

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS LAMPUNG



ISSN 2339-1227

MEDULA

Medical Profession Journal of Lampung University

**Volume 5 No 2
Agustus 2016**

MEDULA
ISSN 2339-1227
Medical Profession Journal of Lampung
Volume 5, Nomor 2, Agustus 2016

DEWAN PENYUNTING

Pengarah

Muhartono
Asep Sukohar
Fitria Saftarina
Betta Kurniawan
Anggraini Janar Wulan
Hanna Mutiara

Ketua

Nurul Hasanah

Wakil Ketua

Mutiara Kartiko Putri

Sekretaris

Ahmad Farishal

Bendahara

Iffat Taqiyyah

Ketua Penyunting

Ayu Indah Rachmawati

Penyunting Pelaksana

Ade Triajayanti	Nicholas Alfa
Dessy Nurlita	Nidya Tiaz Putri
Elma Rosa Vidia	Riestya Abdiana
Fernanda Kusumawardani	Sutria Nirda Syati
Firdha Yossi Chani	Vermitia

Homepage

<http://jukeunila.com/medical-profession-journal-of-lampung/>

Email

medula.unila@gmail.com

Alamat

Sekretariat BEM, Gedung B Lantai 3 Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Jl. Prof.
Soemantri Brojonegoro No. 1, Bandar Lampung, Lampung, Indonesia

PEDOMAN BAGI PENULIS

...

Medical Profesion Journal of Lampung (MEDULA) Universitas Lampung merupakan jurnal publikasi ilmiah yang terbit setiap enam bulan dengan menggunakan sistem *peer review* untuk seleksi artikel. *Medical Profesion Journal of Lampung* (MEDULA) dapat menerima artikel penelitian asli yang relevan dengan bidang kedokteran dan kesehatan, meta-analisis, laporan kasus, penyebar ilmu kedokteran, editorial, dan surat kepada dewan redaksi dengan ketentuan sebagai berikut:

Artikel Penelitian

Artikel penelitian asli dalam ilmu kedokteran dasar, terapan, dan kesehatan. Format artikel penelitian terdiri atas judul, abstrak (Indonesia dan Inggris), pendahuluan, metode, hasil, pembahasan, simpulan, dan daftar pustaka.

Meta-analisis

Merupakan kaji ulang artikel-artikel (*review*) mengenai masalah ilmu kedokteran dan kesehatan mutakhir dengan topik yang sama. Format meta-analisis terdiri atas judul, abstrak (Indonesia dan Inggris), pendahuluan, metode, hasil, pembahasan, simpulan, dan daftar pustaka.

Laporan Kasus

Artikel mengenai kasus dalam bidang ilmu kedokteran dan kesehatan yang perlu disebarluaskan. Format laporan kasus terdiri atas judul, abstrak (Indonesia dan Inggris), pendahuluan, kasus, hasil, pembahasan, simpulan, dan daftar pustaka.

Tinjauan Pustaka

Artikel yang mengulas berbagai hal mutakhir. Format terdiri atas judul, abstrak (Indonesia dan Inggris), pendahuluan, isi, simpulan, ringkasan, dan daftar pustaka.

Editorial

Membahas berbagai masalah ilmu kedokteran dan kesehatan yang menjadi topik di kalangan kedokteran dan kesehatan.

Surat Kepada Redaksi

Sarana komunikasi pembaca dengan redaksi dan pembaca lain yang dapat berisi komentar, sanggahan, atau opini mengenai isi artikel MEDULA sebelumnya atau untuk selanjutnya.

PETUNJUK UMUM

...

Untuk menghindari duplikasi, *Medical Profesion Journal of Lampung* (MEDULA) tidak menerima artikel yang sudah dipublikasikan atau sedang diajukan kepada majalah lain, dengan menandatangani surat pernyataan. Penulis harus memastikan bahwa semua penulis pembantu telah menyetujui. Bila diketahui artikel telah dimuat pada jurnal lain, maka pada *Medical Profesion Journal of Lampung* (MEDULA) edisi selanjutnya artikel akan dianulir.

Semua artikel akan dibahas oleh para pakar dalam bidang keilmuan yang sesuai (*peer review*) dan dewan redaksi. Artikel yang perlu perbaikan dikembalikan kepada penulis, Artikel penelitian harus memperoleh persetujuan komite etik atau mempertimbangkan aspek etika penelitian yang dapat dipertanggungjawabkan.

Penulis Artikel

Artikel diketik 1 spasi pada kertas A4, dengan jarak dari tepi kiri 3 cm serta atas, kanan, dan bawah 2 cm. Jumlah halaman maksimal 10 lembar, jenis huruf *Calibri* ukuran 11. Setiap halaman di beri nomor secara berurutan dimulai dari halaman judul sampai halaman terakhir.

Halaman judul

Halaman judul berisi judul artikel dalam bahasa Indonesia dan Inggris font 14 *Calibri* dengan Kapital setiap awal kata. Nama penulis ditulis lengkap tanpa gelar dan berurutan, serta lembaga afiliasi penulis dengan jenis huruf *Calibri* ukuran 12. Judul artikel singkat dan jelas.

Abstrak dan Kata Kunci

Abstrak untuk setiap artikel ditulis dalam bahasa Indonesia dan Inggris dengan jenis huruf *Calibri* ukuran 9. Bentuk abstrak tidak terstruktur dengan jumlah maksimal 250 kata, ditulis ringkas dan jelas sesuai dengan format *introduction, methods, results and discussion* (IMRAD) dalam bentuk narasi dalam satu paragraf. Pilih 3-5 buah

kata kunci yang dapat membantu penyusunan indeks dan urutannya berdasarkan abjad.

Tabel

Tabel disusun sistematis pada naskah. Setiap tabel harus diberi judul singkat di bagian atas, rata tengah cetak tebal, jenis huruf *Calibri* ukuran 10. Isi tabel ditulis dengan jenis huruf *Calibri* ukuran 10 spasi 1. Tempatkan penjelasan dan singkatan pada keterangan di bawah tabel dengan jenis huruf *Calibri* ukuran 8. Jumlah tabel maksimal 5 buah.

Foto/Gambar

Foto dan gambar disusun pada naskah. Foto orang disajikan sedemikian rupa sehingga tidak dapat dikenali. Gambar yang pernah dipublikasikan harus diberi acuan menurut *Vancouver*. Foto/gambar harus diberi nomor urut sesuai dengan pemunculan dalam teks, judul ditulis singkat di bagian bawah, rata tengah cetak tebal, jenis huruf *Calibri* ukuran 10. Jumlah foto/gambar maksimal 5 buah.

Metode Statistik

Jelaskan metode statistik yang digunakan secara rinci pada bagian metode.

Ucapan Terima Kasih

Bila diperlukan ucapan terima kasih dapat diberikan kepada kontributor penelitian tanpa menuliskan gelar.

Daftar Pustaka

Rujukan ditulis sesuai aturan penulisan yang dikeluarkan oleh Tim *Medical Profesion Journal of Lampung* (MEDULA). Jumlah rujukan minimal 7. Khusus sumber jurnal dari terbitan 15 tahun terakhir, dianjurkan merujuk artikel dari *Medical Profesion Journal of Lampung* (MEDULA). Rujukan dari jurnal dianjurkan sebanyak 80%, sisanya berasal dari buku ajar, monograf, prosiding, skripsi, tesis, dan disertasi.

Contoh cara menuliskan rujukan:

Artikel Jurnal Cetak

Haas AN, de Castro GD, Moreno T, Susin C, Albandar JM, Oppermann RV, et al. Azithromycin as a adjunctive treatment of aggressive periodontitis: 12-months randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2008; 35(8):696-704.

Artikel Jurnal Online

Tasdemir T, Yesilyurt C, Ceyhanli KT, Celik D, Er K. Evaluation of apical filling after root canal filling by 2 different techniques. *J Can Dent Assoc* [internet]. 2009 [disitasi tanggal 14 Juni 2009]; 75(3):1-5. Tersedia dari: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19356318>

Artikel Website Dengan Pengarang

Fehrenbach MJ. Dental hygiene education [internet]. USA: Fehrenbach and Associates; 2000 [diperbarui tanggal 2 Mei 2009; disitasi tanggal 15 Juni 2009]. Tersedia dari: <http://www.dhed.net/main.html>

Artikel Website Tanpa Pengarang

ADHA, oral health associations urge for regular oral cancer exams [internet]. Chicago: American Dental Hygienists' Association; 2015 [disitasi tanggal 17 April 2015]. Tersedia dari: http://www.adha.org/resources-docs/ADHA_Oral_Cancer_Press_Release_4-13-15.pdf

Volume dengan Suplemen

Van Spornsen FJ, Huijbregts SC, Bosch AM, Leuzzi V. Cognitive, neurophysiological, neurological and psychosocial outcomes in early-treated PKU-patients: a start toward standardizer outcome measurement across development. *Mol Genet Metab*. 2011; 104(Suppl 1):S45-51.

Edisi dengan Suplemen

Dietz CA, Nyberg CR. Genital, oral, and anal human papillomavirus infection in men who have sex with men. *J Am Osteopath Assoc*. 2011; 111(3 Suppl 2):S19-25.

Buku dan Monograf Lain Penulis Perorangan

Mason J. *Concepts in dental public health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

Editor (Penyuting) sebagai Penulis Perorangan

Ireland R, editor. *Clinical textbook of dental hygiene and therapy*. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006.

Buku Penulis/Editor Lebih dari 6

Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al., editor. *Harrison's principles of internal medicine*. Edisi ke-17. New York: McGraw Hill; 2008.

Organisasi sebagai Penulis

Canadian Dental Hygienists Association. *Dental hygiene: definition and scope*. Ottawa: Canadian Dental Hygienists Association; 1995.

Bab dalam Buku

Alexander RG. Considerations in creating a beautiful smile. Dalam: Romano R, editor. *The art of the smile*. London: Quintessence Publishing; 2005. hlm. 187-210.

Prosiding/Konferensi

Nicolai T. Homeopathy. *Proceedings of the Workshop Alternative Medicines*; 2011 Nov 30; Brussels. Belgium: ENVI; 2011

Makalah dalam Konferensi

Trilly P, Lu K, Mu X. Predicting modality from text queries for medical image retrieval. Dalam: Cao Y, Kalpathy-Cramer J, Unay D, editors. *MMAR'11: proceeding of the 2011 international ACM workshop on medical multimedia analysis and retrieval*; 2011 Nov 28-Des 01; Arizona, USA. New York: ACM. hlm. 7-12

Disertasi

Suprpto. *Penjatuhan pidana mati terhadap pelaku tindak pidana narkoba dan psicotropika di Indonesia dalam perspektif hak asasi manusia berdasarkan UUD 1945 [disertasi]*. Bandung: Universitas Padjadjaran; 2011.

Cara Pengiriman Artikel

Penulis mengirim artikel disertai surat pengantar yang ditujukan kepada penanggung jawab redaksi dengan alamat:

MEDULA

Medical Profesion Journal of Lampung (MEDULA)

Redaksi Jurnal Medula

Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
Jalan Prof. Soemantri Brojonegoro No. 1,
Bandar Lampung, Indonesia. 35145.

...

Telp/Fax (0721) 7691197

Home Page: <http://jukeunila.com/medical-profession-journal-of-lampung/>

Email: medula.unila@gmail.com



MEDULA
ISSN 2339-1227
Medical Profession Journal of Lampung
Volume 5, Nomor 2, Agustus 2016

Daftar Isi
Laporan Kasus

KEHAMILAN EKTOPIK DI ABDOMEN <i>Arri Kurniawan, Hanna Mutiara</i>	1-4
WANITA USIA 35 TAHUN DENGAN SKIZOFRENIA PARANOID REMISI PARSIAL <i>Aryati Pratama Putri, Tri Umiana Solehah</i>	5-8
PENATALAKSANAAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DENGAN HIPERKOLESTEROLEMIA PADA SEORANG PRIA USIA 60 TAHUN DENGAN PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA <i>Bayu Raditya, Muhammad Aditya</i>	9-17
HIPEREMESIS GRAVIDARUM DAN ABORTUS IMINENS PADA KEHAMILAN TRIMESTER PERTAMA <i>Dea Lita Barozha, Ety Apriliana Pertiwi</i>	18-21
INDIKASI TONSILEKTOMI PADA LAKI-LAKI USIA 19 TAHUN DENGAN TONSILITIS KRONIS <i>Fariz Fadhly Tanjung, Mukhlis Imanto</i>	23-25
TATALAKSANA FARMAKOLOGI DIABETES MELITUS TIPE 2 PADA WANITA LANSIA DENGAN KADAR GULA TIDAK TERKONTROL <i>Ferina Dwi Marinda, Jhons Fatriyadi Suwandi, Aila Karyus</i>	26-32
TINDAK KESUSILAAN PADA ANAK DI BAWAH UMUR <i>Karimah Ihda Husnayain, Winda Trijayanthi Utama</i>	33-40
PERAN DUKUNGAN KELUARGA DALAM MENCEGAH NEUROPATI PERIFER <i>Kartika Yuana Fitri, Nurul Utami</i>	41-47
SEORANG PEREMPUAN BERUSIA 60 TAHUN DENGAN DELUSIONAL PARASITOSIS <i>Magista Vivi Anisa, Hanna Mutiara</i>	48-52
TATA LAKSANA DEMAM TIFOID TANPA KOMPLIKASI PADA WANITA HAMIL TRIMESTER PERTAMA: PERAN INTERVENSI DOKTER KELUARGA <i>Sakinah, Dwi Indria Anggraini</i>	53-58



SKIZOAFEKTIF TIPE CAMPURAN <i>Miranda Rades, Anggraeni Janar Wulan</i>	58-62
GANGGUAN CEMAS MENYELURUH <i>Okta Diferiansyah, Tendry Septa, Rika Lisiswanti</i>	63-68
PENATALAKSANAAN KASUS BARU TUBERKULOSIS PARU PADA WANITA USIA 30 TAHUN <i>Raissa Ulfah Fadillah, Diah Wulan Sumekar Rengganis Wardani</i>	69-74
LELAKI 50 TAHUN DENGAN TUBERKULOSIS PARU <i>Ratih Nur Indah Siregar, Efrida Warganegara</i>	75-80
LAKI-LAKI 24 TAHUN DENGAN ULKUS KORNEA DAN PROLAPS IRIS OCULI DEXTRA <i>Ririn Rahayu MS, Anggraeni Janar Wulan</i>	81-85
UPAYA PENGELOLAAN DISPEPSIA DENGAN PENDEKATAN PELAYANAN DOKTER KELUARGA <i>Robby Pardiansyah, Muhammad Yusran</i>	86-90
PENATALAKSANAAN TUBERKULOSIS PARU KASUS LALAI PENGOBATAN PADA WANITA USIA 25 TAHUN DI KELURAHAN KARANG ANYAR <i>Rozi K Warganegara, Ety Apriliana</i>	91-97
PENATALAKSANAAN HIPERTENSI URGENSI PADA WANITA LANSIA DENGAN DUKUNGAN KELUARGA YANG KURANG <i>Sri Puji Hartini, Fitria Saftarina</i>	98-102
PRIA 59 TAHUN DENGAN KARSINOMA PENIS <i>Tanti Yossela, Muhartono</i>	102-107
PENATALAKSANAAN ARTRITIS GOUT DAN HIPERTENSI PADA LANSIA 70 TAHUN DENGAN PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA <i>Tiara Anggraini, Dian Isti Anggraini</i>	108-113
STROKE HEMORAGIK E.C HIPERTENSI GRADE II <i>Zuryati Toiyiba Qurbany, Adityo Wibowo</i>	114-118



Kehamilan Ektopik Di Abdomen

Arri Kurniawan, Hanna Mutiara
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Kehamilan ektopik merupakan masalah kesehatan pada wanita usia reproduktif yang hasil konsepsinya berimplantasi di luar endometrium. Salah satu varian dari kehamilan ektopik adalah kehamilan ektopik abdominal. Penegakan diagnosis kehamilan abdominal bukanlah hal yang mudah, dibutuhkan ketelitian yang tinggi. Riwayat klinis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan laboratorium tidak menunjukkan gejala yang khas. Pemeriksaan penunjang yang menjadi pilihan adalah ultrasonography (USG) dan pemeriksaan Human Chorionic Gonadotropin (HCG) urin maupun serum. Begitu diagnosis kehamilan abdominal ditegakkan, dianjurkan untuk segera dilakukan operasi, mengingat tingginya risiko yang dapat dialami penderita dan kecilnya kemungkinan janin dapat bertahan hidup secara normal. Kewaspadaan terhadap kehamilan abdomen sangatlah penting mengingat tingginya angka morbiditas dan mortalitas pada perempuan yang mengalami hal tersebut.

Kata kunci: abdominal ultrasonography, kehamilan abdominal, kehamilan ektopik

Abdominal Ectopic Pregnancy

Abstract

Ectopic pregnancy is a public health problem in women of reproductive age, which the conceptus implantation outside of endometrium. One of ectopic pregnancy is in abdominal. Diagnosis of abdominal pregnancy is not easy, it takes a high accuracy. Clinical history, physical examination, support examination and laboratory did not show typical symptom. The choice of support examination is ultrasonography (USG) and examination of Human Chorionic Gonadotropin (HCG) urine or serum. If diagnosis of abdominal pregnancy is established, it is recommended to immediately do the operation, because the high risk that can be experienced by patients and little chance of the fetus can survive normally. Awareness of abdominal pregnancy is important, high rates of morbidity and mortality in women who come through about it.

Keywords: abdominal pregnancy, abdominal ultrasonography, ectopic pregnancy

Korespondensi : Arri Kurniawan, S.Ked., alamat Bandar Lampung, HP 082376767555, e-mail ary.fk09@gmail.com

Pendahuluan

Kehamilan ektopik merupakan masalah kesehatan bagi wanita pada usia reproduktif karena merupakan penyebab utama kematian pada trimester pertama kehamilan di Amerika Serikat, yaitu 9% dari seluruh kematian pada kehamilan. Frekuensi kehamilan ektopik adalah 1% dari seluruh kehamilan dan 90% kasus terjadi pada tuba fallopi. Selain di tuba fallopi, kehamilan ektopik dapat juga terjadi di ovarium, serviks, atau rongga abdomen.

Penyebab terjadinya kehamilan ektopik melibatkan banyak faktor. Secara teoritis, semua faktor yang mengganggu migrasi embrio ke dalam rongga endometrium dapat menyebabkan kehamilan ektopik. Obstruksi merupakan penyebab dari separuh kasus kehamilan ektopik. Obstruksi dapat terjadi karena inflamasi kronik, tumor intrauterin, dan endometriosis. Komplikasi kehamilan ektopik sering terjadi karena salah diagnosis, keterlambatan diagnosis, atau kesalahan terapi. Komplikasi terburuk kehamilan ektopik

adalah ruptur uteri atau tuba, yang dapat menyebabkan terjadinya perdarahan masif, syok, *Disseminated Intravascular Coagulation* (DIC), dan kematian.^{2,3}

Diagnosis klinik kehamilan ektopik dapat ditegakkan dari ditemukannya trias klinik klasik, yaitu nyeri abdomen, amenore, dan perdarahan vagina. Akan tetapi pada kenyataannya hanya 50% penderita yang menunjukkan trias klinik klasik. Nyeri abdomen dialami oleh 75% penderita, sedangkan perdarahan vagina hanya didapatkan pada 40-50% penderita. Kehamilan ektopik harus didiagnosis banding dengan apendisitis, salpingitis, ruptur kista korpus luteum atau kista folikel ovarium, aborsi spontan atau aborsi iminens, torsi ovarium, dan gangguan traktus urinarius. Gejala kehamilan ektopik hanya menyerupai gejala-gejala hamil muda.¹

Kehamilan abdominal merupakan salah satu jenis kehamilan ektopik yang memiliki



resiko paling tinggi dibandingkan dengan kehamilan ektopik di tempat lain. Frekuensi kehamilan abdominal 1:10.000 kelahiran hidup. Angka kematian pada kehamilan abdominal adalah 7,7 kali bila dibandingkan dengan kehamilan tuba dan 90 kali dari kehamilan *intrauterine*.² Kehamilan abdominal merupakan diagnosis klinik kehamilan ektopik yang paling sulit ditegakkan, padahal kehamilan abdominal membutuhkan penanganan sesegera mungkin. Kesalahan dan keterlambatan diagnosis akan sangat meningkatkan mortalitas pada kehamilan abdominal.³ Diagnosis kehamilan abdominal umumnya baru ditegakkan setelah dilakukan laparotomi, hanya kurang dari separuh kasus kehamilan abdominal yang dapat ditegakkan sebelum laparotomi.^{4,5}

Kasus

Seorang perempuan berusia 30 tahun datang ke unit gawat darurat (UGD) Rumah Sakit Abdoel Moeloek Bandar Lampung dengan keluhan sakit pada perut bagian bawah sejak satu malam sebelum masuk rumah sakit. Hari pertama haid terakhir (HPHT) perempuan tersebut 42 hari sebelum mengalami keluhan.

Hasil pemeriksaan fisik dan didapatkan konjungtiva anemis (+)/(+). Hasil pemeriksaan dalam dengan *vaginal touche* (VT) didapatkan nyeri goyang portio (+). Kemudian dilakukan pemeriksaan kuldosintesis dengan hasil (+). Setelah dicurigai mengalami kehamilan ektopik, dilakukan pemeriksaan penunjang USG abdomen dan laboratorium.

Hasil pemeriksaan USG didapatkan tampak banyak cairan bebas di subdiafragma kanan dan kiri, *hepatorenal space*, sampai abdomen bawah. Tampak massa kompleks di posterior kavum douglas yang diduga bekuan darah. Uterus antefleksi, tidak membesar, batas agak suram, kavum uteri tidak melebar. Tidak tampak *gestational sach* di dalamnya. Organ abdomen lain dalam batas normal. Kesimpulan pemeriksaan USG adalah banyak cairan bebas intraperitoneal disertai massa kompleks di posterior uterus yang diduga bekuan darah. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan tes kehamilan (HCG) positif, Hb 7.8g/dl, Hematokrit 23%.

Berdasarkan dari hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, pasien didiagnosis kehamilan ektopik terganggu (KET)

abdomen.

Pembahasan

Pada prinsipnya, kehamilan ektopik disebabkan oleh segala hal yang menghambat perjalanan zigot menuju kavum uteri. Faktor mekanis yang menghambat adalah infeksi rongga panggul, perlekatan tuba akibat operasi non ginekologis seperti apendektomi, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), ligasi tuba yang tidak sempurna, teknik-teknik reproduktif misalnya fertilisasi *in vitro* dan penggunaan obat-obatan untuk menginduksi ovulasi.⁶ Faktor fungsional yang juga berperan adalah perubahan motilitas tuba yang berhubungan dengan faktor hormonal, defek fase luteal dan meningkatnya usia seorang perempuan.

Kehamilan abdominal merupakan salah satu varian dari kehamilan ektopik yang jarang dijumpai tetapi mengancam jiwa. Hal tersebut terjadi bila *gestational sach* berimplantasi di luar uterus, ovarium, dan tuba fallopi. Kehamilan abdominal dapat dibagi menjadi dua, yaitu kehamilan abdominal primer dan kehamilan abdominal sekunder. Kehamilan abdominal primer lebih jarang terjadi dibanding yang sekunder. Penegakan diagnosis kehamilan ektopik abdominal harus memenuhi kriteria, tuba fallopi dan ovarium dalam keadaan normal, tidak adanya fistula dari uterus yang ruptur, perlekatan hasil konsepsi hanya pada peritoneum.^{1,5,7,9}

Kehamilan abdominal sekunder terjadi bila plasenta dari kehamilan di tuba, kornu dan uterus meluas dan melekat pada jaringan serosa sekitarnya.¹ Secara khas kehamilan abdominal berawal dari kehamilan ektopik lainnya yang menyebar keluar dari tuba dan melekat pada jaringan di sekitarnya. Selain itu, dapat juga terjadi akibat ruptur bekas insisi seksio caesaria. Untuk mendiagnosis kehamilan abdominal bukanlah hal yang mudah. Langkah pertama adalah dengan anamnesa, pada kehamilan abdominal primer bila ditemukan gejala nyeri atau kram pada abdomen dan perdarahan vagina kita harus curiga, sayangnya tidak semua perempuan menunjukkan gejala yang khas seperti itu.^{1,4}

Pada kasus ini, penderita datang dengan keluhan nyeri pada abdomen, tetapi tidak mengalami perdarahan pervaginam. Pada kehamilan abdominal sekunder tanda yang harus kita curigai adalah nyeri perut yang



berulang, mual muntah yang terjadi pada trimester kedua dan ketiga, gerakan janin yang menimbulkan rasa sakit pada ibu, bagian janin mudah diraba dan presentasi janin yang tidak normal.⁶

Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan serum dan urin HCG. Pemeriksaan kadar HCG serial dapat membedakan kehamilan ektopik dengan kehamilan intrauterin normal. Pada usia kehamilan 6-7 minggu, kadar HCG serum meningkat dua kali lipat pada kehamilan intrauterin normal. Peningkatan $\leq 66\%$ dijumpai pada 85% kehamilan yang *nonviable*. Bila pada pemeriksaan ultrasonografi ditemukan kavum uteri yang kosong, hal tersebut menandakan adanya kehamilan ektopik. Tetapi pemeriksaan serial tersebut tidak memberi keuntungan klinis karena memperlambat penegakkan diagnosis, berakibat tingginya komplikasi yang dapat terjadi. Pemeriksaan kadar serum progesteron juga dapat membedakan kehamilan intrauterin normal dan kehamilan yang abnormal, kadar serum progesteron yang terlalu tinggi atau terlalu rendah curiga adanya kehamilan ektopik. Dari sebuah studi yang besar, kadar progesteron >25 ng/ml menyingkirkan diagnosis kehamilan ektopik dengan sensitifitas 97,4%. Kadar progesteron ≤ 5 ng/ml menyingkirkan kehamilan intrauterin normal dengan sensitivitas 100%.

Progesteron juga bermanfaat untuk menentukan prognosis, bila kadarnya <10 ng/ml dan kadar HCG <1500 IU/ml menandakan resolusi spontan dari kehamilan ektopik. Pada kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan kadar HCG dan progesteron kuantitatif, hanya dilakukan pemeriksaan HCG kualitatif. Pemeriksaan ultrasonography sangat membantu dalam penegakkan diagnosis, terlebih bila dikombinasi dengan pemeriksaan HCG, untuk konfirmasi adanya *gestational sach intrauterine*, kelemahan USG abdomen pada kehamilan awal sulit untuk memvisualisasi adanya *gestational sach*, tetapi dengan adanya USG transvaginal yang memiliki resolusi yang lebih tinggi sehingga kehamilan intrauterin sudah dapat terlihat 24 hari pascaovulasi atau 38 hari setelah menstruasi terakhir, dimana satu minggu lebih awal dari USG abdomen.^{9,10} Pada kasus ini hasil pemeriksaan USG abdomen menunjukkan tidak adanya *gestational sach*

didalam uterus, terlihat juga adanya massa kompleks yang dicurigai sebagai bekuan darah, sehingga bermanfaat untuk membuat diagnosis kerja secara cepat dan dapat dilakukan tindakan yang tepat.

Untuk menentukan tatalaksana kehamilan abdominal ada beberapa hal yang harus dipertimbangkan, yaitu komplikasi yang dialami ibu, kelainan kongenital janin, usia kehamilan, ketersediaan fasilitas perawatan neonatus. Janin yang sudah meninggal menjadi indikasi untuk melakukan operasi, untuk menghindari resikoinfeksi, perdarahan, dan DIC.⁴

Jika janin masih hidup, harus segera dilakukan laparotomi karena risiko terlepasnya plasenta dan terjadinya perdarahan yang hebat. Tapi bila usia kehamilan di atas 24 minggu, keadaan ibu dan janin baik, operasi dapat ditunda untuk memberi waktu bagi janin menjadi lebih matang, tetapi harus dilakukan observasi yang ketat untuk mengantisipasi terjadinya perdarahan, yang dapat mengancam jiwa penderita. Pada kasus ini dilakukan laparotomi, dengan pertimbangan ibu yang sudah mengalami keluhan nyeri pada abdomen, hasil laboratorium dengan nilai Hb dan Ht yang rendah menandakan adanya perdarahan, hasil *ultrasonography* didapatkan massa kompleks di posterior uterus dicurigai perdarahan. Tindakan tersebut dinilai tepat karena dapat mencegah terjadinya komplikasi yang lebih lanjut pada ibu. Bagaimana tatalaksana plasenta pada kehamilan abdominal masih menjadi perdebatan. Pelepasan plasenta sebagian dapat mengakibatkan perdarahan yang hebat. Pengangkatan plasenta secara utuh dilakukan hanya bila pembuluh darah yang mendarahi plasenta tersebut dapat diidentifikasi dan dilakukan ligasi. Regresi total plasenta akan terjadi sempurna dalam waktu 4 bulan.

Pemberian *methotrexate* untuk mempercepat involusi plasenta tidak dianjurkan karena degradasi jaringan plasenta secara cepat dapat menyebabkan akumulasi dari jaringan nekrotik, dimana merupakan media yang ideal bagi pertumbuhan bakteri dan terjadinya sepsis.^{7,9,11} Pada kasus ini masalah penanganan plasenta tidak menjadi kendala karena usia kehamilan yang masih sangat muda yaitu 33 hari berdasarkan perhitungan mens terakhir, pada usia



kehamilan tersebut plasenta belum terbentuk.^{7,9}

Kesimpulan

Kehamilan abdominal merupakan kasus yang jarang terjadi namun beresiko tinggi bagi penderita baik infeksi, sepsis, perdarahan, syok, DIC, maupun kematian. Resiko bagi janin adalah kelainan kongenital janin dan kematian janin. Sehingga kewaspadaan terhadap terjadinya kehamilan abdominal dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas penderita. Pada kasus ini, penegakan diagnosis pasien sudah tepat dan didukung dengan tatalaksana yang diberikan juga sudah tepat, sehingga mampu mencegah komplikasi dan risiko tinggi.

Daftar Pustaka

1. Sepilian VP, Wood E. Ectopic pregnancy [internet]. New York: Medscape; 2015 [diakses pada mei 2016]; tersedia dari: <http://www.emedicine.medscape.com/article/2041923-overview>.
2. Kumar V, Abbas AK, Aster J. Robbins basic pathology. Edisi ke-9. USA: Elsevier; 2013.
3. Tay JI, Moore J, Walker JJ. Ectopic pregnancy. West J Med. 2000; 173(2):131-4.
4. Kun KY, Wong PY, Ho MW, Tai CM, Ng TK. Abdominal pregnancy presenting as a missed abortion at 16 weeks gestation. Hong Kong Med J. 2000; 6(4):425-7.
5. Klatt EC. Robbin and cotran atlas of pathology. Edisi ke-3. Philadelphia: Elsevier; 2014.
6. Galluzzo RN, Cardoso GM, Santos ML. Abdominal pregnancy. [Place unknown]: [Publisher unknown]; 2006 [diakses pada mei 2016]; Tersedia dari: <https://sonoworld.com/fetus/page.aspx?id=1671>.
7. Scheid DC, Ramakrishnan K. Determining ectopic pregnancy risk using progesterone levels. Am Fam Physician [internet]. 2006. [Diakses pada Mei 2016]; 1;73(11):1892. Tersedia dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16770919>.
8. Jazayeri A, Davis TA, Contreras DN. Diagnosis and management of abdominal pregnancy: a case report. J Reprod Med [internet]. 2002 [diakses pada juni 2016]; 47(12):1047-9. Tersedia dari: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12516328>
9. Huang K, Song L, Lu Y, Wang L, Gao Z, Meng Y. Advanced abdominal pregnancy: an increasingly challenging clinical concern for obstetricians. Int J Clin Exp Pathol. 2014; 7(9):5461-72.
10. Radhakrishnan K. Radiological case: intra-abdominal pregnancy. J Pract Med Imaging & Manage [internet]. 2015. [diakses pada juni 2016]; Tersedia dari: <http://www.appliedradiology.com/articles/radiological-case-intra-abdominal-pregnancy>.