Myenhardt, 1950). Pada saat plasenta belum atau tidak berfungsi maka kadar NaPG akan turun, karena progesteron yang dibuat oleh korpus luteum gravidis telah berkurang akibat regresi. Pada keadaan ini sensitivitas uterus meningkat dan mudah kontraksi oleh karena PGE, PGF atau trauma. Untuk mengetahui keadaan plasenta atau produk kehamilan secara tidak langsung dapat diukur kadar NaPG urine, dengan pemeriksaan kadar pregnandiol dapat untuk menentukan prognose abortus iminens. Jadi walaupun diberikan terapi jika kadar progesteron tubuh sangat kurang maka kehamilan akan gagal dipertahankan. Guterman (1944 *cit.* Yanow, Soule dan Myerhard, 1950) dari 23 kasus *abortus imi-*



nens yang dapat diamati didapatkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Kadar NaPG lebih besar dari 6,0 mg/24 jam disebut +; dan
 - b. Kadar NaPG lebih kecil dari 6,0 mg/24 jam disebut -
- Apabila mula-mula NaPG (+) kemudian menjadi (-) maka kasus ini hanya 12% yang abortus dan 88% berhasil dipertahankan.

Patologi

Pada permulaan abortus terjadi perdarahan pada desidua basalis yang diikuti nekrosis jaringan. Embrio terlepas sebagian atau seluruhnya dan mati, sehingga merupakan benda asing yang harus dikeluarkan. Benda asing inilah yang menyebabkan kontraksi uterus. Menurut Durfee (1980) pengeluaran hasil konsepsi secara spontan terjadi 1-3 minggu setelah kematian embrio atau fetus. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu, vili khoriales belum menembus desidua lebih dalam sehingga plasenta dilepaskan secara sempurna (komplitus) dan pada kehamilan antara 8-14 minggu vili khoriales menembus desidua lebih dalam sehingga umumnya plasenta tidak dapat dilepaskan secara sempurna (inkomplitus). Hal ini dapat menyebabkan perdarahan yang banyak. Sedangkan menurut Garrey (1974) bila umur kehamilan kurang dari 12 minggu biasanya terjadi abortus yang komplitus.

Diagnosa

A. *Abortus Iminens*

Abortus iminens ialah peristiwa abortus yang sifatnya masih mengancam, jadi merupakan gejala yang paling awal. Adapun tanda-tandanya sebagai berikut:

1. Terjadi perdarahan *pervaginam*, tetapi masih sedikit-sedikit, dapat sampai beberapa hari;
2. Rasa sakit dapat ada, dapat tidak. Bila ada, seperti rasa sakit pada menstruasi biasanya;
3. Serviks masih tertutup; dan
4. PP test (+).

B. Abortus inkomplitus

Abortus inkomplitus adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan kurang dari 20 minggu dengan masih ada sisa konsepsi tertinggal di dalam rahim.

Adapun tanda-tandanya adalah sebagai berikut:

1. Pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis terbuka, dapat diraba adanya jaringan dalam rahim atau kadang-kadang sudah menonjol di ostium uteri eksternum. Kadang pada abortus inkomplitus serviks tidak membuka, karena sudah mengalami kontraksi kembali.
2. Pada tes kehamilan dapat + atau -
Hasil konsepsi sering menyumbat serviks, bila hal ini tidak terjadi, maka akan terlihat gerakan rahim untuk mengeluarkan isinya. Perdarahan yang terjadi tidak

akan berhenti jika hasil konsepsi belum dikeluarkan.

Penanganan.

A. *Abortus Iminens*

Prinsip kehamilan dipertahankan.

1. Pemberian terapi progesteron. Namun tidak lagi banyak digunakan sebab hasilnya tidak memuaskan;
2. Aktivitas fisik harus dikurangi, meskipun tidak perlu istirahat yang terlalu lama (*bedrest total*);
3. Hindari hubungan seksual (*koitus*) selama perdarahan sampai 2 minggu sesudah perdarahan berhenti;
4. Terapi suportif: vitamin, koreksi anemianya, dll;
5. Bila disertai rasa sakit dan kontraksi uterus, biasanya prognosisnya jelek. Pasien dapat diberi sedativa ringan atau kodein (Pritchard dan Mac Donald, 1976 *cit* Hossam, 1982);
6. Pemberian obat-obat spasmolitikum dan pemberian HCl-Papaverin (Hadi dan Sellepan, 1976); dan
7. Bila dalam dua kali pemeriksaan darah/urine untuk HCG hasilnya negatif, maka harapan untuk mempertahankan kehamilan hampir tidak mungkin lagi.

Menurut Yuen, Livingstone dan Poland (1981 *cit*. Hossam, 1982), *hormonal assay*-HCG, estradiol(E_2), progesteron, prolaktin, dan *human placental lactogen*(HPL) berguna untuk menentukan berapa banyak komplikasi kehamilan pada



abortus iminens. Jadi sangatlah berguna untuk pemeriksaan HCG, kecuali sebelum minggu kesembilan ketika ultrasonografi menghasilkan hasil yang meragukan dan atau untuk pemeriksaan ulang.

Pemeriksaan dengan sonografi lebih memberikan kepastian diagnosis. Bila dijumpai cincin kehamilan eksosentral, berarti janin dalam keadaan baik, kehamilan tanpa eksosentral menunjukkan perubahan *embryo/fetus* mati. Pemeriksaan serial akan menunjukkan perubahan diameter cincin kehamilan. Bila diameter menjadi lebih kecil, berarti janin telah mati.

B. Abortus Inkomplitus

Pada prinsipnya di dalam menangani abortus inkomplitus adalah menghentikan perdarahan, mencegah syok dan infeksi. Pengeluaran sisa hasil konsepsi dari uterus, pada prinsipnya harus dilakukan secara aseptik. Penderita dibaringkan dalam posisi litotomi. Anastesi umum biasanya digunakan ketalar secara intra vena, dapat juga digunakan phentotal atau nitrous oxide dengan oksigen. Dapat juga dengan anaestesi *local blocking* yaitu memblok saraf servikal dengan novokain 1%. Cara-cara yang sering digunakan untuk mengeluarkan sisa hasil konsepsi adalah: cara digital, dengan tang abortus, dan kuretase.