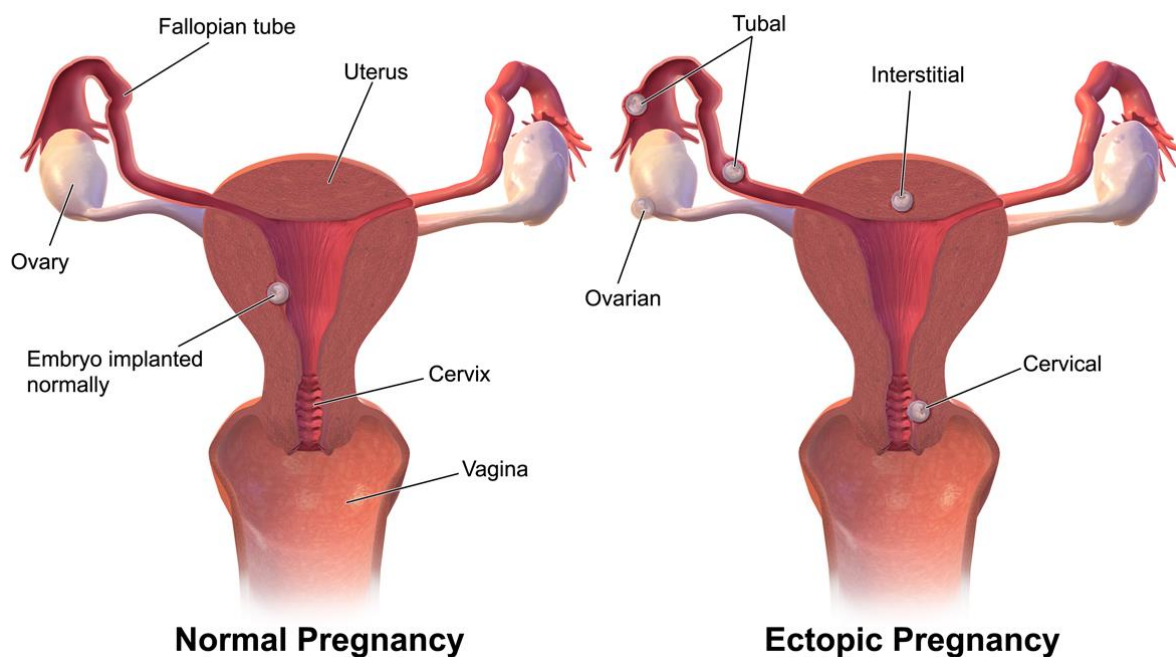


KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan sel telur yang dibuahi, tumbuh tidak di tempat yang normal yakni seharusnya di dalam endometrium kavum uteri. Oleh karena terdapat beberapa jenis kehamilan ektopik yang berimplantasi dalam rahim tetapi tidak pada tempat yang normal, (misalnya, kehamilan pada leher rahim), maka istilah ‘kehamilan ektopik’ lebih tepat dibandingkan dengan istilah ekstrauterin /luar rahim yang sekarang masih juga banyak dipakai, oleh



Berdasarkan lokasinya, kehamilan ektopik dapat dibagi menjadi beberapa golongan:

- a. Tuba Fallopii
 - 1) Pars interstitialis
 - 2) Isthmus
 - 3) Ampulla
 - 4) Infudibulum
 - 5) Fimbria
- b. Rahim
 - 1) Kanalis servikalis
 - 2) Diverticulum
 - 3) Korua
 - 4) Tanduk rudimenter

- c. Indung telur
- d. Intraligamenter
- e. Abdominal/Perut
 - 1) Primer
 - 2) Sekunder
- f. Kombinasi kehamilan dalam dan luar rahim

Sebagian besar yang mengalami kehamilan ektopik berusia sekitar 25 – 35 tahun. Frekuensi kehamilan yang dilaporkan adalah 1 dari 300 kehamilan, akan tetapi jumlah ini mungkin terlalu rendah. Mungkin penggunaan antibiotika pada infeksi panggul, terutama gonorea, dapat meningkatkan kehamilan ektopik karena dengan pengobatan tersebut memungkinkan hamil masih terjadi, tetapi perubahan pada endosalping menghambat perjalanan sel telur yang dibuahi menuju ke rahim. Di antara kehamilan-kehamilan ektopik, yang terbanyak ialah yang terjadi di tuba (90%), terutama di ampulla dan di isthmus.

1. Kehamilan Tuba

Fusi sel telur dengan sel sperma terjadi di ampulla tuba, di mana sel telur yang telah dibuahi digerakkan ke ruang rahim dan ditanamkan di endometrium. Kondisi pada tuba yang menghambat gerakan tersebut menyebabkan implantasi terjadi pada endosalping. Selain itu, kelainan pada sel telur yang dibuahi dapat menjadi pradisposisi terjadinya implantasi di luar ruang rahim, tetapi hal ini lebih jarang terjadi.

2. Kehamilan Servikal

Kehamilan servikal ini jarang terjadi, dan biasanya disertai pendarahan yang makin lama makin banyak sebelum akhirnya terjadi keguguran spontan. Kehamilan ini jarang berlangsung lebih dari 20 minggu.

Perdarahan masif merupakan indikasi untuk mengambil tindakan yang berupa kuretase pada rahim dan leher rahim. Diagnosis biasanya baru dibuat pada saat pendarahan massif tersebut terjadi. USG dapat digunakan untuk membuat diagnosis lebih cepat.

3. Kehamilan dalam Divertikulum Rahim

Kehamilan ini jarang sekali terdapat, dan sangat sulit untuk membuat diagnosisnya. USG dan MRI kiranya dapat menegakkan diagnosis. Akibat kehamilan ini ialah rupture ke luar dari rahim atau abortus. Kadang-kadang kehamilan dapat berlangsung terus dan memerlukan laparotomi untuk melahirkan janin, diikuti dengan histerektomi.

4. Kehamilan Indung Telur

Kehamilan indung telur/ovarial ini, cukup jarang terjadi dan dapat terjadi ketika sel sperma bersatu dengan sel telur yang berada pada folikel de Graaf. Kemudian sel telur yang telah dibuahi akan mati atau terjadi ruptur

Terdapat beberapa syarat Spiegelberg untuk dapat menegakkan diagnosis kehamilan ovarial murni, yaitu: a) tuba pada tempat kehamilan harus normal, bebas, dan terpisah dari indung telur, b) Kantong janin harus terletak dalam indung telur, c) indung telur yang mengandung kantong janin, harus berhubungan dengan rahim lewat ligamentum ovarii proprium, dan d) harus ditemukan jaringan indung telur dalam dinding kantong janin.

5. Kehamilan Intra dan Ekstrauterin

Kombinasi kehamilan intrauterine dan kehamilan tuba terjadi satu kali dalam 6000 kehamilan. Kombinasi ini sering terjadi pada kasus kembar, di mana hanya satu sel telur yang telah dibuahi berimplantasi di dalam rahim dan yang lainnya berimplantasi di tuba falopi. Dalam hal ini, biasanya terjadi gangguan kehamilan tuba yang memerlukan tindakan operasi.

6. Kehamilan Abdominal/Perut

Kehamilan abdominal terbagi menjadi primer dan sekunder. Kehamilan abdominal primer terjadi ketika sel telur dan sperma bersatu di rongga perut, di mana mereka bertemu di ruang peritoneum dan berimplantasi di tempat tersebut. Karena syarat-syarat untuk implantasi menjadi buruk, maka proses kehamilan terhenti dan berujung pada kematian mudigah yang disertai dengan perdarahan. Jenis kehamilan ini sangat jarang terjadi.

Diagnosis

Dugaan kehamilan ektopik lanjut biasanya timbul atas dasar keluhan rasa nyeri yang hebat serta ditemukan posisi janin yang abnormal dengan kepala janin bila diraba terasa jelas terleh di bawah dinding perut. Terkadang rahim juga dapat teraba berupa benjolan/massa sebesar kepalan tangan di atas simfisis.

Tes oksitosin dapat menunjukkan adanya kehamilan ektopik lanjut. Pada pemeriksaan bimanual di luar kantong janin, teraba suatu tumor (biasanya seukuran kepalan tangan) yang berkontraksi.

Foto Roentgen dapat memberikan petunjuk tentang adanya kehamilan ektopik lanjut karena posisi janin yang abnormal. Histerosalpingografi memberikan gambaran yang baik, yaitu berupa kavum uteri yang kosong dan lebih besar dari biasanya, dengan janin di luar rahim. Akan tetapi histerosalpingografi biasanya baru dilakukan setelah diagnosis kehamilan ektopik lanjut sudah dikonfirmasi dengan USG dan MRI.

Terapi

Mengingat wanita dengan kehamilan ektopik lanjut berisiko tinggi untuk mengalami perdarahan sehingga pembedahan perlu segera dilakukan, terutama pada janin yang masih hidup. Sedangkan pada kasus lahir mati, urgensi untuk segera menjalankan operasi menjadi berkurang. Operasi dilakukan pada lokasi yang tidak terdapat pembuluh-pembuluh darah yang begitu besar di sekitarnya; karena plasenta tidak berinsersi pada dasar yang dapat berkontraksi dan dapat menghentikan perdarahan setelah plasenta diangkat, maka biasanya plasenta ditinggalkan di dalam perut. Dengan sikap ini pengeluaran plasenta membutuhkan waktu yang cukup lama, dan terdapat risiko terjadinya ileus, akan tetapi sikap ini dianggap lebih baik dibandingkan dengan usaha untuk mengeluarkan plasenta pada pembedahan dengan risiko perdarahan masif.

DAFTAR PUSTAKA

Ilmu Kandungan (1999). Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo d/a Bagian Obstetri dan Ginekologi.