

Karakteristik Kehamilan Ektopik Terganggu di Rumah Sakit Umum Pusat Manado

1 Januari 2000 - 31 Desember 2001

Eddy Suparman, A. Suryawan

Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi/Rumah Sakit Umum Pusat Manado

ABSTRAK

Tujuan : Mendapatkan gambaran KET di RSUP Manado selama 2 tahun dari 1 Januari 2000 sampai dengan 31 Desember 2001.

Tempat : Bagian Kebidanan dan Kandungan RSUP Manado.

Bahan dan cara kerja : Penelitian retrospektif pada 67 penderita KET di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUP Manado.

Hasil : Dari 67 kasus KET, frekuensi terbanyak usia 25-29 tahun - 23 kasus (34,33%), paritas 2 - 31 kasus (46,27%), tingkat pendidikan SMA - 21 kasus (31,34%) dan riwayat penggunaan kontrasepsi suntikan - 21 kasus (31,34%). Lokasi kehamilan ampula 56 kasus (83,58%), ismus 4 kasus (5,92%), interstitial 2 kasus (2,29%), kornu 2 kasus (2,29%) dan ovarium 3 kasus (4,48%). Lokasi terjadinya KET di sebelah kanan (61,12%). Umur kehamilan saat diagnosis KET adalah 5-9 minggu - 42 kasus (62,69%). Riwayat operasi ginekologi sebelumnya, yang terbanyak didapatkan riwayat operasi apendektomi 4 kasus (5,97%), riwayat ginekologi dengan PID 21 kasus (31,34%).

Kesimpulan : KET berkaitan dengan beberapa faktor.

Kata kunci : KET, Karakteristik.

PENDAHULUAN

Kehamilan ektopik merupakan kehamilan di mana ovum yang telah dibuahi sperma berimplantasi dan tumbuh di tempat yang tidak semestinya; bukan di dalam endometrium kavum uteri. Istilah kehamilan ektopik lebih tepat daripada istilah kehamilan ektrauterin, karena beberapa jenis kehamilan ektopik terjadi di uterus tetapi tidak di tempat yang normal seperti di pars interstitialis tuba dan serviks uteri.^[1-6,8,10]

Kehamilan ektopik merupakan salah satu bentuk komplikasi kehamilan yang cukup sering dijumpai, berhubungan dengan status sosial ekonomi dan kejadian salpingitis.^{1,2,10-12,14-16} Saat ini ada kecenderungan peningkatan angka kejadian kehamilan ektopik di dunia.

Dalam penanganan kehamilan ektopik, diagnosis dini sangat penting karena dapat menurunkan angka kematian ibu dan meningkatkan/mempertahankan kualitas reproduksinya. Diagnosis kehamilan ektopik secara umum ditegakkan berdasarkan beberapa faktor yaitu :

- 1) Deteksi dini kelompok risiko tinggi.
- 2) Riwayat obstetrik dan pemeriksaan fisik.
- 3) Pemeriksaan laboratorium (tes kehamilan), kuldosentesis, USG dan laparoskopi.

Tujuan karya tulis ini adalah untuk memberikan gambaran data dan penanganan kasus kehamilan ektopik terganggu

yang dirawat di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUP Manado selama 2 tahun (1 Januari 2000 sampai 31 Desember 2001).

Jenis KET yang paling sering adalah KET ampula yaitu 56 kasus (83,58%) dengan lokasi terbanyak di bagian kanan yaitu 41 kasus (61,12%). (tabel 2).

Tabel 3. Riwayat dan jenis kontrasepsi yang digunakan.

	KET (N = 67)	
	N	%
Tanpa kontrasepsi	19	28,36
IUD	14	20,89
Susuk	7	10,44
Suntik	21	31,34
Pil	6	8,96

Sejumlah 21 orang (31,34%) menggunakan kontrasepsi hormonal dalam bentuk suntikan (tabel 3).

Tabel 4. Riwayat pekerjaan suami.

	KET (N = 67)	
	N	%
Pengangguran	10	14,95
Buruh tani	14	20,89
Sopir	17	25,37
Pedagang	11	16,41
PNS	10	14,92
Swasta	5	7,46

Sebagian besar bersuamikan sopir (19 orang - 25,37%) (tabel 4).

Tabel 5. Riwayat operasi ginekologi sebelumnya.

	KET (N = 8)	
	N	%
Seksio sesar	2	2,99
Operasi apendiktomi	4	5,97
Operasi tuba	1	1,49
Operasi kista	1	1,49

Operasi sebelumnya dialami 8 orang, 4 orang (5,97%) pernah menjalani apendektomi. (tabel 5).

Tabel 6. Riwayat ginekologi sebelumnya.

	KET (N = 67)	
	N	%
PID	21	31,34
Keguguran spontan	19	28,35
Keguguran disengaja	8	11,94
Mola	2	2,99
Penyakit hubungan seksual	1	1,49

Sejumlah 21 orang (31,34%) telah mengalami PID sebelumnya (tabel 6).

DISKUSI

Dalam dua dasawarsa ini terjadi peningkatan angka kejadian KET. Walaupun demikian, angka kejadian KET masih sulit untuk diperkirakan secara tepat. Di Hongkong KET merupakan 0,77% dari semua kehamilan (18); angka ini lebih rendah jika dibandingkan dengan negara lain, seperti 2% di Amerika Serikat (1992) dan 1,88% di Eropa Utara (1993).¹⁸ Adapun penyebab pasti peningkatan tersebut masih diperdebatkan; mungkin berhubungan dengan berbagai karakteristik tertentu pada penderita KET.¹⁹

Pada penelitian ini ditemukan 67 kasus kehamilan ektopik terganggu (KET); terbanyak pada kelompok usia 25-29 tahun (23 orang - 34,33%). Data ini hampir sama dengan di Swedia, yang mendapatkan bahwa 34% penderita KET berusia 26-30 tahun.¹² Akan tetapi hasil ini berbeda dengan penelitian epidemiologi di beberapa negara maju yang menunjukkan KET lebih sering terjadi pada usia yang lebih tua yaitu 30-34 tahun. KET pada kelompok usia yang lebih muda, seperti halnya di Indonesia, tampaknya berhubungan dengan kebiasaan menikah di usia muda.¹⁹

Kami juga menemukan bahwa KET terbanyak pada paritas 2 yaitu 31 orang (46,27%). Hasil ini berbeda dengan penelitian di Seattle, USA, yang menyebutkan KET paling banyak terjadi pada paritas 0-1.⁵

Hasil penelitian kami menunjukkan bahwa KET banyak terjadi pada periode gestasi 5-9 minggu (42 orang - 62,69%). Adapun lokasi KET tersering di bagian ampulla tuba yaitu 56 kasus (83,58%). Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian lain yaitu sekitar 80-90% KET terjadi di bagian ampulla tuba.^{1,2,8,14,19}

Lokasi KET sangat menentukan saat terjadinya ruptura tuba.

Adapun KET pada populasi ini terutama pada wanita yang menggunakan kontrasepsi hormonal suntikan (21 orang - 31,34%) sedangkan IUD 12 orang (20,89%). Hasil ini tidak sesuai dengan beberapa penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa pengguna IUD merupakan kelompok

yang terbanyak menderita KET.^{1,3,6,9,13,18} Perbedaan ini disebabkan karena di RSUP Manado pengguna kontrasepsi suntikan jauh lebih besar daripada pengguna IUD.

Kejadian KET juga ditemukan pada wanita yang telah mengalami operasi apendiktomi sebelumnya (4 orang - 5,97%) dan pada wanita yang sebelumnya mengalami PID (21 orang - 31,34%). Hal ini mungkin disebabkan perlengketan yang terjadi setelah operasi dan PID sehingga mempengaruhi patensi tuba.^{2,10,16,19} ■

KESIMPULAN

KET berhubungan dengan karakteristik tertentu yaitu infeksi tuba, penggunaan kontrasepsi dan riwayat operasi serta ginekologi sebelumnya.

Saran

Pelayanan kesehatan yang lebih menyeluruh diperlukan untuk menurunkan angka kejadian KET. Informasi mengenai KET harus lebih disebarluaskan kepada masyarakat, baik bentuk penyuluhan/penataran maupun bentuk-bentuk kegiatan kemasyarakatan lainnya.

KEPUSTAKAAN

- Cunningham FG, MacDonald PC, Grant NF, Levono KJ, Gilstrap LC, Hanskins GDV, Clark SL eds. Ectopic Pregnancy. In : Williams Obstetrics. 20th ed. New York : Appleton Century Crofts; 2000: p.607-29.
- Trijatno R. Kehamilan ektopik. Dalam: Prawirohardjo S, Wiknosastro M, Sumapraja S, Saifuddin AB, eds. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-3. Jakarta, Yayasan Bina Pustaka; 1992: p.323-38.
- Stoval TG, McCord ML. Early Pregnancy Loss and Ectopic Pregnancy. In: Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, eds. Novak's Gynaecology. 12th ed. Baltimore: William & Wilkins Co; 1996 : p. 487-524.
- Risk factors for ectopic pregnancy. A population-based study. JAMA 1988; 259: 1823-7.
- Durfee RB. Ectopic Pregnancy. In : Pernoll ML, Benson RC, eds. Current Obstetric and Gynaecology Diagnosis and Treatment. 6th ed. Los Altos : Appleton and Lange, 1996. p. 308-24.
- Mark VS. Ectopic Pregnancy Diagnosis. In : Brenner PF ed. Management of common problems in obstetric and gynaecology. New Jersey:Medical Economic Book; 1994 . p. 455-61.
- Tindall VR. Jeffercoat's Principles of Gynaecology. 5th ed. London : Butterworths; 1987. p. 212-21.
- Rossing MA, Daling JR, Voight LF, Stergachis AS, Weiss NS. Current use of intrauterine device and risk of ectopic pregnancy. Epidemiology 1993; 4: 252-8.
- Rock JA. Ectopic Pregnancy. In: Thompson JD, Rock JA, eds. Te Linde's Operative Gynaecology. 7th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co; 1992. p. 411-35.
- Hanmond CB, Bachus KE. Ectopic Pregnancy. In : Danforth DN, Scott JR, eds. Obstetrics and Gynaecology. 7th ed. Philadelphia : JB Lippincott Co; 1994. p. 187-198.
- Assangga G, Johannes CM, Hidayat W. Diagnosa Ultrasonografi pada Kasus Kehamilan Ektopik di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 1989-1990. Naskah lengkap POGI VIII. Solo, 1991.
- Thornburn JO, Janson PO, Lindstedt G. Early diagnosis of ectopic pregnancy : A review of 328 cases of a five year period. Acta Obstet Gynaecol Scand 1983; 62 : 543-7.
- Chow WH, Daling JR, Weiss NS, Moore DE, Soderstrom RM, Metch BJ. IUD use and subsequent tubal ectopic pregnancy. AJPH 1986; 76: 536-9.
- Coste J, Job-Spira N, Fernandes H, Papiernik E, Spira A. Risk factor for ectopic pregnancy : A case-control study in France, with special focus on infectious factors. Am J Epidemiol 1991; 133: 839-49.
- Prawirohardjo L, Wewengkang MJ. Kehamilan Ektopik Terganggu pada beberapa RS di Ujung Pandang. Dibacakan pada PTP IX Surabaya, 1995.
- Sadek M, Anderson J. Ectopic Pregnancy. In : Lambrou NC, Morse AN, Wallach EE, eds. The John Hopkins Manual of Gynaecology and Obstetrics. USA : Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 164-73.
- DeCherney AH, Agel WD. Ectopic Pregnancy. In Sciarra JJ. ed. Sciarra Gynaecology and Obstetrics. Revised Edition. Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 1-20.
- Ting Chung Pung. Ectopic Pregnancy. J. Paediatr. Obstetr. & Gynaecol. 2001; 27 : 17-20.
- Bastaman Basuki, Abdul Bari Saifuddin. Ectopic Pregnancy and its estimated subsequent fertility problems in Indonesia. Maj Obstetr. Ginekol. Indon. 1999; 23 : 173-234.