

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Istilah abortus dipakai untuk menunjukkan pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum viabel, disertai atau tanpa pengeluaran hasil konsepsi. Menurut WHO, abortus didefinisikan sebagai penghentian kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, pada usia kehamilan <20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Cunningham, et al., 2010). Abortus menurut kejadiannya dapat dibagi atas abortus spontan dan abortus provokatus (Abdul, et al., 2009), dan dalam perjalanan klinisnya abortus spontan dapat diklasifikasikan menjadi abortus imminens, abortus insipiens, abortus inkomplit, abortus komplit, *missed abortion*, abortus habitualis dan abortus septik (DeCherney, et al., 2007).

Abortus adalah komplikasi yang umum dari kehamilan dimana sekitar 15% hingga 25% wanita beresiko mengalami abortus (Porter, et al., 2008) (Graziosi, et al., 2004). Dengan mempergunakan pemeriksaan *human chorionic gonadotropin* (hCG) untuk mendeteksi abortus subklinis, persentasenya meningkat menjadi 31% (Griebel, et al., 2005). Sekitar 80% abortus spontan terjadi pada trimester pertama, insidennya menurun seiring dengan bertambahnya umur kehamilan. Pada wanita yang pernah mengalami abortus sebelumnya sebanyak satu kali, angka abortus spontan pada kehamilan berikutnya adalah sebesar 20%, pada wanita yang mengalami abortus tiga kali berturut-turut, angkanya menjadi 50%. Penyebab dari keadaan tersebut bervariasi dan sebagian besar tidak diketahui (Stovall, 2007).

Sejak tahun 1930, abortus inkomplit ditatalaksana dengan evakuasi secara surgikal (kuretase). Metode ini memiliki angka keberhasilan rata-rata mencapai $\geq 95\%$ (Saxena, et al., 2004). Namun metode ini

berhubungan dengan resiko yang dapat timbul akibat anestesi/sedasi dan tindakan pembedahan seperti infeksi, trauma serviks, perforasi uterus dan adhesi intrauterin (Ngai, et al., 2001) (Saxena, et al., 2004). Sekitar 4-10% wanita mengalami infeksi dan hal ini menjadi predisposisi untuk terjadinya infertilitas sekunder, nyeri pelvis, dan peningkatan resiko kejadian kehamilan ektopik (Bagratee, et al., 2004). Selain itu, meskipun terbukti efektif, metode ini memerlukan ahli bedah yang terlatih dan pusat kesehatan yang memiliki ruang dan peralatan yang diperlukan serta membutuhkan biaya perawatan di rumah sakit yang cukup besar yang mana akan menjadi beban dari provider yang menjadi tempat rujukan untuk menangani kasus ini (Ngoc, et al., 2013).

Terapi alternatif dari tindakan kuretase dalam tata laksana abortus inkomplit adalah terapi secara medikamentosa (Demetroulis, et al., 2001). Dalam beberapa dekade terakhir, tatalaksana dengan evakuasi secara medikamentosa telah menjadi alternatif yang sangat beralasan pada kejadian abortus inkomplit (Pang, et al., 2001). Berdasarkan penatalaksanaan secara medikamentosa pada beberapa tempat di dunia, pengobatan dengan misoprostol, sebagai alternatif untuk kuretase, dapat menyebabkan ekspulsi sebesar 50-99 % pada wanita dengan kegagalan kehamilan usia dini hingga minggu ke-14 (Graziosi, et al., 2004).

Misoprostol merupakan analog prostaglandin E1 sintetik yang dipasarkan dalam dua bentuk sediaan yaitu tablet 100 µg dan 200 µg. Pada organ reproduksi wanita, prostaglandin E1 merangsang kontraksi uterus. Sensitivitas uterus meningkat dengan bertambahnya usia kehamilan. Pada serviks, misoprostol menyebabkan peningkatan aktivitas kolagenase dan mengubah komposisi proteoglikan sehingga menyebabkan pelembutan dan penipisan serviks (Madjid, et al., 2008). Pemberian misoprostol dapat melalui berbagai rute seperti per oral, sublingual, per vaginal dan per rektal, namun kadar misoprostol dalam darah tertinggi ditemui dengan penggunaan secara sublingual (Tang, et al., 2007). Penggunaan misoprostol telah disarankan untuk menjadi

terapi lini pertama dalam tata laksana abortus karena selain mengurangi kemungkinan intervensi secara surgikal, jikalau tetap diperlukan, misoprostol mengurangi morbiditas dari tindakan evakuasi secara surgikal dengan cara melunakkan dan membuka serviks sebelumnya (Pang, et al., 2001).

Belakangan ini, pemberian misoprostol melalui sublingual untuk merangsang terjadinya abortus ataupun pematangan servik telah banyak diteliti. Tablet misoprostol sangat mudah larut dan dapat hancur setelah 20 menit pemberian. Beberapa penelitian farmakokinetik membandingkan pemberian secara oral, vagina ataupun sublingual. Didapatkan bahwa pemberian secara sublingual memiliki durasi waktu yang paling cepat untuk mencapai kadar puncak, serta memiliki kadar puncak yang paling tinggi. Kadar puncak tercapai dalam 30 menit (sama seperti pada pemberian oral). Pada pemberian 400 μ g misoprostol, kadar puncak pada pemberian secara sublingual lebih tinggi daripada secara oral ataupun vagina. Hal ini diakibatkan absorpsi yang cepat dan tidak terjadinya *first pass metabolism effect* di hati (Tang, et al., 2002).

Pada banyak penelitian, penggunaan misoprostol dalam tata laksana abortus inkomplit telah terbukti memiliki angka kesuksesan yang tinggi terutama bila digunakan pada usia kehamilan <12 minggu dan menurun tingkat keberhasilannya bila usia kehamilan >12 minggu, namun tidak didapatkan kepastian bahwa pada usia kehamilan yang lebih besar akan didapatkan sisa konsepsi yang lebih besar pula dan sebaliknya.

Dari data yang penulis himpun, belum ada penelitian mengenai keberhasilan penggunaan misoprostol dalam tata laksana abortus inkomplit bila ditinjau dari ukuran sisa konsepsi pada temuan ultrasonografi secara transvaginal, tanpa memandang usia kehamilan (selama itu masih dibawah usia kehamilan 20 minggu sesuai definisi abortus menurut Cunningham tahun 2014). Pada kasus abortus inkomplit, usia kehamilan baru dapat diketahui dengan lebih pasti jika

pasien memiliki riwayat menstruasi yang teratur dan dapat pula mengingat dengan tepat hari pertama haid terakhirnya. Sedangkan wanita yang mengalami abortus inkomplit belum tentu memiliki riwayat menstruasi yang teratur dan mengingat jelas HPHT-nya. Sehingga, perlu diketahui lebih lanjut efektivitas dari penggunaan misoprostol pada berbagai ketebalan sisa konsepsi agar dapat menjadi pertimbangan dalam penggunaan misoprostol dalam tatalaksana abortus inkomplit pada keadaan yang tepat untuk memberikan hasil yang maksimal.

Berdasarkan hal tersebut maka penulis berkeinginan untuk melakukan penelitian di RSUP Dr. M. Djamil Padang dan RS jejaring mengenai keberhasilan penggunaan misoprostol dalam tata laksana abortus inkomplit bila ditinjau dari berbagai ukuran sisa konsepsi pada temuan ultrasonografi secara transvaginal pada usia kehamilan <20 minggu.

B. Rumusan Masalah

Apakah terdapat perbedaan efikasi penggunaan misoprostol sublingual terhadap luaran dalam tata laksana abortus inkomplit pada ketebalan sisa konsepsi ≤ 20 dan >20 mm?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum:

Mengetahui perbedaan efikasi penggunaan misoprostol sublingual terhadap luaran dalam tata laksana abortus inkomplit pada ketebalan sisa konsepsi ≤ 20 dan >20 mm.

Tujuan khusus:

1. Mengetahui efikasi penggunaan misoprostol sublingual terhadap luaran dalam tata laksana abortus inkomplit pada ketebalan sisa konsepsi ≤ 20 mm.

2. Mengetahui efikasi penggunaan misoprostol sublingual terhadap luaran dalam tata laksana abortus inkomplit pada ketebalan sisa konsepsi > 20 mm.
3. Mengetahui perbedaan efikasi penggunaan misoprostol sublingual terhadap luaran dalam tata laksana abortus inkomplit pada ketebalan sisa konsepsi ≤ 20 dan >20 mm.

D. Manfaat Penelitian

1. Untuk pelayanan.

Meningkatkan pelayanan di RSUP. Dr. M. Djamil Padang sebagai rumah sakit pendidikan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam memilih metode tata laksana abortus inkomplit.

2. Untuk keilmuan.

Menambah khasanah pengetahuan tentang luaran dari penggunaan misoprostol sublingual dalam tata laksana abortus inkomplit pada berbagai ketebalan sisa konsepsi berdasarkan temuan USG transvaginal.

3. Untuk penelitian.

Diharapkan penelitian ini dapat merangsang penelitian selanjutnya berupa penelitian tentang luaran/keberhasilan penggunaan misoprostol pada berbagai kondisi lainnya.

E. Kerangka Pemikiran

Pada abortus inkomplit, hasil konsepsi telah keluar sebagian dari cavum uterus (DeCherney, et al., 2007). Perdarahan terjadi jika plasenta, secara keseluruhan atau sebagian, terlepas dari uterus. Pada abortus inkomplit, ostium internum serviks membuka dan menjadi tempat lewatnya darah. Janin dan plasenta mungkin seluruhnya tetap berada in utero atau mungkin sebagian keluar melalui ostium yang terbuka. Sebelum 10 minggu, janin dan plasenta sering dikeluarkan bersama-

sama, tetapi jika setelah usia 10 minggu kehamilan biasanya dilahirkan secara terpisah. Pada banyak kasus, jaringan plasenta yang tertahan menggantung bebas di kanalis servikalis, memungkinkan ekstraksi dengan mudah dari ostium eksternum yang terpajan dengan cunam abortus. Kurerase hisap (vakum kuretase) juga efektif mengosongkan uterus.

Sejak tahun 1930, abortus inkomplit ditatalaksana dengan evakuasi secara surgikal (kuretase). Metode ini memiliki angka keberhasilan rata-rata mencapai $\geq 95\%$ (Saxena, et al., 2004). Terapi alternatif dari tindakan kuretase dalam tata laksana abortus inkomplit adalah terapi secara medikamentosa (Demetroulis, et al., 2001). Dalam beberapa dekade terakhir, tatalaksana dengan evakuasi secara medikamentosa telah menjadi alternatif yang sangat beralasan pada kejadian abortus inkomplit (Pang, et al., 2001).

Saat ini terdapat beberapa penelitian yang mempelajari mengenai penggunaan misoprostol dalam tata laksana abortus inkomplit. Menurut penelitian Ngoc dkk pada tahun 2013, mereka menggunakan misoprostol 400 mcg secara sublingual sebagai terapi lini pertama abortus inkomplit pada 3 rumah sakit di Vietnam. Abortus inkomplit didefinisikan sebagai kehamilan dengan adanya perdarahan pervaginam dengan adanya dilatasi serviks. Selain itu digunakan pemeriksaan USG dimana didapatkan ketebalan endometrium yang melebihi 8 mm dengan disertai adanya substransi debris di dalam uterus. Adapun syarat bagi pasien untuk mendapat terapi adalah besar uterus tidak melebihi 12 minggu usia kehamilan, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada gangguan hemodinamik serta tidak terdapat kontraindikasi pemberian misoprostol. Partisipan diberikan 400mcg misoprostol secara sublingual dan diminta untuk kembali 1 minggu kemudian. Dari 302 partisipan, 96,3% mengalami abortus komplit setelah diidentifikasi secara klinis dan dengan pemeriksaan ultrasonografi. Sebanyak 84,3% pasien menyatakan puas dengan metode pengobatan ini (Ngoc, et al., 2013).

Pada penelitian Adisso dkk pada tahun 2014, dilakukan penelitian prospektif selama 5 tahun (Januari 2008 – Desember 2012) pada Rumah Sakit Bersalin di Cotonou, Benin. Didapatkan sebanyak 3139 wanita mengalami abortus inkomplit namun hanya 537 yang memenuhi kriteria diberikan misoprostol. Pada penelitian ini tidak dibatasi abortus dengan usia kehamilan <12 minggu, namun hingga usia kehamilan 18 minggu (abortus trimester 2). Definisi abortus inkomplit yang digunakan adalah berdasarkan temuan klinis dan USG. Kriteria pemeriksaan USG adalah bila didapatkan ketebalan endometrium yang melebihi 20 mm dengan disertai adanya substransi debris di dalam uterus. Pasien diberikan misoprostol 800 µg sublingual lalu dievaluasi 3 hari kemudian secara klinis dan 15 hari kemudian untuk menjalani validasi dengan USG. Bila setelah 3 hari pasien masih mengalami gejala abortus inkomplit maka dapat ditawarkan untuk mendapat pengulangan dosis misoprostol atau mendapat MVA lalu dievaluasi pada hari ke 15. Jika setelah 15 hari masih didapatkan sisa konsepsi maka dilakukan MVA. Dari penelitian ini didapatkan tingkat keberhasilan abortus komplit dengan misoprostol pada kelompok usia kehamilan <12 minggu adalah sebanyak 99,1%, pada kelompok usia kehamilan 13-14 minggu adalah sebanyak 25,7%, dan pada kelompok usia kehamilan 15-18 minggu adalah sebanyak 27,9% (Adisso, et al., 2014).

Sedangkan pada penelitian Zhang dkk pada tahun 2005, dilakukan penelitian acak luas pada 652 wanita dengan kegagalan kehamilan trimester pertama (kehamilan anembrionik atau kematian mudigah atau abortus insipien atau inkomplit) yang secara acak mendapat 800µg misoprostol vagina atau dilakukan aspirasi vakum dengan perbandingan 3:1. Pada kelompok misoprostol, terapi diberikan pada hari pertama, hari ke-3 jika ekspulsi inkomplit dan jika ekspulsi masih inkomplit maka dilakukan aspirasi vakum pada hari ke-8. Untuk kasus abortus inkomplit, definisi yang digunakan adalah adanya perdarahan atau keluar jaringan pervaginam dengan adanya dilatasi serviks pada wanita yang hamil <13 minggu. Pada pemeriksaan USG didapatkan ketebalan endometrium

yang melebihi 30 mm. Setelah pemberian terapi misoprostol, didapatkan angka kesuksesan pada kelompok abortus inkomplit adalah sebesar 93% (Zhang, et al., 2005).

Pada banyak penelitian-penelitian mengenai keberhasilan penggunaan misoprostol dalam tata laksana abortus inkomplit termasuk penelitian yang disampaikan diatas masih didapatkan perbedaan angka keberhasilan baik pada kelompok abortus inkomplit dengan usia kehamilan <12 minggu dan kelompok abortus inkomplit dengan usia kehamilan >12 minggu dengan berbagai ketebalan sisa konsepsi.

F. Hipotesis

Terdapat perbedaan efikasi penggunaan misoprostol sublingual terhadap luaran dalam tata laksana abortus inkomplit pada ketebalan sisa konsepsi ≤ 20 dan >20 mm.

