

INFORMASI ARTIKEL

Received: April, 10, 2025

Revised: April, 20, 2025

Available online: April, 21, 2025

at : <https://e-jurnal.iphorr.com/index.php/mchc>

Abortus Infeksiosa

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Diana Hermawati^{2*}

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Diana Hermawati. *Email: dianahermawati27@gmail.com

Abstract

A 24-year-old patient came to the Bintang Amin Hospital Emergency Room with a complaint of pelvic pain 2 days ago. Pasiem said a little blood came out of the birth canal and weakness, fever, lower abdominal pain, headache, if BAK hurts. Sometimes os feels the heart pounding. The history of abortion 5 days ago. On the physical examination, vital signs were found, including blood pressure 122/67 mmHg, pulse rate 120 x/minute, respiratory rate 22x/minute, temperature 38.5 °C, oxygen saturation 99%. Head to toe physical examination found that there was pressure pain (+) suprasymphysis on palpation. On examination in the inspection of the presence of blood coming out of the birth canal and no vaginal inspeculo. In the haematological support examination, a decrease in haemoglobin was obtained, 11.4 g/dl, an increase in leucocytes by 12,100 ul, a decrease in MCH of 26 pg, a decrease in MCHC of 32 g/dl. In a complete urine test, an increase in leucocytes was found +++/ (500), an increase in urobilinogen +/(2), an increase in faint blood +++/(300), an increase in leucocyte sediment 13-15, an increase in erythrocyte sediment 12-13, a lot of epithelial sediment, a little bacterial sediment. On ultrasound examination obtained D 3.55 cm, D 0.62 cm. The diagnosis in this case is an infectious abortion. The treatment obtained by the patient is IVFD RL 20 tpm, mipros/Misoprostol 2 vaginal tabs 6 hours before curettage, 2x1 curettage, 3x1 treatment, curettage plan.

Keywords: Abortion; Infectious Abortion; Pelvical Pain.

Pasien usia 24 tahun datang ke UGD Rumah Sakit Bintang Amin dengan keluhan nyeri panggul sudah 2 hari yang lalu. Pasiem mengatakan keluar darah sedikit dari jalan lahir dan lemas, demam, nyeri perut bagian bawah, nyeri kepala, jika BAK nyeri terkadang os merasakan jantung berdebar. Riwayat abortus 5 hari yang lalu. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda vital diantaranya tekanan darah 122/67 mmHg, denyut nadi 120 x/menit, laju pernapasan 22x/menit, suhu 38,5 °C, saturasi oksigen 99%. Pemeriksaan fisik head to toe didapatkan adanya nyeri tekan (+) suprasimfisis pada palpasi. Pada Pemeriksaan dalam inspeksi adanya keluar darah dari jalan lahir dan tidak dilakukan inspekulo vagina. Pada pemeriksaan penunjang hematologi didapatkan penurunan hemoglobin 11,4 g/dl, peningkatan leukosit 12.100 ul, penurunan MCH 26 pg, penurunan MCHC 32 g/dl. Pada pemeriksaan urin lengkap didapatkan peningkatan leukosit +++/ (500), peningkatan urobilinogen +/ (2), peningkatan darah samar +++/(300), peningkatan sedimen leukosit 13-15, peningkatan sedimen eritrosit 12-13, banyak sedimen epitel, sedikit sedimen bakteri. Pada pemeriksaan USG didapatkan D 3.55 cm, D 0.62 cm. Diagnosis pada kasus ini yaitu abortus infeksius. Tatalaksana yang didapat oleh pasien yaitu IVFD RL 20 tpm, mipros/Misoprostol 2tab pervaginam 6 jam sebelum kuret, cefat 2x1, lapistan 3x1, rencana kuret.

Kata Kunci: Abortus; Abortus Infeksiosa; Nyeri Panggul.

PENDAHULUAN

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kemampuan kandungan, dan sebagai batasan digunakan kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat badan anak kurang dari 500 gram. Abortus infeksius adalah abortus yang disertai infeksi pada alat genital. Kejadian ini merupakan salah satu komplikasi dari tindakan abortus yang paling sering terjadi apalagi bila dilakukan kurang memperhatikan aseptis dan antisepsis (Nambiar, Patel, Santiago-Munoz, Spong, & Nelson, 2022). Secara keseluruhan, 10% hingga 20% dari kehamilan yang diakui secara klinis akan berakhir dengan keguguran dini. Namun, statistik ini kemungkinan meremehkan kejadian sebenarnya dari kehilangan spontan, karena banyak keguguran masih belum terdiagnosis, dengan pendarahan yang dihasilkan disalahartikan sebagai menstruasi yang berat dan terlambat. Studi yang telah melacak kehamilan menggunakan pengukuran harian kadar β -hCG serum memperkirakan kejadian yang lebih tinggi sekitar 38%. Selain itu, 12% hingga 57% kehamilan dengan perdarahan trimester pertama berakhir dengan keguguran (Colwill, Bayer, Bednarek, Garg, Jensen, & Edelman, 2019).

Kehilangan kehamilan di awal adalah sebuah proses dan dapat didiagnosis pada beberapa tahap. Kehilangan kehamilan biokimia: Diagnosis yang sepenuhnya didasarkan pada penurunan kadar gonadotropin chorionik manusia tanpa kehamilan yang pernah divisualisasikan pada USG. Umumnya, keguguran terjadi sebelum usia kehamilan 6 minggu pada kehamilan yang dicapai dengan bantuan teknologi reproduksi, Kehilangan kehamilan tanpa gejala (yaitu, aborsi yang terlewat): Kematian embrio atau janin yang terlewatkan tanpa gejala atau pengusiran produk konsepsi (POC), Kehilangan kehamilan yang terancam: Gejala (misalnya, pendarahan dan kram) dari keguguran awal kehamilan yang akan datang; namun, serviks tetap tertutup, dan embrio atau janin masih tampak layak

pada USG, Kehilangan kehamilan yang tak terhindarkan: Mirip dengan keguguran yang terancam, gejala (misalnya, perdarahan dan kram) hadir; namun, serviks terbuka. Istilah ini, khususnya, tidak disukai, karena secara klinis dapat menantang untuk mengidentifikasi aborsi yang tak terelakkan dengan pasti, Kehilangan kehamilan yang tidak lengkap: POC yang tersisa di dalam rahim dan serviks terbuka setelah diagnosis keguguran dini, Kehilangan kehamilan total: Bagian dari semua POC, Kehilangan kehamilan berulang: Kehilangan kehamilan ganda berturut-turut. American Society for Reproductive Medicine mendefinisikan berulang sebagai ≥ 2 keguguran; organisasi lain mendefinisikannya sebagai ≥ 3 keguguran berturut-turut, Keguguran septik: Kehilangan kehamilan dini yang diperumit oleh infeksi intrauterin, yang jarang terjadi. Sebagai alternatif, aborsi septik secara tradisional telah digunakan untuk berarti kehilangan kehamilan, spontan atau diinduksi, diperumit oleh infeksi. Aborsi septik paling sering terjadi dalam pengaturan prosedur aborsi nonsteril (Vallera, Choi, Cha, & Hong, 2017).

Pada lebih dari 60% keguguran antara 6 hingga 10 minggu kehamilan, etiologinya diyakini sebagai kelainan kromosom janin, termasuk trisomi, monosomi, dan poliploidi. Selain itu, disregulasi inflamasi dan imunologis diperkirakan berperan dalam beberapa kasus, kemungkinan karena efek pada invasi trofoblastik (Pek, Heil, & Wilson, 2022).

Faktor risiko paling umum untuk keguguran dini adalah usia ibu lanjut. Misalnya, kejadian keguguran dini pada wanita berusia 20 hingga 30 tahun hanya 9% hingga 17%, sedangkan kejadian pada usia ibu 45 tahun adalah 75% hingga 80%. Riwayat keguguran sebelumnya juga meningkatkan risiko keguguran berulang, dengan risiko meningkat setelah setiap kehilangan tambahan. Misalnya, risiko keguguran pada kehamilan di masa depan adalah sekitar 20% setelah satu keguguran, 28% setelah 2

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Diana Hermawati^{2*}

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Diana Hermawati. *Email: dianahermawati27@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/mchc.v4i3.750>

keguguran berturut-turut, dan 43% setelah ≥ 3 keguguran berturut-turut. Selain itu, pendarahan vagina trimester pertama, yang terjadi hingga 25% kehamilan, dikaitkan dengan risiko keguguran yang lebih tinggi (Xiong, Tan, Liu, He, Li, Zou, & Sun, 2019).

Beberapa penyakit kronis dapat mempengaruhi pasien hamil untuk keguguran dini, termasuk obesitas, diabetes, hiperprolaktinemia, penyakit celiac, penyakit tiroid, dan kondisi autoimun, terutama sindrom antifosfolipid. Selain itu, beberapa infeksi dikaitkan dengan peningkatan risiko keguguran dini, seperti sifilis, parvovirus B19, virus Zika, dan infeksi sitomegalovirus. Kelainan struktural rahim (misalnya, anomali Müllerian bawaan, leiomioma, dan adhesi intrauterin) dan kehamilan intrauterin dengan alat kontrasepsi yang masih terpasang juga telah terbukti meningkatkan risiko keguguran dini. Stres kronis sekunder terhadap faktor penentu sosial kesehatan (misalnya, rasisme, kerawanan perumahan atau pangan, atau hidup di bawah ancaman kekerasan) juga dikaitkan dengan peningkatan risiko keguguran. Faktor risiko tambahan yang dapat dimodifikasi termasuk konsumsi alkohol, merokok, penggunaan kokain, dan konsumsi kafein yang tinggi (misalnya, minum >3 cangkir kopi setiap hari). Akhirnya, kontaminan lingkungan, termasuk arsenik, timbal, dan pelarut organik, juga telah dikaitkan dengan keguguran dini (Schreiber, Creinin, Atrio, Sonalkar, Ratcliffe, & Barnhart, 2018).

Gejala keguguran dini tergantung pada jenis atau tahap kehilangan. Kehilangan kehamilan tanpa gejala (yaitu, aborsi yang terlewatkan) mungkin hanya dapat dicatat karena regresi tanda dan gejala kehamilan yang umum (misalnya, mual atau kelelahan). Pasien dengan keguguran yang terancam, tidak lengkap, atau lengkap biasanya melaporkan kram panggul dan gejala pendarahan vagina. Riwayat menyeluruh dari perdarahan vagina pasien (misalnya, hari pertama dari periode menstruasi terakhir, timbulnya perdarahan uterus abnormal, jumlah pembalut yang direndam dalam satu jam, dan jumlah dan ukuran gumpalan, jika ada) harus didokumentasikan. Selain

gejala-gejala ini, keguguran septik biasanya juga disertai dengan nyeri rahim, keputihan serviks dan vagina bernanah, dan dalam kasus yang parah, tanda-tanda sistemik (misalnya, demam, takikardia, dan hipotensi) (Pek et al, 2022).

Komplikasi parah dari keguguran dini, termasuk syok hipovolemik dan keguguran septik, jarang terjadi. Karena tingkat komplikasi sama-sama rendah untuk manajemen kehamilan, medis, dan bedah, prognosis keguguran dini biasanya baik. Namun, perdarahan dan infeksi akibat keguguran dapat berkontribusi pada kematian ibu, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah, di mana faktor penentu sosial kesehatan mengurangi akses ke perawatan kebidanan berkualitas tinggi (Quenby, Gallos, Dhillon-Smith, Podeseck, Stephenson, Fisher, & Coomarasamy, 2021).

Selain itu, berminggu-minggu hingga berbulan-bulan setelah keguguran sering disertai dengan perasaan sedih, bersalah, cemas, dan depresi bagi pasien dan pasangannya, terutama dalam kasus kehilangan berulang, tantangan kesuburan, kehilangan kehamilan yang sangat diinginkan, dan pada pasien dengan masalah kesehatan mental yang sudah ada sebelumnya. Meskipun ada bukti terbatas untuk efektivitas konseling psikologis dalam pengaturan ini, pasien dan keluarga mereka kemungkinan akan mengalami hasil yang lebih baik jika emosi dan perasaan ini ditangani lebih awal. Mencoba konsepsi segera setelah penyelesaian keguguran dini aman, dan pasangan yang mencoba konsepsi dalam waktu 3 bulan setelah keguguran mengalami tingkat keberhasilan kehamilan dan kelahiran hidup yang lebih tinggi daripada mereka yang menunda konsepsi (Benson, Holt, Gore, Callegari, Chipman, Kessler, & Dalton, 2023).

Kehilangan kehamilan berulang dapat sedikit bervariasi tetapi sering didefinisikan sebagai kehilangan 2 hingga 3 kehamilan secara spontan. Kurang dari 5% pasien diperkirakan mengalami 2 kerugian berturut-turut, sementara hanya 1% yang akan mengalami 3 atau lebih. Sebuah pemeriksaan direkomendasikan pada pasien-pasien ini untuk

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Diana Hermawati^{2*}

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Diana Hermawati. *Email: dianahermawati27@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/mchc.v4i3.750>

Abortus Infeksiosa

mencari penyebab yang mendasarinya. Pengesaaian ini umumnya mencakup analisis genetik dari kedua orang tua dan penilaian ibu untuk anomali hormonal, anomali rahim, dan sindrom antifosfolipid. Kehilangan kehamilan berulang dibahas secara lebih rinci di tempat lain (Shorter, Atrio, & Schreiber, 2019).

KASUS

Pasien usia 24 tahun datang ke UGD Rumah Sakit Bintang Amin dengan keluhan nyeri panggul sudah 2 hari yang lalu. Pasien mengatakan keluar darah sedikit dari jalan lahir dan lemas, demam, nyeri perut bagian bawah, nyeri kepala, jika BAK nyeri terkadang os merasakan jantung berdebar. Riwayat abortus 5 hari yang lalu. Haid pertama pada umur 13 tahun, haid selama 6 hari dengan siklus 28 hari, pasien ganti pembalut sebanyak 4x sehari.

HASIL PEMERIKSAAN

Pemeriksaan tanda vital pasien, Keadaan Umum: Tampak sakit sedang, Kesadaran: Compos mentis, GCS: E4 V5 M6 = 15. Tekanan darah 122/67 mmHg, denyut nadi 120 x/menit, laju pernapasan 22x/menit, suhu 38,5 °C, saturasi oksigen 99%. Pada pemeriksaan penunjang laboratorium: Hematologi didapatkan didapatkan penurunan hemoglobin 11,4 g/dl, peningkatan leukosit 12.100 ul, penurunan MCH 26 pg, penurunan MCHC 32 g/dl. Pada pemeriksaan urin lengkap didapatkan peningkatan leukosit +++/ (500), peningkatan urobilinogen +/- (2), peningkatan darah samar +++/ (300), peningkatan sedimen leukosit 13-15, peningkatan sedimen eritrosit 12 13, banyak sedimen epitel, sedikit sedimen bakteri. Ultrasonografi



Gambar 1. Pemeriksaan USG

Kesan:

Pemeriksaan USG didapatkan

D 3.55 cm

D 0.62 cm

Pemeriksaan Ginekologi

Pada Pemeriksaan dalam inspeksi adanya keluar darah dari jalan lahir dan tidak dilakukan inspeksi vagina.

Dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang didapatkan diagnosis:

Diagnosis banding: Kehamilan Ektopik, Molahidatidosa.

Diagnosis kerja: Abortus Infeksiosa.

Tatalaksana yang didapat oleh pasien yaitu IVFD RL 20 tpm, mipros/Misoprostol 2tab pervaginam 6 jam sebelum kuret, cefat 2x1, lapistan 3x1, rencana kuret. Prognosis pada pasien ini yaitu dubia ad bonam.

PEMBAHASAN

Pada kasus ini, seorang perempuan berusia 24 tahun di diagnosa dengan Abortus Infeksiosa berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Menurut kepustakaan Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kemampuan kandungan, dan sebagai batasan digunakan kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat badan anak kurang dari 500 gram. Abortus infeksiosus ialah abortus yang disertai infeksi pada alat genital. Kejadian ini merupakan salah satu komplikasi dari tindakan abortus yang paling sering terjadi apalagi bila dilakukan kurang memperhatikan aseptis dan antisepsis (Nambiar et al., 2022)

Kehilangan kehamilan atau "keguguran" umumnya didefinisikan sebagai kegagalan kehamilan sebelum 20 minggu kehamilan (Murugan, Murphy, Dupuis, Goldstein, & Kim, 2019). Keguguran yang terancam juga disebut "aborsi yang diancam" atau "kehilangan kehamilan dini yang terancam," biasanya mengacu pada pendarahan vagina dan kram rahim pada kehamilan yang layak sebelum 20 minggu kehamilan, meskipun lebih sering terjadi pada trimester pertama. Kehamilan yang layak adalah

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Diana Hermawati^{2*}

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Diana Hermawati. *Email: dianahermawati27@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/mchc.v4i3.750>

Abortus Infeksiosa

kehamilan dengan hasil potensial dari kelahiran hidup. Pendarahan dan kram vagina trimester pertama juga merupakan gejala umum dari keguguran dini dan keguguran yang tidak lengkap. Namun, temuan klinis karakteristik dari ancaman keguguran adalah serviks tertutup, tanpa melewati produk konsepsi, dan tidak ada bukti kematian janin atau embriionik pada USG panggul (Hendriks, MacNaughton, & MacKenzie, 2019).

Sekitar 25% kehamilan memiliki beberapa tingkat pendarahan vagina selama trimester pertama, dan sekitar setengah dari pasien-pasien ini mengalami keguguran di awal. Pendarahan selama ancaman keguguran biasanya ringan hingga sedang; perdarahan yang lebih berat yang lebih dari aliran menstruasi biasa dikaitkan dengan peningkatan risiko keguguran (Tantengco, & Menon, 2022). Kram intermiten, nyeri suprapubik, tekanan panggul, atau nyeri punggung bawah juga umum terjadi (Curry, Williams, & Penny, 2019).

Evaluasi keguguran yang terancam tergantung pada usia kehamilan. Pada usia kehamilan awal, penting untuk menentukan lokasi kehamilan untuk menyingkirkan kehamilan ektopik, yang juga dapat muncul dengan pendarahan vagina dan nyeri perut bagian bawah (Pontius & Vieth, 2019). Setelah kehamilan intrauterin telah ditetapkan, dokter harus menentukan kelangsungan hidup kehamilan, yang dicapai melalui pemeriksaan panggul dan USG. Jika aktivitas jantung janin tidak terlihat, pemeriksaan USG serial mungkin diperlukan untuk membedakan kehamilan awal yang layak dari keguguran (Ali, Majid, Ali, Taing, El-Serehy, & Al-Misned, 2020).

Secara historis, istilah "aborsi" telah digunakan untuk merujuk pada kehilangan kehamilan sebelum 20 minggu, meskipun banyak organisasi profesional terkemuka sekarang merekomendasikan penggunaan variasi dari istilah "keguguran" atau "kehilangan kehamilan" (misalnya, ancaman keguguran, ancaman keguguran) karena pasien lebih memilih istilah-istilah ini (Clement, Horvath, McAllister, Koelper, Sammel, & Schreiber, 2019).

Dari anamnesis, keluhan nyeri panggul, perdarahan pervaginam post abortus yang terjadi 5 hari yang lalu, jantung berdebar, nyeri perut bagian bawah, demam, nyeri kepala dan saat BAK nyeri. Jika disesuaikan dengan tinjauan pustaka menunjukkan kemungkinan adanya sisa jaringan dalam uterus akibat abortus inkomplit sebagai penyebab perdarahan karena kontraksi dinding rahim yang tidak sempurna. Selain itu, pada kasus pasien mengeluhkan nyeri perut bagian bawah, demam SMRS. Berdasarkan kepustakaan adanya keluhan tersebut menunjukkan adanya tanda-tanda infeksi genital (uterus dan sekitarnya) yang dapat terjadi pada abortus infeksiosa yang disertai gejala dan tanda infeksi alat genital seperti panas, takikardi, perdarahan pervaginam yang lama atau bercak perdarahan, discharge vagina atau serviks yang berbau busuk, uterus lembek, serta nyeri perut dan pelvis serta leukositosis. Apabila terdapat sepsis, penderita tampak sakit berat atau kadang menggigil, demam tinggi, dan penurunan tekanan darah (Deshmukh & Way, 2019).

Beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya abortus spontan yaitu seperti tingginya umur ibu, rendahnya tingkat pendidikan, kurang berat badan dan obesitas, banyaknya paritas dan graviditas, jauhnya jarak kehamilan, adanya riwayat abortus, usia menarche yang terlalu dini, buruknya pola konsumsi, pekerjaan ibu, tidak dilakukannya pemeriksaan kehamilan 1, stress dan paparan asap rokok (Prager, Micks, Dalton, Schreiber, & Poder, 2022).

Klasifikasi abortus spontan dibagi menjadi abortus iminens, abortus insipiens, abortus inkompletus, abortus kompletus, missed abortion, abortus habitualis dan abortus septik. Abortus iminens, disebut juga sebagai abortus spontan tingkat permulaan. Bercak per vaginam atau perdarahan yang lebih berat terjadi selama kehamilan awal dan dapat berlangsung selama beberapa hari atau minggu serta dapat mempengaruhi satu dari empat atau lima wanita hamil. Secara keseluruhan, sekitar setengah dari kehamilan ini akan berakhir dengan

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Diana Hermawati^{2*}

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Diana Hermawati. *Email: dianahermawati27@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/mchc.v4i3.750>

abortus. Abortus insipiens, adalah peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks uterus yang meningkat tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus. Abortus inkompletus, adalah pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih adanya sisa yang tertinggal dalam uterus. Abortus kompletus, adalah abortus yang hasil konsepsinya sudah dikeluarkan. Missed abortion, adalah kematian janin berusia sebelum 20 minggu, tetapi janin mati tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih. Abortus habitualis merupakan abortus spontan yang terjadi secara berturut-turut sebanyak tiga kali atau lebih tanpa diketahui sebabnya. Abortus septik adalah keguguran disertai infeksi berat dengan penyebaran kuman atau toksinnya kedalam peredaran darah atau peritonium. Abortus provokatus (induksi abortus) adalah abortus yang disengaja tanpa indikasi medis, baik dengan memakai obat-obatan maupun dengan alat-alat terbagi lagi menjadi abortus medisinalis yaitu karena tindakan kita sendiri dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis) dan abortus kriminalis karena tindakan yang tidak ilegal atau tidak berdasarkan indikasi medis (Nambiar et al., 2022).

Pada kasus pemeriksaan penunjang yaitu USG, darah lengkap dan urin lengkap bahwasannya sejalan dengan kepustakaan bahwa diperlukan pada abortus infeksius a. Pemeriksaan USG untuk menentukan apakah terdapat sisa jaringan. b. Pemeriksaan laboratorium khususnya darah lengkap untuk mengetahui adanya leukositosis dan penurunan kadar hemoglobin akibat perdarahan (Holanda, de Amorim, Bezerra, Aschoff, & Katz, 2020).

Pada kasus ini penatalaksanaannya yaitu IVFD RL 20 tpm, Misoprostol 2tab pervaginam 6 jam sebelum kuret, cefat 2x1 tab, lapistan 3x1, metergin 2x1 tab dan kuret. Menurut kepustakaan, penatalaksanaan pada pasien dengan kondisi seperti ini harus memperhitungkan keadaan umum dan rujukan segera untuk memenuhi keseimbangan cairan tubuh dan perlunya pemberian antibiotika yang adekuat

sesuai hasil kultur. Tindakan kuretase disertai pemberian uterotonika dapat diberikan apabila keadaan tubuh berangsur membaik minimal 6 jam setelah antibiotika adekuat diberikan. Kuretase bertujuan untuk mengeluarkan sisa jaringan intra uteri yang menyebabkan terjadinya perdarahan pervaginam pada kasus (Pek et al., 2022).

Komplikasi yang berbahaya pada abortus ialah perdarahan, perforasi, infeksi, dan syok. a. perdarahan: perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya. b. perforasi: perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiporetrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini, penderita perlu diamati dengan teliti. Jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparotomi, dan tergantung dari luar dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas, mungkin juga terjadi perlukaan pada kandung kemih atau usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi. c. infeksi: infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi pada tiap abortus, tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkompletus dan lebih sering pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan asepsis dan antisepsis. Apabila infeksi menyebar lebih jauh, terjadilah peritonitis umum atau sepsis, dengan kemungkinan diikuti oleh syok. d. syok: syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik) (Fouks, Samueloff, Levin, Many, Amit, & Cohen, 2020).

SIMPULAN

Simpulan telah ditegaskan melalui diagnosis kerja Abortus Infeksiosa berdasarkan pertimbangan klinis,

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Diana Hermawati^{2*}

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Diana Hermawati. *Email: dianahermawati27@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/mchc.v4i3.750>

temuan-temuan pemeriksaan fisik, sampai pemeriksaan penunjang.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, S., Majid, S., Ali, M. N., Taing, S., El-Serehy, H. A., & Al-Misned, F. A. (2020). Evaluation of etiology and pregnancy outcome in recurrent miscarriage patients. *Saudi journal of biological sciences*, 27(10), 2809-2817.
- Benson, L. S., Holt, S. K., Gore, J. L., Callegari, L. S., Chipman, A. K., Kessler, L., & Dalton, V. K. (2023). Early pregnancy loss management in the emergency department vs outpatient setting. *JAMA network open*, 6(3), e232639-e232639.
- Clement, E. G., Horvath, S., McAllister, A., Koelper, N. C., Sammel, M. D., & Schreiber, C. A. (2019). The language of first-trimester nonviable pregnancy: patient-reported preferences and clarity. *Obstetrics & Gynecology*, 133(1), 149-154.
- Colwill, A. C., Bayer, L. L., Bednarek, P., Garg, B., Jensen, J. T., & Edelman, A. B. (2019). Opioid analgesia for medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 134(6), 1163-1170.
- Curry, A., Williams, T., & Penny, M. L. (2019). Pelvic inflammatory disease: diagnosis, management, and prevention. *American family physician*, 100(6), 357-364.
- Deshmukh, H., & Way, S. S. (2019). Immunological basis for recurrent fetal loss and pregnancy complications. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*, 14(1), 185-210.
- Fouks, Y., Samueloff, O., Levin, I., Many, A., Amit, S., & Cohen, A. (2020). Assessing the effectiveness of empiric antimicrobial regimens in cases of

septic/infected abortions. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(6), 1123-1128.

- Hendriks, E., MacNaughton, H., & MacKenzie, M. C. (2019). First trimester bleeding: evaluation and management. *American family physician*, 99(3), 166-174.
- Holanda, A. M. C., de Amorim, M. M. R., Bezerra, S. M. B., Aschoff, L. M. S., & Katz, L. (2020). Risk factors for death in patients with sepsis admitted to an obstetric intensive care unit: a cohort study. *Medicine*, 99(50), e23566.
- Murugan, V. A., Murphy, B. O. S., Dupuis, C., Goldstein, A., & Kim, Y. H. (2019). Role of ultrasound in the evaluation of first-trimester pregnancies in the acute setting. *Ultrasonography*, 39(2), 178.
- Nambiar, A., Patel, S., Santiago-Munoz, P., Spong, C. Y., & Nelson, D. B. (2022). Maternal morbidity and fetal outcomes among pregnant women at 22 weeks' gestation or less with complications in 2 Texas hospitals after legislation on abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 227(4), 648-650.
- Pek, Z., Heil, E., & Wilson, E. (2022). Getting with the times: a review of peripartum infections and proposed modernized treatment regimens. In *Open forum infectious diseases* (Vol. 9, No. 9, p. ofac460). US: Oxford University Press.
- Pontius, E., & Vieth, J. T. (2019). Complications in early pregnancy. *Emergency Medicine Clinics*, 37(2), 219-237.
- Prager, S., Micks, E., Dalton, V., Schreiber, C. A., & Ponder, L. (2022). Septic abortion: clinical presentation and management. *UpToDate*. October, 19.

Fonda Octarianingsih Shariff¹, Diana Hermawati^{2*}

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Diana Hermawati. *Email: dianahermawati27@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/mchc.v4i3.750>

Abortus Infeksiosa

- Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podeseck, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., & Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285), 1658-1667.
- Schreiber, C. A., Creinin, M. D., Atrio, J., Sonalkar, S., Ratcliffe, S. J., & Barnhart, K. T. (2018). Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *New England Journal of Medicine*, 378(23), 2161-2170.
- Shorter, J. M., Atrio, J. M., & Schreiber, C. A. (2019). Management of early pregnancy loss, with a focus on patient centered care. In *Seminars in Perinatology* (Vol. 43, No. 2, pp. 84-94). WB Saunders\
- Tantengco, O. A. G., & Menon, R. (2022). Breaking down the barrier: the role of cervical infection and inflammation in preterm birth. *Frontiers in Global Women's Health*, 2, 777643.
- Vallera, C., Choi, L. O., Cha, C. M., & Hong, R. W. (2017). Uterotonic medications: oxytocin, methylergonovine, carboprost, misoprostol. *Anesthesiology clinics*, 35(2), 207-219.
- Xiong, Y. Q., Tan, J., Liu, Y. M., He, Q., Li, L., Zou, K., & Sun, X. (2019). The risk of maternal parvovirus B19 infection during pregnancy on fetal loss and fetal hydrops: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Virology*, 114, 12-20.

Fonda Octarianingsih Shariff, Diana Hermawati^{2*}

¹Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Korespondensi penulis: Diana Hermawati. *Email: dianahermawati27@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/mchc.v4i3.750>