



**GAMBARAN KASUS KEHAMILAN EKTOPIK
TERGANGGU DI BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
RSUD ARIFIN ACHMAD PEKANBARU
PERIODE 1 JANUARI 2003-31 DESEMBER 2005**

Author :

Harri Prawira Ezeddin, S. Ked



Faculty of Medicine – University of Riau

Pekanbaru, Riau

2008

© Belibis A-17. <http://www.Belibis17.tk>

Design : Yayan A.1

ABSTRAK

GAMBARAN KASUS KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU DI BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI RSUD ARIFIN ACHMAD PEKANBARU PERIODE 1 JANUARI 2003-31 DESEMBER 2005

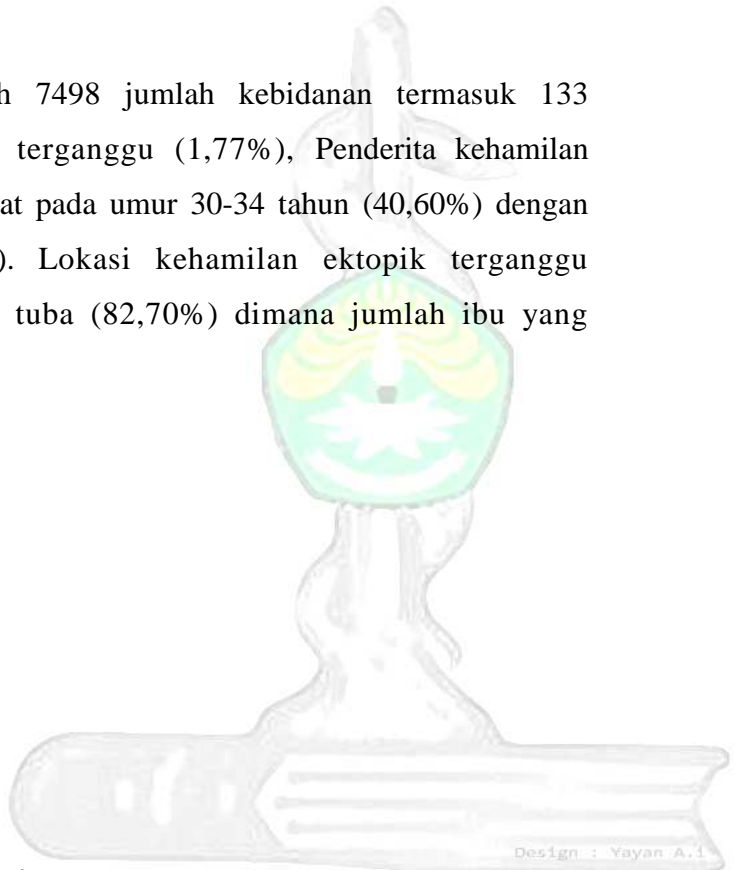
Oleh

Harri Prawira Ezeddin

Kehamilan ektopik adalah suatu kehamilan dimana sel telur yang dibuahi berimplantasi dan tumbuh diluar endometrium kavum uteri. Kehamilan ektopik dapat mengalami abortus atau ruptur pada dinding tuba dan peristiwa ini disebut sebagai kehamilan ektopik terganggu.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kasus kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005. Jenis penelitian ini adalah deskriptif retrospektif. Data dikumpulkan dengan melihat kembali semua catatan medik kasus kehamilan ektopik terganggu yang tercatat di bagian Rekam Medik RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Data dikumpulkan dan diolah secara manual, kemudian disajikan dalam bentuk diagram dan tabel distribusi frekuensi.

Dari hasil penelitian diperoleh 7498 jumlah kebidanan termasuk 133 diantaranya adalah kehamilan ektopik terganggu (1,77%), Penderita kehamilan ektopik terganggu yang terbanyak terdapat pada umur 30-34 tahun (40,60%) dengan paritas penderita 1 sebanyak (35,34%). Lokasi kehamilan ektopik terganggu terbanyak adalah pada daerah ampula tuba (82,70%) dimana jumlah ibu yang meninggal (1,5%).



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Kehamilan ektopik adalah suatu kehamilan dimana sel telur yang dibuahi berimplantasi dan tumbuh diluar endometrium kavum uteri ⁽¹⁾. Kehamilan ektopik dapat mengalami abortus atau ruptur pada dinding tuba dan peristiwa ini disebut sebagai kehamilan ektopik terganggu ⁽²⁾.

Sebagian besar kehamilan ektopik terganggu berlokasi di tuba (90%) terutama di ampula dan isthmus ⁽³⁾. Sangat jarang terjadi di ovarium, rongga abdomen, maupun uterus. Keadaan-keadaan yang memungkinkan terjadinya kehamilan ektopik adalah penyakit radang panggul, pemakaian antibiotika pada penyakit radang panggul, pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim IUD (*Intra Uterine Device*), riwayat kehamilan ektopik sebelumnya, infertilitas, kontrasepsi yang memakai progestin dan tindakan aborsi ⁽⁴⁾.

Gejala yang muncul pada kehamilan ektopik terganggu tergantung lokasi dari implantasi. Dengan adanya implantasi dapat meningkatkan vaskularisasi di tempat tersebut dan berpotensi menimbulkan ruptur organ, terjadi perdarahan masif, infertilitas, dan kematian. Hal ini dapat mengakibatkan meningkatnya angka mortalitas dan morbiditas Ibu jika tidak mendapatkan penanganan secara tepat dan cepat ⁽⁴⁾.

Insiden kehamilan ektopik terganggu semakin meningkat pada semua wanita terutama pada mereka yang berumur lebih dari 30 tahun. Selain itu, adanya kecenderungan pada kalangan wanita untuk menunda kehamilan sampai usia yang cukup lanjut menyebabkan angka kejadiannya semakin berlipat ganda ⁽⁵⁾.

Kehamilan ektopik terganggu menyebabkan keadaan gawat pada reproduksi yang sangat berbahaya. ⁽⁶⁾. Berdasarkan data dari *The Centers for Disease Control and Prevention* menunjukkan bahwa kehamilan ektopik di Amerika Serikat meningkat drastis pada 15 tahun terakhir. Menurut data statistik pada tahun 1989, terdapat 16 kasus kehamilan ektopik terganggu dalam 1000 persalinan ⁽⁶⁾. Menurut hasil penelitian yang dilakukan *Cunningham* pada tahun 1992 dilaporkan kehamilan ektopik terganggu ditemukan 19,7 dalam 100 persalinan ⁽⁵⁾.

Dari penelitian yang dilakukan *Budiono Wibowo* di RSUP Cipto Mangunkusumo (RSUPCM) Jakarta pada tahun 1987 dilaporkan 153 kehamilan ektopik terganggu dalam 4007 persalinan, atau 1 dalam 26 persalinan. Ibu yang mengalami kehamilan

ektopik terganggu tertinggi pada kelompok umur 20-40 tahun dengan umur rata-rata 30 tahun. Frekuensi kehamilan ektopik yang berulang dilaporkan berkisar antara 0% sampai 14.6% ⁽¹⁾. Kasus kehamilan ektopik terganggu di RSUP dr. M. Djamil Padang selama 3 tahun (tahun 1992-1994) ditemukan 62 kasus dari 10.612 kehamilan ⁽⁴⁾.

Menurut data yang diperoleh dari di Ruang Camar III bagian Rawat Inap Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, kasus kehamilan ektopik menduduki peringkat ke-8 dari 10 kasus Ginekologi terbanyak pada tahun 2004.

Beranjak dari hal tersebut di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai gambaran kasus kehamilan ektopik terganggu di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka timbul pertanyaan yang hendak dijawab, yaitu :

1. Berapa angka kejadian kehamilan ektopik terganggu di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dalam periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 ?
2. Berapa angka kejadian kehamilan ektopik terganggu ditinjau dari umur ibu di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dalam periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 ?
3. Berapa angka kejadian kehamilan ektopik terganggu ditinjau dari paritas ibu di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dalam periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 ?
4. Dimanakah lokasi implantasi terbanyak dari kehamilan ektopik terganggu pada ibu yang dirawat di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dalam periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 ?
5. Bagaimana luaran Ibu pada penderita kehamilan ektopik terganggu yang dirawat di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dalam periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 ?

Berdasarkan hal di atas penulis merumuskan masalah sebagai berikut :
“Bagaimana gambaran kasus kehamilan ektopik terganggu di bagian Obstetri dan

Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005
?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran kasus kehamilan ektopik terganggu di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui angka kejadian kehamilan ektopik terganggu di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005.
2. Mengetahui distribusi umur penderita kehamilan ektopik terganggu di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005.
3. Mengetahui distribusi paritas Ibu pada penderita kehamilan ektopik terganggu di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005.
4. Mengetahui distribusi lokasi kehamilan ektopik terganggu pada penderita kehamilan ektopik terganggu di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005.
5. Mengetahui luaran Ibu dengan kehamilan ektopik terganggu saat keluar dari RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005.

1.4. Manfaat Penelitian

1. Sebagai sarana belajar dalam mengaplikasikan ilmu yang telah didapat selama kuliah ke dalam permasalahan yang ada di tengah masyarakat serta menambah wawasan ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat tentang faktor penyebab serta pencegahan kehamilan ektopik.
2. Memberikan gambaran mengenai kasus kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 sebagai masukan bagi aparat yang terkait dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan

dan sebagai pertimbangan dalam pengelolaan di Rumah Sakit sehingga dapat menurunkan angka kematian Ibu.

3. Sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Histologi

2.1.1 Uterus

Uterus berbentuk seperti buah pir yang sedikit gepeng ke arah muka belakang, ukurannya sebesar telur ayam dan mempunyai rongga. Dindingnya terdiri dari otot-otot polos. Ukuran panjang uterus adalah 7-7,5 cm, lebar 5,25 cm dan tebal dinding 1,25 cm⁽⁶⁾.

Letak uterus dalam keadaan fisiologis adalah anteversiofleksi. Uterus terdiri dari fundus uteri, korpus dan serviks uteri. Fundus uteri adalah bagian proksimal dari uterus, disini kedua tuba falopii masuk ke uterus. Korpus uteri adalah bagian uterus yang terbesar, pada kehamilan bagian ini mempunyai fungsi utama sebagai tempat janin berkembang. Rongga yang terdapat di korpus uteri disebut kavum uteri. Serviks uteri terdiri atas pars vaginalis serviks uteri dan pars supravaginalis serviks uteri. Saluran yang terdapat pada serviks disebut kanalis servikalis⁽⁴⁾.

Secara histologis uterus terdiri atas tiga lapisan⁽⁴⁾:

- 1) Endometrium atau selaput lendir yang melapisi bagian dalam
- 2) Miometrium, lapisan tebal otot polos
- 3) Perimetrium, peritoneum yang melapisi dinding sebelah luar. Endometrium terdiri atas sel epitel kubis, kelenjar-kelenjar dan jaringan dengan banyak pembuluh darah yang berkelok.

Endometrium melapisi seluruh kavum uteri dan mempunyai arti penting dalam siklus haid pada seorang wanita dalam masa reproduksi. Dalam masa haid endometrium sebagian besar dilepaskan kemudian tumbuh lagi dalam masa proliferasi dan selanjutnya dalam masa sekretorik. Lapisan otot polos di sebelah dalam berbentuk sirkuler, dan di sebelah luar berbentuk longitudinal. Diantara lapisan itu terdapat lapisan otot oblik, berbentuk anyaman, lapisan ini paling penting pada persalinan karena sesudah plasenta lahir, kontraksi kuat dan menjepit pembuluh darah. Uterus ini sebenarnya mengapung dalam rongga pelvis dengan jaringan ikat dan ligamentum yang menyokongnya untuk terfiksasi dengan baik⁽⁴⁾.

2.1.2 Tuba Falopii

Tuba falopii terdiri atas ⁽⁴⁾:

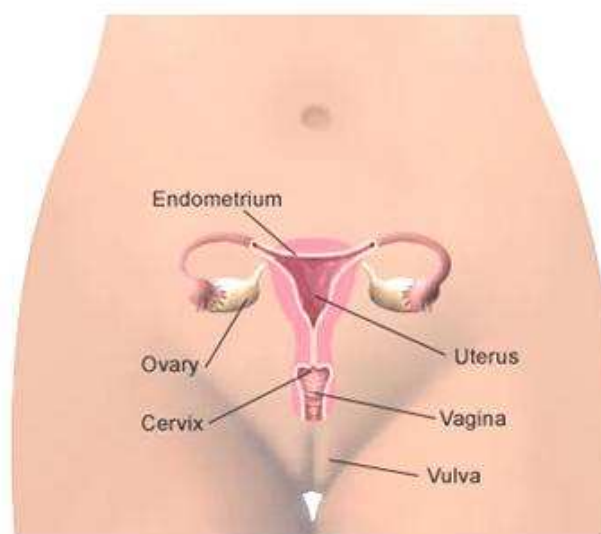
- 1) Pars intersisialis, bagian yang terdapat pada dinding uterus.
- 2) Pars isthmika, bagian medial tuba yang seluruhnya sempit.
- 3) Pars ampularis, bagian yang berbentuk saluran agak lebar, tempat konsepsi terjadi.
- 4) Infundibulum, bagian ujung tuba yang terbuka ke arah abdomen dan mempunyai fimbrae.

2.1.3 Fimbrae

Fimbrae penting artinya bagi tuba untuk menangkap telur kemudian disalurkan ke dalam tuba. Bagian luar tuba diliputi oleh peritoneum viseral yang merupakan bagian dari ligamentum latum. Otot dinding tuba terdiri atas (dari luar ke dalam) otot longitudinal dan otot sirkuler. Lebih ke dalam lagi didapatkan selaput yang berlipat-lipat dengan sel-sel yang bersekresi dan bersilia yang khas, berfungsi untuk menyalurkan telur atau hasil konsepsi ke arah kavum uteri dengan arus yang ditimbulkan oleh getaran silia tersebut ⁽⁴⁾.

2.1.4 Ovarium

Ovarium kurang lebih sebesar ibu jari tangan dengan ukuran panjang sekitar 4 cm, lebar dan tebal kira-kira 1,5 cm. Setiap bulan 1-2 folikel akan keluar yang dalam perkembangannya akan menjadi folikel de Graaf ⁽⁴⁾.



Gambar 2. 1 Anatomi alat reproduksi wanita ⁽⁷⁾.

2.2 Kehamilan Ektopik Terganggu

2.2.1 Definisi

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang tempat implantasi/ nidasi/ melekatnya buah kehamilan di luar tempat yang normal, yakni di luar rongga rahim ^(2,4,8). Sedangkan yang disebut sebagai kehamilan ektopik terganggu adalah suatu kehamilan ektopik yang mengalami abortus ruptur pada dinding tuba ⁽⁹⁾.

2.2.2 Etiologi

Etiologi kehamilan ektopik terganggu telah banyak diselidiki, tetapi sebagian besar penyebabnya tidak diketahui. *Trijatmo Rachimhadhi* dalam bukunya menjelaskan beberapa faktor yang berhubungan dengan penyebab kehamilan ektopik terganggu ⁽²⁾:

1. Faktor mekanis

Hal-hal yang mengakibatkan terhambatnya perjalanan ovum yang dibuahi ke dalam kavum uteri, antara lain:

- Salpingitis, terutama endosalpingitis yang menyebabkan aglutinasi silia lipatan mukosa tuba dengan penyempitan saluran atau pembentukan kantong-kantong buntu. Berkurangnya silia mukosa tuba sebagai akibat infeksi juga menyebabkan implantasi hasil zigot pada tuba falopii.
- Adhesi peritubal setelah infeksi pasca abortus/ infeksi pasca nifas, apendisitis, atau endometriosis, yang menyebabkan tertekuknya tuba atau penyempitan lumen
- Kelainan pertumbuhan tuba, terutama divertikulum, ostium asesorius dan hipoplasi. Namun ini jarang terjadi
- Bekas operasi tuba memperbaiki fungsi tuba atau terkadang kegagalan usaha untuk memperbaiki patensi tuba pada sterilisasi
- Tumor yang merubah bentuk tuba seperti mioma uteri dan adanya benjolan pada adneksia
- Penggunaan IUD

2. Faktor Fungsional

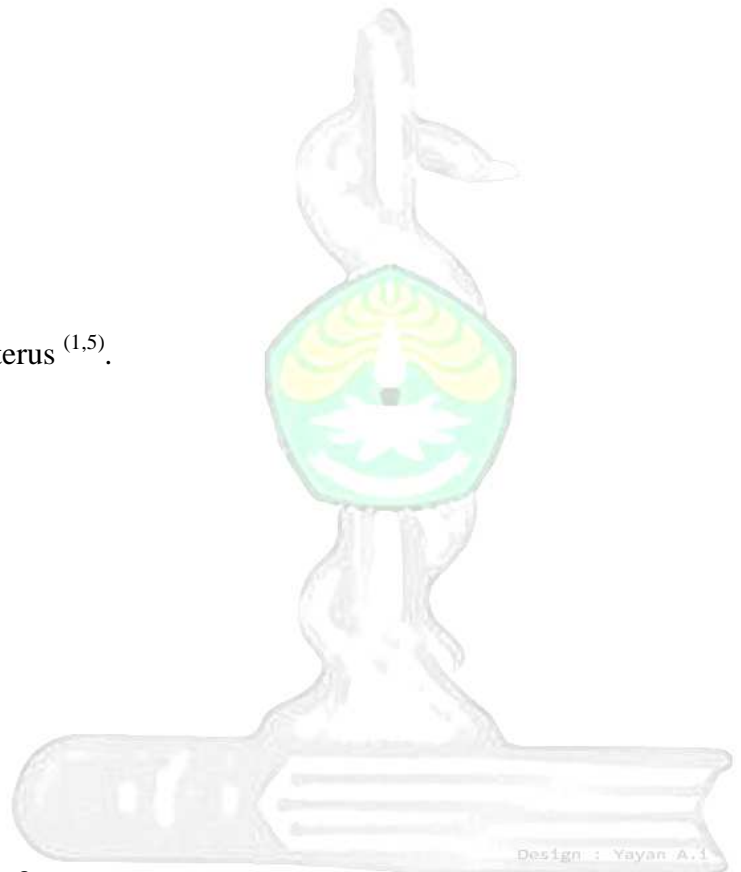
- Migrasi eksternal ovum terutama pada kasus perkembangan duktus mulleri yang abnormal
- Refluks menstruasi

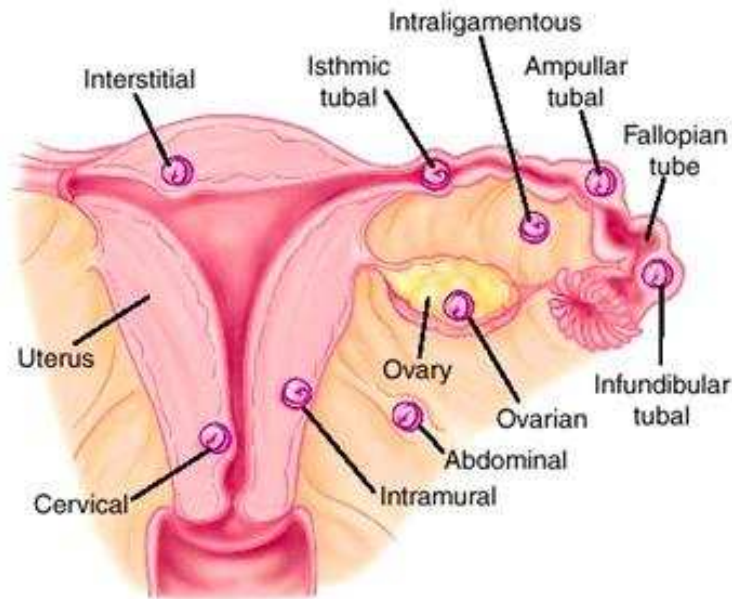
- Berubahnya motilitas tuba karena perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron
3. Peningkatan daya penerimaan mukosa tuba terhadap ovum yang dibuahi.
 4. Hal lain seperti; riwayat KET dan riwayat abortus induksi sebelumnya ⁽²⁾.

2.2.3 Klasifikasi

Sarwono Prawirohardjo dan *Cunningham* masing-masing dalam bukunya mengklasifikasikan kehamilan ektopik berdasarkan lokasinya antara lain ^(1,5):

1. Tuba Fallopii
 - a) Pars-interstisialis
 - b) Isthmus
 - c) Ampula
 - d) Infundibulum
 - e) Fimbrae
2. Uterus
 - a) Kanalis servikalis
 - b) Divertikulum
 - c) Kornu
 - d) Tanduk rudimenter
3. Ovarium
4. Intraligamenter
5. Abdominal
 - a) Primer
 - b) Sekunder
6. Kombinasi kehamilan dalam dan luar uterus ^(1,5).





Gambar 2. 2 Gambar lokasi kehamilan ektopik ⁽¹⁰⁾.

2.2.4 Epidemiologi

Sebagian besar wanita yang mengalami kehamilan ektopik berumur antara 20-40 tahun dengan umur rata-rata 30 tahun. Lebih dari 60% kehamilan ektopik terjadi pada wanita 20-30 tahun dengan sosio-ekonomi rendah dan tinggal didaerah dengan prevalensi gonore dan prevalensi tuberkulosa yang tinggi. Pemakaian antibiotik pada penyakit radang panggul dapat meningkatkan kejadian kehamilan ektopik terganggu. Diantara kehamilan-kehamilan ektopik terganggu, yang banyak terjadi ialah pada daerah tuba (90%) ⁽⁴⁾.

Antibiotik dapat mempertahankan terbukanya tuba yang mengalami infeksi tetapi perlengketan menyebabkan pergerakan silia dan peristaltik tuba terganggu sehingga menghambat perjalanan ovum yang dibuahi dari ampula ke rahim dan berimplantasi ke tuba ⁽⁴⁾.

Penelitian *Cunningham* Di Amerika Serikat melaporkan bahwa kehamilan ektopik terganggu lebih sering dijumpai pada wanita kulit hitam dari pada kulit putih karena prevalensi penyakit peradangan pelvis lebih banyak pada wanita kulit hitam. Frekuensi kehamilan ektopik terganggu yang berulang adalah 1-14,6% ⁽⁵⁾.

Di negara-negara berkembang, khususnya di Indonesia, pada RSUP Pringadi Medan (1979-1981) frekuensi 1:139, dan di RSUPN Cipto Magunkusumo Jakarta (1971-1975) frekuensi 1:24 ⁽⁶⁾, sedangkan di RSUP. DR. M. Djamil Padang (1997-1999) dilaporkan frekuensi 1:110 ⁽¹¹⁾.

Kontrasepsi IUD juga dapat mempengaruhi frekuensi kehamilan ektopik terhadap persalinan di rumah sakit. Banyak wanita dalam masa reproduksi tanpa faktor predisposisi untuk kehamilan ektopik membatasi kelahiran dengan kontrasepsi, sehingga jumlah persalinan turun, dan frekuensi kehamilan ektopik terhadap kelahiran secara relatif meningkat. Selain itu IUD dapat mencegah secara efektif kehamilan intrauterin, tetapi tidak mempengaruhi kejadian kehamilan ektopik ⁽⁴⁾.

Menurut penelitian *Abdullah* dan kawan-kawan (1995-1997) ternyata paritas 0-3 ditemukan peningkatan kehamilan ektopik terganggu. Pada paritas >3-6 terdapat penurunan kasus kehamilan ektopik terganggu ⁽¹²⁾. *Cunningham* dalam bukunya menyatakan bahwa lokasi kehamilan ektopik terganggu paling banyak terjadi di tuba (90-95%), khususnya di ampulla tuba (78%) dan isthmus (2%). Pada daerah fimbriae (5%), intersisial (2-3%), abdominal (1-2%), ovarium (1%), servikal (0,5%) ⁽⁵⁾.

2.2.5 Patogenesis

Proses implantasi ovum di tuba pada dasarnya sama dengan yang terjadi di kavum uteri. Telur di tuba bernidasi secara kolumnar atau interkolumnar. Pada nidasi secara kolumnar telur bernidasi pada ujung atau sisi jonjot endosalping. Perkembangan telur selanjutnya dibatasi oleh kurangnya vaskularisasi dan biasanya telur mati secara dini dan direabsorpsi. Pada nidasi interkolumnar, telur bernidasi antara dua jonjot endosalping. Setelah tempat nidasi tertutup maka ovum dipisahkan dari lumen oleh lapisan jaringan yang menyerupai desidua dan dinamakan pseudokapsularis. Karena pembentukan desidua di tuba malahan kadang-kadang sulit dilihat vili khorealis menembus endosalping dan masuk kedalam otot-otot tuba dengan merusak jaringan dan pembuluh darah. Perkembangan janin selanjutnya tergantung dari beberapa faktor, yaitu; tempat implantasi, tebalnya dinding tuba dan banyaknya perdarahan yang terjadi oleh invasi trofoblas ⁽⁴⁾.

Di bawah pengaruh hormon estrogen dan progesteron dari korpus luteum graviditi dan trofoblas, uterus menjadi besar dan lembek, endometrium dapat berubah menjadi desidua ⁽⁴⁾. Beberapa perubahan pada endometrium yaitu; sel epitel membesar, nukleus hipertrofi, hiperkromasi, lobuler, dan bentuknya ireguler. Polaritas menghilang dan nukleus yang abnormal mempunyai tendensi menempati sel luminal. Sitoplasma mengalami vakuolisasi seperti buih dan dapat juga terkadang ditemui mitosis. Perubahan endometrium secara keseluruhan disebut sebagai reaksi *Arias-Stella* ⁽²⁾.

Setelah janin mati, desidua dalam uterus mengalami degenerasi kemudian dikeluarkan secara utuh atau berkeping-keping. Perdarahan yang dijumpai pada kehamilan ektopik terganggu berasal dari uterus disebabkan pelepasan desidua yang degeneratif⁽¹⁾.

Sebagian besar kehamilan tuba terganggu pada umur kehamilan antara 6 sampai 10 minggu. Karena tuba bukan tempat pertumbuhan hasil konsepsi, tidak mungkin janin tumbuh secara utuh seperti dalam uterus. Beberapa kemungkinan yang mungkin terjadi adalah^(1,4,13):

1. Hasil konsepsi mati dini dan diresorpsi

Pada implantasi secara kolumna, ovum yang dibuahi cepat mati karena vaskularisasi yang kurang dan dengan mudah diresorpsi total.

2. Abortus ke dalam lumen tuba

Perdarahan yang terjadi karena terbukanya dinding pembuluh darah oleh vili korialis pada dinding tuba di tempat implantasi dapat melepaskan mudigah dari dinding tersebut bersama-sama dengan robeknya pseudokapsularis. Segera setelah perdarahan, hubungan antara plasenta serta membran terhadap dinding tuba terpisah bila pemisahan sempurna, seluruh hasil konsepsi dikeluarkan melalui ujung fimbriae tuba ke dalam kavum peritonium. Dalam keadaan tersebut perdarahan berhenti dan gejala-gejala menghilang.

3. Ruptur dinding tuba

Penyebab utama dari ruptur tuba adalah penembusan dinding vili korialis ke dalam lapisan muskularis tuba terus ke peritoneum. Ruptur tuba sering terjadi bila ovum yang dibuahi berimplantasi pada isthmus dan biasanya terjadi pada kehamilan muda. Sebaliknya ruptur yang terjadi pada pars-intersisialis pada kehamilan lebih lanjut. Ruptur dapat terjadi secara spontan, atau yang disebabkan trauma ringan seperti pada koitus dan pemeriksaan vagina^(1,4,13).

2.2.6 Gambaran Klinik

Gambaran klinik dari kehamilan ektopik terganggu tergantung pada lokasinya⁽⁴⁾. Tanda dan gejalanya sangat bervariasi tergantung pada ruptur atau tidaknya kehamilan tersebut⁽¹⁴⁾. Adapun gejala dan hasil pemeriksaan laboratorium antara lain⁽⁵⁾:

a. Keluhan gastrointestinal

Keluhan yang paling sering dikemukakan oleh pasien kehamilan ektopik terganggu adalah nyeri pelvis. *Dorfman* menekankan pentingnya keluhan gastrointestinal dan

vertigo atau rasa pening. Semua keluhan tersebut mempunyai keragaman dalam hal insiden terjadinya akibat kecepatan dan taraf perdarahannya di samping keterlambatan diagnosis.

b. Nyeri tekan abdomen dan pelvis

Nyeri tekan yang timbul pada palpasi abdomen dan pemeriksaan, khususnya dengan menggerakkan servik, dijumpai pada lebih dari tiga per empat kasus kehamilan ektopik sudah atau sedang mengalami ruptur, tetapi kadang-kadang tidak terlihat sebelum ruptur terjadinya.

c. Amenore

Riwayat amenore tidak ditemukan pada seperempat kasus atau lebih. Salah satu sebabnya adalah karena pasien menganggap perdarahan pervaginam yang lazim pada kehamilan ektopik sebagai periode haid yang normal, dengan demikian memberikan tanggal haid terakhir yang keliru.

d. *Spotting* atau perdarahan vaginal

Selama fungsi endokrin plasenta masih bertahan, perdarahan uterus biasanya tidak ditemukan, namun bila dukungan endokrin dari endometrium sudah tidak memadai lagi, mukosa uterus akan mengalami perdarahan. Perdarahan tersebut biasanya sedikit-sedikit, berwarna coklat gelap dan dapat terputus-putus atau terus-menerus.

e. Perubahan Uterus

Uterus pada kehamilan ektopik dapat terdorong ke salah satu sisi oleh masa ektopik tersebut. Pada kehamilan ligamentum latum atau ligamentum latum terisi darah, uterus dapat mengalami pergeseran hebat. Uterine cast akan dieksresikan oleh sebagian kecil pasien, mungkin 5% atau 10% pasien. Eksresi uterine cast ini dapat disertai oleh gejala kram yang serupa dengan peristiwa ekspulsi spontan jaringan abortus dari kavum uteri.

f. Tekanan darah dan denyut nadi

Reaksi awal pada perdarahan sedang tidak menunjukkan perubahan pada denyut nadi dan tekanan darah, atau reaksinya kadang-kadang sama seperti yang terlihat pada tindakan flebotomi untuk menjadi donor darah yaitu kenaikan ringan tekanan darah atau respon vasovagal disertai bradikardi serta hipotensi.

g. Hipovolemi

Penurunan nyata tekanan darah dan kenaikan denyut nadi dalam posisi duduk merupakan tanda yang paling sering menunjukkan adanya penurunan volume darah

yang cukup banyak. Semua perubahan tersebut mungkin baru terjadi setelah timbul hipovolemi yang serius.

h. Suhu tubuh

Setelah terjadi perdarahan akut, suhu tubuh dapat tetap normal atau bahkan menurun. Suhu yang lebih tinggi jarang dijumpai dalam keadaan tanpa adanya infeksi. Karena itu panas merupakan gambaran yang penting untuk membedakan antara kehamilan tuba yang mengalami ruptura dengan salpingitis akut, dimana pada keadaan ini suhu tubuh umumnya diatas 38°C.

i. Masa pelvis

Masa pelvis dapat teraba pada $\pm 20\%$ pasien. Masa tersebut mempunyai ukuran, konsistensi serta posisi yang bervariasi. Biasanya masa ini berukuran 5-15 cm, sering teraba lunak dan elastis. Akan tetapi dengan terjadinya infiltrasi dinding tuba yang luas oleh darah masa tersebut dapat teraba keras. Hampir selalu masa pelvis ditemukan di sebelah posterior atau lateral uterus. Keluhan nyeri dan nyeri tekan kerap kali mendahului terabanya masa pelvis dalam tindakan palpasi.

j. Hematokel pelvik

Pada kehamilan tuba, kerusakan dinding tuba yang terjadi bertahap akan diikuti oleh perembesan darah secara perlahan-lahan ke dalam lumen tuba, kavum peritonium atau keduanya. Gejala perdarahan aktif tidak terdapat dan bahkan keluhan yang ringan dapat mereda, namun darah yang terus merembes akan berkumpul dalam panggul, kurang lebih terbungkus dengan adanya perlekatan dan akhirnya membentuk hematokel pelvis⁽⁵⁾.

2.2.7 Diagnosis

Gejala-gejala kehamilan ektopik terganggu beraneka ragam, sehingga pembuatan diagnosis kadang-kadang menimbulkan kesulitan, khususnya pada kasus-kasus kehamilan ektopik yang belum mengalami atau ruptur pada dinding tuba sulit untuk dibuat diagnosis⁽¹⁾.

Berikut ini merupakan jenis pemeriksaan untuk membantu diagnosis kehamilan ektopik^(1,4,8,15):

1. HCG- β

Pengukuran subunit beta dari HCG- β (*Human Chorionic Gonadotropin-Beta*) merupakan tes laboratorium terpenting dalam diagnosis. Pemeriksaan ini dapat membedakan antara kehamilan intrauterin dengan kehamilan ektopik.

2. Kuldosintesis

Tindakan kuldosintesis atau punksi Douglas. Adanya darah yang diisap berwarna hitam (darah tua) biar pun sedikit, membuktikan adanya darah di kavum *Douglasi*.

3. Dilatasi dan Kuretase

Biasanya kuretase dilakukan apabila sesudah amenore terjadi perdarahan yang cukup lama tanpa menemukan kelainan yang nyata disamping uterus.

4. Laparaskopi

Laparaskopi hanya digunakan sebagai alat bantu diagnosis terakhir apabila hasil-hasil penilaian prosedur diagnostik lain untuk kehamilan ektopik terganggu meragukan. Namun beberapa dekade terakhir alat ini juga dipakai untuk terapi.

5. Ultrasonografi

Keunggulan cara pemerikssan ini terhadap laparaskopi ialah tidak invasif, artinya tidak perlu memasukkan rongga dalam rongga perut. Dapat dinilai kavum uteri, kosong atau berisi, tebal endometrium, adanya massa di kanan kiri uterus dan apakah kavum *Douglas* berisi cairan.



Gambar 2.3 ULtrasonografi Pada KET

6. Tes Oksitosin

Pemberian oksitosin dalam dosis kecil intravena dapat membuktikan adanya kehamilan ektopik lanjut. Dengan pemeriksaan bimanual, di luar kantong janin dapat diraba suatu tumor.

7. Foto Rontgen

Tampak kerangka janin lebih tinggi letaknya dan berada dalam letak paksa. Pada foto lateral tampak bagian-bagian janin menutupi vertebra Ibu.

8. Histerosalpingografi

Memberikan gambaran kavum uteri kosong dan lebih besar dari biasa, dengan janin diluar uterus. Pemeriksaan ini dilakukan jika diagnosis kehamilan ektopik terganggu sudah dipastikan dengan USG (*Ultra Sono Graphy*) dan MRI (*Magnetic Resonance Imagine*)^(1,4,8,15).

Trias klasik yang sering ditemukan adalah nyeri abdomen, perdarahan vagina abnormal, dan amenore⁽⁴⁾.

2.2.8 Diagnosis Diferensial

Yang perlu dipikirkan sebagai diagnosis diferensial adalah⁽⁴⁾:

1. Infeksi pelvis

Gejala yang menyertai infeksi pelvik biasanya timbul waktu haid dan jarang setelah mengenai amenore. Nyeri perut bagian bawah dan tahanan yang dapat diraba pada pemeriksaan vaginal pada umumnya bilateral. Pada infeksi pelvik perbedaan suhu rektal dan ketiak melebihi 0,5 °C, selain itu leukositosis lebih tinggi daripada kehamilan ektopik terganggu dan tes kehamilan menunjukkan hasil negatif.

2. Abortus iminens/ Abortus inkomplit

Dibandingkan dengan kehamilan ektopik terganggu perdarahan lebih merah sesudah amenore, rasa nyeri yang sering berlokasi di daerah median dan adanya perasaan subjektif penderita yang merasakan rasa tidak enak di perut lebih menunjukkan ke arah abortus imminens atau permulaan abortus incipiens. Pada abortus tidak dapat diraba tahanan di samping atau di belakang uterus, dan gerakan servik uteri tidak menimbulkan rasa nyeri.

3. Tumor/ Kista ovarium

Gejala dan tanda kehamilan muda, amenore, dan perdarahan pervaginam biasanya tidak ada. Tumor pada kista ovarium lebih besar dan lebih bulat dibanding kehamilan ektopik terganggu.

4. Appendisitis

Pada appendisitis tidak ditemukan tumor dan nyeri pada gerakan servik uteri seperti yang ditemukan pada kehamilan ektopik terganggu. Nyeri perut bagian bawah pada appendisitis terletak pada titik McBurney⁽⁴⁾.

2.2.9 Terapi

Pada kehamilan ektopik terganggu, walaupun tidak selalu ada bahaya terhadap jiwa penderita, dapat dilakukan terapi konservatif, tetapi sebaiknya tetap dilakukan tindakan operasi. Kekurangan dari terapi konservatif (non-operatif) yaitu walaupun darah berkumpul di rongga abdomen lambat laun dapat diresorpsi atau untuk sebagian dapat dikeluarkan dengan kolpotomi (pengeluaran melalui vagina dari darah di kavum *Douglas*), sisa darah dapat menyebabkan perlekatan-perlekatan dengan bahaya ileus. Operasi terdiri dari salpingektomi ataupun salpingo-ooforektomi. Jika penderita sudah memiliki anak cukup dan terdapat kelainan pada tuba tersebut dapat dipertimbangkan untuk mengangkat tuba. Namun jika penderita belum mempunyai anak, maka kelainan tuba dapat dipertimbangkan untuk dikoreksi supaya tuba berfungsi ⁽⁴⁾.

Tindakan laparotomi dapat dilakukan pada ruptur tuba, kehamilan dalam divertikulum uterus, kehamilan abdominal dan kehamilan tanduk rudimenter. Perdarahan sedini mungkin dihentikan dengan menjepit bagian dari adneksia yang menjadi sumber perdarahan. Keadaan umum penderita terus diperbaiki dan darah dari rongga abdomen sebanyak mungkin dikeluarkan. Serta memberikan transfusi darah ⁽⁴⁾.

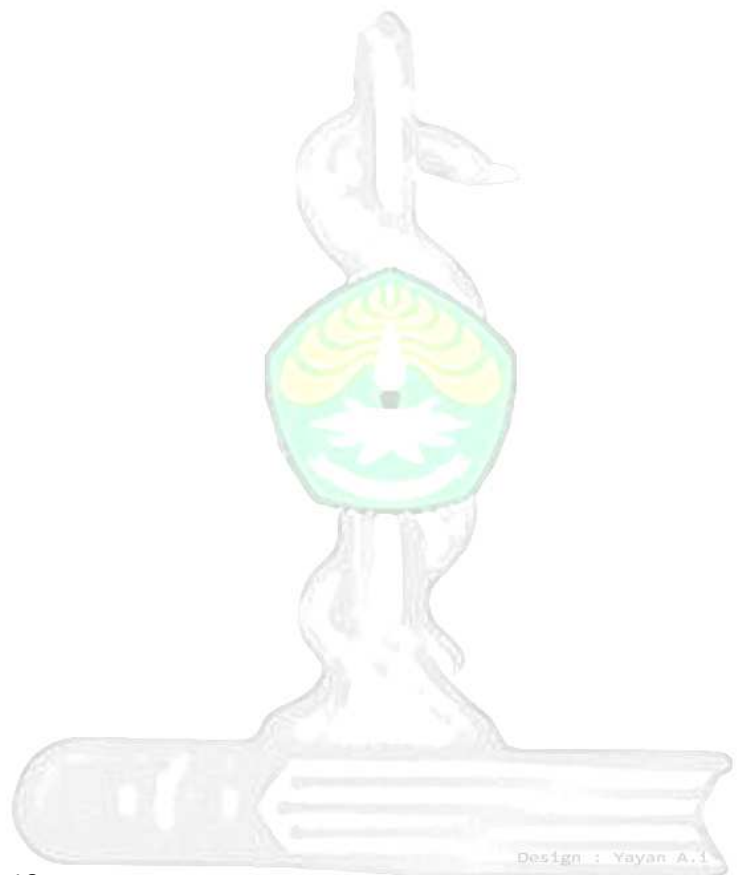
Untuk kehamilan ektopik terganggu dini yang berlokasi di ovarium bila dimungkinkan dirawat, namun apabila tidak menunjukkan perbaikan maka dapat dilakukan tindakan sistektomi ataupun oovorektomi ⁽⁵⁾. Sedangkan kehamilan ektopik terganggu berlokasi di servik uteri yang sering mengakibatkan perdarahan dapat dilakukan histerektomi, tetapi pada nulipara yang ingin sekali mempertahankan fertilitasnya diusahakan melakukan terapi konservatif ⁽⁴⁾.

2.2.10 Prognosis

Angka kematian ibu yang disebabkan oleh kehamilan ektopik terganggu turun sejalan dengan ditegakkannya diagnosis dini dan persediaan darah yang cukup. Kehamilan ektopik terganggu yang berlokasi di tuba pada umumnya bersifat bilateral. Sebagian ibu menjadi steril (tidak dapat mempunyai keturunan) setelah mengalami keadaan tersebut diatas, namun dapat juga mengalami kehamilan ektopik terganggu lagi pada tuba yang lain ⁽⁴⁾.

Ibu yang pernah mengalami kehamilan ektopik terganggu, mempunyai resiko 10% untuk terjadinya kehamilan ektopik terganggu berulang. Ibu yang sudah mengalami kehamilan ektopik terganggu sebanyak dua kali terdapat kemungkinan 50% mengalami kehamilan ektopik terganggu berulang ⁽¹⁶⁾.

Ruptur dengan perdarahan intraabdominal dapat mempengaruhi fertilitas wanita. Dalam kasus-kasus kehamilan ektopik terdapat 50-60% kemungkinan wanita steril. Dari sebanyak itu yang menjadi hamil kurang lebih 10% mengalami kehamilan ektopik berulang ⁽¹⁾.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif retrospektif, yaitu pengumpulan data dengan melihat kebelakang (*backward looking*). Dengan melihat dan mencatat kembali data rekam medik pasien yang pernah dirawat di bagian obstetri dan ginekologi RSUD Arifin Achmad periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2006 sampai dengan bulan Januari 2007. Penelitian dilaksanakan di bagian Rekam Medik RSUD Arifin Achmad Pekanbaru.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Semua penderita kasus ginekologi yang dirawat di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005.

3.3.2 Sampel

Semua penderita kehamilan ektopik terganggu di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dalam periode 1 Januari 2002-31 Desember 2006.

3.4 Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi

3.4.1 Kriteria Inklusi

Semua penderita yang dirawat di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru yang telah didiagnosis post-operatif sebagai penderita kehamilan ektopik terganggu oleh dokter ahli obstetri dan ginekologi dalam periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 dan memiliki catatan rekam medik yang di dalamnya mencakup variabel penelitian yaitu:

1. Jumlah kasus kehamilan ektopik terganggu
2. Umur Ibu
3. Paritas Ibu
4. Lokasi terjadinya kehamilan ektopik terganggu
5. Luaran Ibu saat keluar dari RSUD Arifin Achmad Pekanbaru

3.4.2 Kriteria Eksklusi

Semua penderita yang tidak memiliki catatan rekam medik yang lengkap.

3.5 Pengumpulan Data

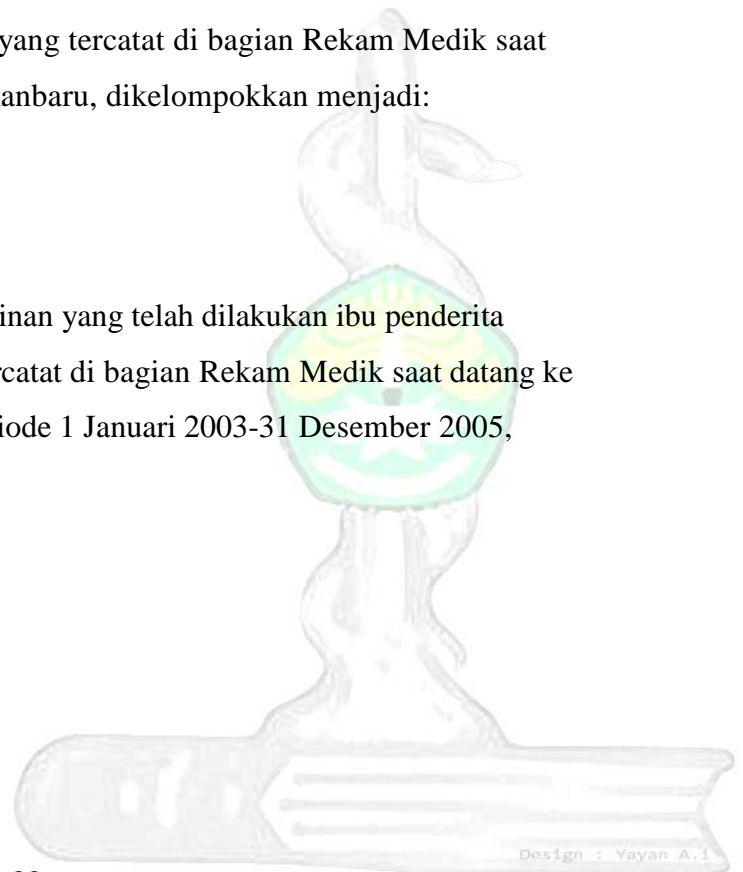
Data dikumpulkan dengan melihat kembali semua catatan medik tentang kasus kehamilan ektopik terganggu yang tercatat di bagian Rekam Medik RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005.

3.6 Pengolahan dan Penyajian Data

Data dikumpulkan dan diolah secara manual, kemudian disajikan dalam bentuk diagram dan tabel distribusi frekuensi.

3.7 Definisi Operasional

1. Kehamilan etopik terganggu adalah semua kasus penyakit kandungan yang telah didiagnosis post-operatif oleh dokter ahli obstetri dan ginekologi sebagai kehamilan ektopik terganggu.
2. Jumlah kasus kehamilan ektopik terganggu adalah jumlah total kasus kehamilan ektopik yang tercatat di bagian Rekam Medik di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005.
3. Umur Ibu adalah usia (dalam tahun) yang tercatat di bagian Rekam Medik saat datang ke RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, dikelompokkan menjadi:
 - a. 15-24
 - b. 25-34
 - c. 35-44
4. Paritas adalah frekuensi proses persalinan yang telah dilakukan ibu penderita kehamilan ektopik terganggu yang tercatat di bagian Rekam Medik saat datang ke RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005, dikelompokkan menjadi:
 - a. 0
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
 - e. 4
 - f. 5



g. ≥ 6

5. Lokasi kehamilan ektopik terganggu adalah tempat implantasi hasil konsepsi yang diketahui setelah dilakukan tindakan operasi, dikelompokkan menjadi:
 - a. Ampulla tuba
 - b. Intersisial tuba
 - c. Infundibulum tuba
 - d. Isthmus tuba
 - e. Kornu uterus
 - f. Salfing
 - g. Ovarium
 - h. Adneksa
6. Keadaan ibu setelah penatalaksanaan dikelompokkan menjadi :
 - a) Sembuh
 - b) Meninggal



BAB IV HASIL PENELITIAN

Setelah dilakukan penelitian di bagian Rekam Medik dapat di ketahui angka kejadian kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dalam periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 yang dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1 Distribusi angka kejadian kehamilan ektopik di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005

Tahun	Frekuensi Persalinan	Frekuensi Kehamilan Ektopik	Persentase (%)
2003	2399	47	1,95
2004	2502	44	1,75
2005	2597	42	1,61
Jumlah	7498	133	1,77

Dari tabel 4.1 diketahui bahwa angka kejadian kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad pada tahun 2003 yaitu sebanyak 47 kasus kehamilan ektopik terganggu (1,95%) dari 2399 persalinan, pada tahun 2004 yaitu sebanyak 44 kasus kehamilan ektopik terganggu (1,75%) dari 2502 persalinan, dan pada tahun 2005 sebanyak 42 kasus kehamilan ektopik terganggu (1,61%) dari 2597 persalinan. Jadi terdapat 133 kasus kehamilan ektopik terganggu (1,77%) dari 7498 persalinan selama 3 tahun.

Berdasarkan umur dari penderita kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 diperlihatkan pada tabel 4.2 berikut:

Tabel 4.2 Distribusi umur penderita kehamilan ektopik di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005

Umur (Tahun)	Frekuensi Kehamilan Ektopik	Persentase (%)
>20	0	0,00
20-24	25	18,80
25-29	29	21,80
30-34	54	40,60
≥ 35	25	18,80

Jumlah	133	100,00
--------	-----	--------

Dari tabel 4.2 terlihat bahwa terdapat variasi umur penderita kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005. Pada umur 20-24 tahun terdapat 25 orang (18,79%), pada umur 25-29 tahun terdapat 29 orang (21.80%) dan umur lebih atau sama dengan 35 tahun sebanyak 25 orang (18,79%). Penderita kehamilan ektopik terganggu yang terbanyak terdapat pada umur 30-34 tahun, yaitu sebanyak 54 orang (40,60%). Tidak ditemukan penderita kehamilan ektopik terganggu pada umur di bawah 20 tahun.

Berdasarkan paritas Ibu penderita kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 diperlihatkan pada tabel 4.3 berikut :

Tabel 4.3 Distribusi paritas penderita kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005

Paritas Ibu	Frekuensi Kehamilan Ektopik	Persentase (%)
0	39	29,33
1	47	35,34
2	26	19,55
3	12	9,02
4	4	3,00
5	3	2,26
≥ 6	2	1,50
Jumlah	133	100,00

Dari tabel 4.3 terlihat bahwa kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 dengan paritas penderita 0 sebanyak 39 orang (29,33%), paritas penderita 1 sebanyak 47 orang (35,34%), paritas penderita 2 sebanyak 26 orang (19,55%), paritas penderita 3 sebanyak 12 orang (9.02%), paritas penderita 4 sebanyak 4 orang (3,00%), paritas penderita 5 sebanyak 3 orang (2,26%), dan paritas penderita yang lebih atau sama dengan 6 sebanyak 2 orang (1,50%).

Berdasarkan lokasi implantasi hasil konsepsi pada penderita kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.4 Distribusi lokasi implantasi hasil konsepsi pada penderita kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005

Lokasi	Jumlah Sampel	Persentase (%)
Ampula Tuba	110	82,70
Intersisial tuba	1	0,75
Infundibulum tuba	2	1,50
Ismus tuba	4	3,00
Kornu uterus	2	1,50
Salfing	7	5,26
Ovarium	5	3,76
Adneksa	2	1,50
Jumlah	133	100,00

Dari tabel 4. 4 di atas terlihat bahwa lokasi kehamilan ektopik terganggu pada daerah tuba sebanyak 98 (82,70%), intersisial tuba sebanyak 1 (0.75%), infundibulum tuba sebanyak 2 (1.50%), ismus tuba sebanyak 4 (3,00%), kornu uterus sebanyak 2 (1.50%), salfing sebanyak 7 (5,26%), ovarium sebanyak 5 (3,76%), dan pada adneksa sebanyak 2 (1,50%).

Berdasarkan keadaan ibu saat keluar dari rumah sakit pada penderita kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 diperlihatkan pada tabel 4.5 berikut:

Tabel 4.5 Distribusi keadaan ibu saat keluar dari rumah sakit pada penderita kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005

Keadaan Ibu	Sampel (n)	Persentase (%)
Sembuh	131	98,50
Meninggal	2	1,50
Jumlah	133	100,00

Dari tabel 4.5 diketahui bahwa 2 orang (1,50%) dari penderita kehamilan ektopik terganggu yang meninggal saat keluar dari RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 dan sebanyak 131 orang (98,50%) sembuh.



BAB V

PEMBAHASAN

Pada periode 1 Januari 2003-31 Desember 2005 didapatkan bahwa pada tahun 2003 terdapat 47 kasus (1,95%) kehamilan ektopik terganggu dari 2399 persalinan, tahun 2004 terdapat 44 kasus kehamilan ektopik terganggu (1,75%) dari 2502 persalinan, dan pada tahun 2005 terdapat 42 kehamilan ektopik terganggu (1,61%) dari 2597 persalinan. Jadi terdapat 133 kasus (1,77%) kehamilan ektopik terganggu dari 7498 persalinan selama 3 tahun.

Dari tabel 4.2 terlihat bahwa berdasarkan usia penderita ternyata frekuensi tertinggi didapatkan pada kelompok umur 30-34 tahun (40,60%), diikuti oleh kelompok umur 25-29 tahun (21,80%), kelompok umur 20-24 tahun (18,79%), kelompok umur ≥ 35 tahun (18,79%), dan tidak dijumpai kasus kehamilan ektopik terganggu yang terjadi pada kelompok umur < 20 . Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Trijatmo Racimhadhi di RSUP Cipto Mangunkusumo yang mengatakan bahwa wanita yang mengalami kehamilan ektopik terganggu berumur antara 20-40 tahun dengan umur rata-rata 30 tahun, dimana saat wanita berada pada tingkat kesuburan yang tinggi. ⁽⁴⁾.

Pada tabel 4.3 terlihat bahwa sebahagian besar kasus kehamilan ektopik terganggu terjadi pada ibu-ibu dengan paritas 1 (35,34%), diikuti oleh paritas 0 (29,33%), paritas 2 (19,55%), paritas 3 (9,02%), paritas 4 (3,00%), paritas 5 (2,26%), dan paritas ≥ 6 (1,50%). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Abdullah (1997) yang menyatakan bahwa frekuensi terjadinya kehamilan ektopik terganggu terbanyak pada ibu-ibu dengan paritas 0-3.

Pada tabel 4. 4 terlihat bahwa lokasi kehamilan ektopik terganggu terbanyak terdapat pada daerah ampula tuba (73,68%), diikuti dengan ampula tuba (9,02%), salping (5,26), ovarium (3,76%), ismus tuba (3,00%), infundibulum tuba dan adneksa (1,50%), serta daerah intersisial tuba (0,75%). Hal yang sama juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Fridsto (1999) yang menyatakan bahwa lokasi kehamilan ektopik terganggu terbanyak dijumpai pada daerah ampula tuba.

Dari data yang diperoleh dari bagian rekam medik RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dalam periode 1 Januari 2003 – 31 Desember 2005 yang diperlihatkan pada tabel 4.5 bahwa 1.5 % ibu dengan kehamilan ektopik terganggu meninggal dunia.

Disini terlihat bahwa pentingnya penatalaksanaan dan diagnosis yang dini dari kasus-kasus kehamilan ektopik terganggu untuk dapat mengurangi tingginya angka kematian Ibu pada penderita kehamilan ektopik terganggu.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Dari penelitian yang telah dilakukan di bagian Rekam Medik RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, dapat disimpulkan:

1. Selama 3 tahun (1 Januari 2003-31 Desember 2005) ditemukan 133 kasus kehamilan ektopik terganggu dari 7498 persalinan sehingga didapatkan insiden kehamilan ektopik terganggu sebanyak 1.77%.
2. Frekuensi tertinggi penderita kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad terdapat pada umur 30-34 tahun yaitu sebanyak 40.60% ditinjau dari umur penderita.
3. Frekuensi tertinggi penderita kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad terdapat pada ibu-ibu dengan paritas 1 sebanyak 35,34% ditinjau dari paritas penderita.
4. Lokasi kehamilan ektopik terganggu di RSUD Arifin Achmad terbanyak adalah di pars ampularis sebanyak 73,68%.
5. Dari seluruh pasien penderita kehamilan ektopik terganggu ditemukan 1.50% meninggal dunia.

6.2 Saran

Mengingat kehamilan ektopik terganggu merupakan kasus darurat di bidang Ginekologi dan ancaman yang ditimbulkan terhadap penderita, penulis menyarankan:

1. Meningkatkan kualitas pendidikan, serta keterampilan tenaga-tenaga kesehatan agar dapat menegakkan diagnosis kehamilan ektopik terganggu lebih dini sehingga diharapkan dapat mengurangi angka kematian ibu.
2. Pada setiap ibu hamil diberikan penjelasan tentang gejala-gejala yang timbul akibat kehamilan yang tidak normal sehingga dapat segera memeriksakan kehamilannya di Puskesmas atau rumah sakit terdekat.
3. Ibu-ibu yang mempunyai faktor-faktor resiko untuk terjadinya kehamilan ektopik terganggu agar waspada dan selalu memeriksakan kehamilannya kepada tenaga ahli secara teratur.

4. Jika penderita sudah punya anak yang cukup sesuai dengan program KB yaitu 2 anak saja dan terdapat kelainan pada tuba, maka dapat dipertimbangkan untuk melakukan sterilisasi agar dapat mencegah berulangnya kehamilan ektopik terganggu.
5. Pencatatan status di RSUD Arifin Achmad diharapkan dapat lebih lengkap jelas dan teliti sehingga mempermudah untuk penelitian selanjutnya.



DAFTAR PUSTAKA

1. Prawirohardjo S, Hanifa W. Gangguan Bersangkutan dengan Konsepsi. Dalam: Ilmu Kandungan, edisi II. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo, 2005; 250-8.
2. Rachimhadhi T. Kehamilan Ektopik. Dalam : Ilmu Bedah Kebidanan. Edisi I. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo, 2005; 198-10.
3. Robbins SL, Kumar V. Sistem Genitalia Wanita dan Payudara (kehamilan Ektopik). Dalam : Buku Ajar Patologi II. Edisi IV. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC. 1997; 374-15
4. Wibowo B, Rachimhadhi T. Kehamilan Ektopik. Dalam : Ilmu Kebidanan. Edisi III. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo, 2002; 362-85
5. Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NF. Kehamilan Ektopik. Dalam: Obstetri William (William's Obstetri). Edisi XVIII. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2005; 599-26.
6. Jones HW. Ectopic Pregnancy. In: Novak's Text Book of Gynecology. 3rd Edition. Baltimore, Hongkong, London, Sydney: William & Wilkins. 1997; 883-05.
7. UAB Health System [Online Database] 2006 September [2007 May 2] Available from URL: <http://www.health.uab.edu/default.aspx?pid=65626>
8. Moechtar R. Kelainan Letak Kehamilan (Kehamialan Ektopik). Dalam: Sinopsis Obstetri, Obstetri Fisiologis dan Obstetri Patologis. Edisi II. Jakarta: Penerbit Buku kedokteran EGC. 1998; 226-37
9. Polan ML, Wheeler JM. Kehamilan Ektopik (Diagnosis dan Terapi). Dalam: Seri Skema Diagnosis dan Penatalaksanaan Infertilitas. Edisi I. Jakarta: Bina Rupa Aksara. 1997; 102-5
10. Farlex. The Free Dictionary. [Online Database] 2007 January [2007 May 23] Available from URL: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/interstitial+pregnancy>
11. Fridsto Z. Kehamilan Ektopik di RSUP. DR. M. Djamil Padang selama 3 Tahun (1 Januari 1997-31 Desember 1999). Skripsi. Padang: Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, 2000.
12. Abdullah F, Bakar E, Salin J. Kehamilan Ektopik Terganggu di RSUP Dr. M. Djamil padang selama 3 tahun (1 Januari 1995-31 Desember 1997). Universitas Andalas, Padang, 1997
13. Mansjoer A, Triyanti K, Savitri R. Kehamilan Ektopik. Dalam: Kapita Selekta Kedokteran Jilid I. Edisi III. Jakarta: Media Aesculapius. 2001; 267-70
14. Saifiddin AB, Wiknjosastro H, Kehamilan Ektopik Terganngu. Dalam: Buku Panduan praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Edisi I. Editor: Affandi B, Waspododo B. Jakarta: yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2002; 15-6
15. E Medicine Health [Online Database] 2005 October [2007 April 28] Available from URL:

<http://www.emedicinehealth.com/script/main/art.asp?articlekey=58753&page=1#Ectopic%20Pregnancy%20Overview>

16. Schwart SI, Shires TS. Kehamilan Ektopik. Dalam: Intisari Prinsip-Prinsip Ilmu Bedah. Edisi VI. Editor: Spencer FC. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2000; 599-06
17. MayoClinic.com [Online Database] 2006 Desember [2007 May 7] Available from URL: <http://www.mayoclinic.com/health/ectopicpregnancy/DS00622/DSECTION=4>

