



Abortus Inkomplit

Iskandar^{1*}, Aditya Fajar Perkasa²

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi, RSUD Cut Meutia, Aceh Utara, 24412, Indonesia

² Mahasiswa Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

*Corresponding Author : iskandar.albin@unimal.ac.id

Abstrak

Abortus inkomplit adalah pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan sebelum 20 minggu dimana masih ada sebagian hasil konsepsi yang tertinggal di dalam uterus. Rata-rata terjadi 114 kasus abortus per jam. Sebagian besar studi menyatakan kejadian abortus antara 15-20 % dari semua kehamilan. Untuk mengetahui terjadinya abortus inkomplit maka perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan laboratorium seperti, pemeriksaan panggul, USG, dan test darah untuk mengetahui adanya kelainan yang mempengaruhi perkembangan kehamilan serta untuk mengetahui ibu yang mengalami kekurangan zat besi. Bila terjadi perdarahan yang hebat akibat abortus inkomplit dianjurkan segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya kontraksi uterus segera dikeluarkan. Kontraksi uterus dapat berlangsung baik dan perdarahan bisa berhenti. Komplikasi abortus inkomplit jika tidak ditangani akan mengakibatkan perdarahan, infeksi dan syok pada ibu hamil.

Kata Kunci : Kehamilan, abortus, abortus inkomplit

Abstract

Incomplete abortion is the expulsion of the products of conception before 20 weeks of gestation where there is still some of the products of conception left in the uterus. On average, there were 114 abortions per hour. Most studies state the incidence of abortion is between 15-20% of all pregnancies. To determine the occurrence of incomplete abortion, it is necessary to carry out physical and laboratory examinations such as pelvic examination, ultrasound, and blood tests to determine any abnormalities that affect the development of pregnancy and to determine the mother who has iron deficiency. If there is heavy bleeding due to incomplete abortion, it is recommended to immediately remove the remaining products of conception manually so that the tissue that blocks the occurrence of uterine contractions is immediately removed. Uterine contractions may continue well and bleeding may stop. Complications of incomplete abortion if left untreated will result in bleeding, infection and shock in pregnant women.

Keyword : Pregnancy, abortion, incompletet abortion



Pendahuluan

Menurut *The National Center for Health Statistics, the Centers for Disease Control and Prevention*, dan *World Health Organization (WHO)* mendefinisikan abortus adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan pada umur kehamilan < 20 minggu dengan berat badan janin < 500 gr (1). Abortus inkomplit adalah peristiwa pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu, dengan masih adanya sisa yang tertinggal dalam uterus (2). Rata-rata terjadi 114 kasus abortus per jam. Sebagian besar studi menyatakan kejadian abortus antara 15-20% dari semua kehamilan (1,2).

Abortus inkomplit memiliki komplikasi yang dapat mengancam keselamatan ibu karena adanya perdarahan masif yang bisa menimbulkan kematian akibat adanya syok hipovolemik apabila keadaan ini tidak mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat (3).

Pembahasan

1) Definisi

Abortus inkompletus adalah pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dan masih ada sisa tertinggal di dalam uterus (4).

2) Epidemiologi

Menurut data dan informasi profil kesehatan indonesia tahun 2019 jumlah kejadian abortus di Indonesia berkisar 1.280 ibu hamil. dari keseluruhan diatas sebagian besar terjadi di Provinsi Jawa Barat dan Jawa Timur yaitu 16% dan 12 % ibu yang mengalami abortus (5).

3) Etiologi

Hal-hal yang menyebabkan abortus dapat dibagi sebagai berikut : (1) Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi; (2) Kelainan pada plasenta; (3) Penyakit ibu; (4) Kelainan traktus genitalis.

4) Patofisiologi

Pada awal abortus terjadilah perdarahan dalam desidua basalis kemudian diikuti oleh

nekrosis jaringan di sekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu hasil konsepsi itu biasanya dikeluarkan seluruhnya karena villi koriales belum menembus desidua secara mendalam. Pada kehamilan antara 8-14 minggu villi koriales menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Hasil konsepsi pada abortus dapat dikeluarkan dalam berbagai bentuk. Ada kalanya kantong amnion kosong atau tampak didalamnya benda kecil tanpa bentuk yang jelas (*blighted ovum*), mungkin pula janin telah mati lama (*missed abortion*) (1).

5) Faktor Risiko

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan abortus adalah umur ibu, usia kehamilan, jumlah paritas, jarak kehamilan, tingkat pendidikan status ekonomi, dan riwayat abortus sebelumnya. faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya abortus pada ibu hamil adalah usia, paritas, riwayat abortus, sosial ekonomi, pendidikan, penyakit infeksi, alkohol, merokok, status perkawinan, dan jarak kehamilan. Faktor risiko lain yang terkait dengan abortus termasuk penyakit penyerta ibu seperti Diabetes Mellitus, hipotiroidisme, epilepsi, hipertensi, infeksi ginjal (pielonefritis), dan infeksi lain; kelainan saluran genital dari serviks ataupun rahim (6,7,8).

6) Manifestasi Klinis

Gejala umum yang merupakan keluhan utama berupa perdarahan pervaginam derajat sedang sampai berat disertai dengan kram pada perut bagian bawah, bahkan sampai ke punggung. Janin kemungkinan sudah keluar bersama-sama plasenta pada abortus yang terjadi sebelum minggu ke-10, tetapi sesudah usia kehamilan 10 minggu, pengeluaran janin dan plasenta akan terpisah. Bila plasenta, seluruhnya atau sebagian tetap tertinggal dalam uterus, maka pendarahan cepat atau lambat akan terjadi dan memberikan gejala utama abortus inkompletus. Sedangkan pada abortus dalam usia kehamilan yang lebih lanjut, sering pendarahan berlangsung amat banyak dan kadang-kadang masif sehingga terjadi hipovolemik berat. Pemeriksaan panggul (*Vaginal Touche*) wajib untuk menentukan jenis

aborsi. Faktor penentu termasuk jumlah dan tempat perdarahan, apakah serviks melebar, dan apakah jaringan janin telah lewat. Dalam kasus yang jarang terjadi, pemeriksaan panggul akan mengungkapkan nyeri tekan uterus dan adneksa bilateral (9). Pengamatan ini membedakan kondisi dari abortus inkomplit. Dinding abdomen dalam banyak kasus tidak lunak dan lunak. Jika dipastikan bahwa tidak ada janin yang hidup, diskusi tentang manajemen hamil atau induksi aborsi harus dilakukan dengan pasien. Metode menginduksi aborsi baik bedah dengan kuretase atau medis dengan obat-obatan seperti misoprostol (10,11).

7) Diagnosis

Diagnosis ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, pengukuran *beta-human chorionic gonadotropin* (beta-hCG), dan USG. Anamnesis yang lengkap harus diperoleh termasuk riwayat kehamilan, riwayat medis, dan riwayat penyakit sekarang. Riwayat penyakit sekarang harus mencakup kapan dan bagaimana gejala perdarahan dimulai, faktor-faktor yang memodifikasi, pengobatan apa pun yang dicoba hingga titik evaluasi, dan membantu pasien untuk menggambarkan dan mengukur banyaknya perdarahan (12). Ultrasonografi transvaginal dapat digunakan untuk menentukan lokasi kehamilan dan menentukan apakah janin dapat dan masih hidup atau *viable*. Ultrasonografi juga dapat membantu menyingkirkan kehamilan ektopik dan untuk mengevaluasi produk konsepsi yang tertinggal. *Gestasional sac* biasanya terlihat pada 36 hari, dan detak jantung terlihat pada USG sekitar 45 hari setelah menstruasi terakhir (13).

8) Diagnosis Banding

- a. Abortus iminens : Keguguran membakat dan akan terjadi. Dalam hal ini keluarnya fetus masih dapat dipertahankan dengan memberikan obat-obat hormonal dan antispasmodik serta istirahat.
- b. Kehamilan ektopik tuba : Kehamilan ektopik adalah kehamilan ovum yang dibuahi berimplantasi dan tumbuh di tempat yang tidak normal, termasuk kehamilan servikal dan kehamilan kornual.
- c. Mola hidatidosa : Perdarahan pervaginam, yang muncul pada 20 minggu kehamilan

biasanya berulang dari bentuk spotting sampai dengan perdarahan banyak. Pada kasus dengan perdarahan banyak sering disertai dengan pengeluaran gelembung dan jaringan mola. Pada pemeriksaan fisik dan USG tidak ditemukan ballotement dan detak jantung janin (14).

9) Tatalaksana

Terlebih dahulu dilakukan penilaian mengenai keadaan pasien dan diperiksa apakah ada tanda-tanda syok. Penatalaksanaan abortus spontan dapat dilakukan dengan menggunakan teknik pembedahan maupun medis. Teknik pembedahan dapat dilakukan dengan pengosongan isi uterus baik dengan cara kuretase maupun aspirasi vakum. Induksi abortus dengan tindakan medis menggunakan preparat antara lain : oksitosin intravenus, larutan hiperosmotik intraamnion seperti larutan salin 20% atau urea 30%, prostaglandin E2, F2a dan analog prostaglandin yang dapat berupa injeksi intraamnion, injeksi ekstraokuler, insersi vagina, injeksi parenteral maupun per oral, antiprogesteron - RU 486 (mefepriстон), atau berbagai kombinasi tindakan tersebut diatas.

Perdarahan pada abortus inkomplit kadang-kadang cukup berat, tetapi jarang berakibat fatal. Evakuasi jaringan sisa di dalam uterus untuk menghentikan perdarahan dilakukan dengan cara : (1) Jika perdarahan tidak seberapa banyak dan kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi dapat dilakukan secara digital atau cunam ovum untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang keluar melalui serviks. Jika pendarahan berhenti, beri ergometrin 0,2 mg intramuskular atau misoprostol 400 mcg per oral; (2) Jika perdarahan banyak atau terus berlangsung dan usia kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi hasil konsepsi dengan : (a) Aspirasi Vakum merupakan metode evakuasi yang terpilih. Evakuasi dengan kuret tajam sebaiknya dilakukan jika aspirasi vakum manual tidak tersedia; (b) Jika evakuasi belum dapat dilakukan segera, beri ergometrin 0,2 mg intramuscular (diulangi setelah 15 menit jika perlu) atau misoprostol 400 mcg per oral (dapat diulangi setelah 4 jam jika perlu); (3) Jika kehamilan lebih dari 16 minggu : (a) Berikan infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml cairan intravena (garam fisiologis atau Ringer Laktat) dengan kecepatan 40 tetes per menit sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi; (b) Jika perlu berikan misoprostol 200 mcg pervaginam setiap 4 jam sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi (maksimal 800 mcg); (c) Evakuasi sisa hasil konsepsi yang tertinggal dalam uterus.

10) Komplikasi

Berbagai kemungkinan komplikasi tindakan kuretase dapat terjadi seperti : perforasi uterus, laserasi serviks, perdarahan, evakuasi jaringan sisa yang tidak lengkap dan infeksi. Komplikasi ini meningkat pada umur kehamilan setelah trimester pertama. Demam bukan merupakan kontraindikasi untuk kuretase apabila pengobatan dengan antibiotik yang memadai segera dimulai (5).

Kesimpulan

Abortus Inkomplit adalah perdarahan pada kehamilan muda dimana sebagian dari hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri melalui kanalis servikalis. Pada abortus inkomplit perlu diketahui tentang diagnosis penyakit, tatalaksana serta komplikasinya, rencana tentang kehamilan yang berikutnya, kontrol atau evaluasi terhadap tindakan (febris, nyeri) yang telah diberikan dan yang tidak kalah pentingnya adalah mencari penyebab abortus (untuk persiapan kehamilan berikutnya).

Daftar Pustaka

1. Cunningham, Leveno, Bloom, Dashe, Hoffman, Casey & Spong. *Obstetri Williams Obstetrics*. Jakarta :EGC; 2018.
2. Sarwono, Prawirohardjo. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka; 2016.
3. Giawa Novita, Oktaviance S R BSA. Gambaran Deteksi Dini Tentang Abortus Imminens Pada Ibu Hamil Di Praktek Bidan Mandiri Romauli Silalahi Medan Marelan Tahun 2021. 2021;7(2).
4. Purwaningrum ED, Fibriana AI. Faktor Risiko Kejadian Abortus Spontan. *Public Heal Res Dev*. 2017;1(3):84–94.
5. Kementrian Kesehatan RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia 2019*. Kementrian Kesehatan RI, 8(9), 1–58.
6. Heryanti H. Hubungan Umur dan Paritas Ibu Hamil Dengan Kejadian Abortus Inkomplit di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2017. *JPP (Jurnal Kesehat Poltekkes Palembang)*. 2018;13(1):21–7.
7. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician*. 2019 Sep 15;100(6):357-364. [PubMed].
8. Akbar A, Medan U. Faktor Penyebab Abortus di Indonesia Tahun 2010-2019: Studi Meta Analisis. *J Biomedik*. 2019;11(3):182–91.

Abortus Inkomplit
(Iskandar, Aditya Fajar Perkasa)
GALENICAL Volume 2 Nomor 2. Bulan April, Tahun 2023. Hal. 85-91

9. Redinger A, Nguyen H. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Jul 4, 2021. Incomplete Abortions.
10. Stewart KT, Lee JS, Pan K, Albert AY, Fisher S. Outcome of using vaginal misoprostol for treatment of retained products of conception after first trimester miscarriage: a retrospective cohort study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2020 Dec;25(6):474-480.
11. Long Y, Zhu H, Hu Y, Shen L, Fu J, Huang W. Interventions for non-tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jul 01;7:CD011174.
12. Storey A, White K, Treder K, Woodhams E, Bell S, Cannon R. First-Trimester Abortion Complications: Simulation Cases for Obgyn Residents in Sepsis and Hemorrhage. *MedEdPORTAL*. 2020 Oct 16;16:10995.
13. Mouri MI, Hall H, Rupp TJ. Threatened Abortion. [Updated 2021 Sep 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430747/?report=classic>.
14. Milman T, Walker M, Thomas J. Pregnancy of unknown location. *CMAJ*. 2020 Sep 28;192(39):E1132. [PMC free article] [PubMed].