

Laporan Kasus: Pemberian Misoprostol pada Kasus Abortus Inkomplit Siti Shafira Elfreda¹, Lintang Lestari Cahya Sawitri¹, Nabila Yoli Rahmadani¹, Zulfadli²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kebidanan dan Kandungan, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek

Abstrak

Abortus adalah proses berakhirnya kehamilan dengan usia kehamilan <20 minggu atau berat janin <500 gram pada kondisi janin yang belum mampu hidup di luar rahim. Abortus terjadi pada lebih dari 2,3 juta kasus setiap tahun. Abortus inkomplit ditandai dengan adanya ostium serviks yang terbuka dan adanya perdarahan, di mana semua hasil konsepsi belum dikeluarkan dari rahim, atau hasil yang dikeluarkan tidak sesuai dengan perkiraan durasi kehamilan. Laporan kasus ini melaporkan kasus abortus inkomplit pada pasien wanita berusia 26 tahun. Kasus seorang pasien G1POA0 wanita dengan keluhan keluarnya darah dari jalan lahir. Adanya gumpalan darah yang keluar berupa pelepasan hasil konsepsi sehingga di diagnosa G1POA0 gravid 12 minggu 9 hari dengan abortus inkomplit. Saat ini misoprostol masih menjadi *Drug of Choice* pada kasus abortus inkomplit. Namun dalam praktiknya, terdapat beberapa cara untuk memasukan obat misoprostol, bisa melalui sublingual, peroral maupun melalui vagina. Beberapa organisasi kesehatan dunia memiliki protokol masing-masing dalam pemberian misoprostol untuk kasus abortus inkomplit. Laporan kasus ini akan membahas terkait pemberian misoprostol paling efektif pada kasus abortus inkomplit.

Kata kunci: abortus inkomplit, misoprostol, pilihan terapi

Case Report: Misoprostol Administration in Cases of Incomplete Abortion

Abstract

Abortion refers to the termination of pregnancy before 20 weeks of gestation or when the fetal weight is below 500 grams, typically due to fetal non-viability outside the uterus. Globally, there are over 2.3 million cases reported annually. Incomplete abortion is characterized by the presence of an open cervical ostium and bleeding, where all the products of conception are incompletely expelled from the uterus or do not correspond with the expected gestational age. This case study reports on incomplete abortion in a 26-year-old nulligravid woman presenting with vaginal bleeding. Clot discharge indicated expulsion of conception products, leading to a diagnosis of incomplete abortion at 12 weeks and 9 days of gestation (G1POA0). Currently, misoprostol remains the preferred pharmacological intervention as Drug of Choice in cases of incomplete abortion. However, in practice, there are several ways to administer misoprostol, either sublingually, orally or vaginally. Several health organizations have their own protocols for administering misoprostol for cases of incomplete abortion. This case report will discuss misoprostol administration in patients with incomplete abortion.

Keywords: incomplete abortion, misoprostol, drug of choice

Korespondensi: Siti Shafira Elfreda, alamat Jl. Sutan Takdir No.1, Way Halim, Bandar Lampung, HP 081384282834, e-mail sitishafiraelfreda@gmail.com

Pendahuluan

Tiga penyakit utama yang menjadi penyebab kematian ibu hamil di Indonesia adalah perdarahan, hipertensi selama kehamilan, dan infeksi. Salah satu faktor yang menyebabkan perdarahan pada ibu hamil adalah abortus¹.

Abortus/keguguran merupakan masalah kesehatan reproduksi yang sering luput dari perhatian masyarakat, meski sering menimbulkan dampak signifikan secara fisik maupun psikis. Keguguran juga secara umum merupakan salah satu penyebab kematian ibu terutama pada trimester pertama kehamilan yang mana kematian ibu merupakan salah satu

indikator kesehatan nasional². Keguguran atau abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan sebelum janin memiliki kemampuan untuk hidup di luar rahim (*viable*), yaitu sebelum usia gestasi 20 minggu atau berat dari janin di angka 500 g³.

Abortus inkomplit adalah hilangnya sebagian hasil konsepsi dalam 20 minggu pertama kehamilan. Abortus inkomplit ditandai dengan perdarahan pervaginam sedang hingga banyak dengan sedikit jaringan

yang keluar. Hal ini berhubungan dengan nyeri pada bagian perut bawah dan pelvis. Diagnosis abortus inkomplit ditegakkan melalui pemeriksaan inspekulo untuk memvisualisasikan jaringan yang keluar dari ostium uteri eksternum (OUE)⁴.

Berbagai penelitian mengenai prevalensi dari abortus memberikan hasil yang beragam, dengan metode dan populasi yang berbeda pula. Diperkirakan seperempat perempuan yang pernah hamil, pernah mengalami keguguran dalam hidupnya, dan sebagian besar terjadi pada tiga bulan pertama kehamilan. Diperkirakan terdapat lebih dari 2,3 juta kasus abortus setiap tahun¹. Prevalensi abortus inkomplit yang terdeteksi secara klinis berkisar dari 10% sampai 15% dengan penyebab spesifik yang masih belum jelas. Namun, hal ini berpotensi terjadi setelah abortus spontan atau abortus yang disengaja⁵.

Faktor risiko penyebab kejadian abortus ini adalah kelainan kromosom embrionik, usia ibu, penyakit penyerta ibu, terutama diabetes, hipertensi, penyakit ginjal, gangguan tiroid, penyakit *celiac disease*, lupus eritematosus sistemik (SLE), sindrom antifosfolipid, berat badan ekstrim, kelainan struktur rahim, paparan teratogen (misalnya, obat-obatan, alkohol, atau radiasi), beberapa infeksi (misalnya parvovirus B19, sifilis, atau *Listeria monocytogenes*), dan trauma⁶. Saat ini misoprostol masih menjadi *Drug of Choice* pada kasus abortus inkomplit. Namun dalam praktiknya, terdapat beberapa cara untuk memasukkan obat misoprostol, bisa melalui sublingual, peroral maupun melalui vagina. Beberapa organisasi kesehatan dunia memiliki protokol masing-masing dalam pemberian misoprostol untuk kasus abortus inkomplit⁷. Laporan kasus ini akan membahas pemberian misoprostol pada pasien abortus inkomplit.

Kasus

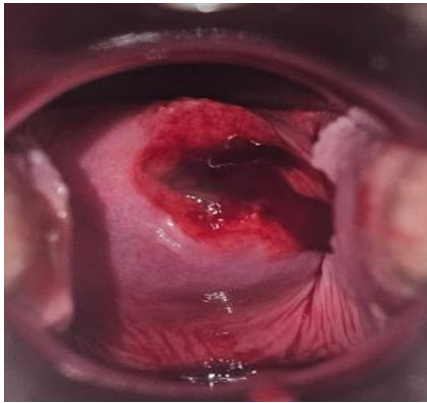
Seorang pasien wanita berusia 26 tahun datang ke IGD Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Moeloek (RSUDAM) pada tanggal 13 Mei 2024 dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir sejak 1 jam SMRS. Pasien sudah mengganti pembalut sebanyak 1 kali. Darah yang keluar berwarna merah segar disertai

keluarnya gumpalan seperti hati ayam. Riwayat keputihan disangkal, pasien juga mengeluhkan nyeri pada perut bagian bawah sejak 2 jam SMRS. Nyeri yang dirasakan hilang timbul dan tidak menjalar. Pasien tidak mengeluhkan sakit kepala, mual, muntah, demam, serta mata kabur. Pasien juga tidak mengeluhkan masalah BAK dan BAB. Riwayat trauma, diurut-urur dan minum jamu-jamuan disangkal. Riwayat nyeri pasca coitus juga disangkal pasien. Pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, asma, dan alergi. Pasien pertama kali haid saat berusia 13 tahun, siklus teratur tiap bulan, lama haid 4 hari, ganti pembalut 2-3 kali. Hari pertama haid terakhir (HPHT) pasien pada 4 Februari 2024. Hari perkiraan lahir (HPL) 11 November 2024. Pernikahan pertama yang telah berlangsung 3 bulan, dan belum ada penggunaan KB. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama pasien.

Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien tampak sakit sedang dengan kesadaran compos mentis (GCS E4V5M6). Tanda-tanda vital pasien tekanan darah 124/82 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,5°C dan saturasi oksigen 99%. Status gizi pasien dalam batas normal dengan IMT 19,9. Pemeriksaan status generalis dalam batas normal. Bentuk kepala normocephali dengan persebaran rambut merata. Mata dalam batas normal tidak didapatkan konjungtiva anemis atau sklera ikterik. Telinga, hidung, mulut dan lidah dalam batas normal. Pemeriksaan leher pasien tidak didapatkan pembesaran kelenjar getah ataupun pembesaran tiroid. Pemeriksaan thorax, dan abdomen kesan dalam batas normal. Pemeriksaan abdomen: datar lemas, FUT tidak teraba, massa (-), nyeri tekan (-) tanda cairan bebas tidak ada. Pemeriksaan ginekologi inspekulo: portio livid, OUE terbuka, fluksus (+) darah tidak aktif, fluor (-), E/L/P (-).

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan berupa pemeriksaan hematologi didapatkan Hb: 13.1g/dL, Leukosit 14.100/uL, Eritrosit 4.6Juta/uL, Hematokrit: 39%, Trombosit 270.000/ uL, MCV 86 fL, MCH 29pg, MCHC 34g/dL, Basofil: 0, Eosinofil: 0%, Batang:0% Segmen: 78%, Limfosit: 18%, Monosit:4%,

Plano Test: positif. Pada pemeriksaan USG didapatkan kesan uterus AF bentuk dan ukuran membesar, miometrium homogen, stratum basalis reguler, tampak sisa konsepsi ukuran 1,07 x 0,77cm.



Gambar 1. Pemeriksaan inspekulo



Gambar 2. Gambaran USG di IGD

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan yang telah dilakukan, diagnosa yang didapat pada pasien adalah abortus inkomplit. Penatalaksanaan pada pasien ini, yaitu observasi keadaan umum, tanda-tanda vital, dan perdarahan. Pasien ini juga diberikan IVFD ringer laktat 20 TPM, inj. asam traneksamat 500 mg/8 jam, inj. Ceftriaxone 1gr/ 12 jam, serta menunggu USG konfirmasi.



Gambar 3. Gambaran USG konfirmasi

Pada follow up pertama, pasien mengeluh perdarahan (+), kepala pusing (+),

mual dan muntah (-), kesadaran compos mentis, TD 124/68 mmHg, nadi 100x/m, RR 18x/m dan suhu 37,5°C. Follow up selanjutnya dijumpai pasien mengeluhkan pendarahan dan sakit kepala, kesadaran compos mentis, TD 105/72 mmHg, nadi 92x/m, RR 18x/m dan suhu 37,1°C. Pada USG konfirmasi didapatkan sisa konsepsi berukuran 1,07 x 0,77cm. Pasien diberi tatalaksana IVFD ringer laktat 20 TPM, inj. asam traneksamat 500 mg/8 jam, inj. Cefadroxil 500 mg/ 12 jam PO, misoprostol 200 mcg/8 jam PV, serta terminasi sisa konsepsi pervaginam.

Pembahasan

Pada kasus ini, pasien didiagnosa dengan abortus inkomplit. Pasien menerima misoprostol 200 mcg/8 jam secara pervaginam. Pada pasien abortus inkomplit, terdapat tiga pilihan tatalaksana yang dipilih tergantung dengan ukuran hasil konsepsi yang tersisa. Pilihan tatalaksana berdasarkan ukuran hasil konsepsi, antara lain: a. sisa hasil konsepsi <15 mm umumnya akan menggunakan manajemen ekspektatif baik, karena kemungkinan terjadi ekspulsi spontan tanpa intervensi; b. sisa hasil konsepsi >15-35 mm akan membuka opsi penatalaksanaan dengan obat atau manajemen ekspektatif. Pembedahan hanya dipertimbangkan bila ada indikasi tertentu, seperti sisa hasil konsepsi >35-50 mm dengan peningkatan volume mengindikasikan untuk dilakukannya manajemen bedah⁸.

Jika tatalaksana yang dipilih adalah jalur pemberian obat, maka pemberian harus dipertimbangkan untuk observasi selama beberapa jam sampai sebagian besar hasil konsepsi telah keluar dan perdarahan keluar dengan jumlah yang dapat diterima, hasil konsepsi yang tersisa kemungkinan besar akan hilang dalam waktu 24 jam. Jika tidak ada penyelesaian dengan misoprostol, maka dilakukan pembedahan. Pemeriksaan inspekulo harus dilakukan sebelum mengambil keputusan untuk evakuasi, karena hasil konsepsi mungkin sudah ada di dalam vagina⁸.

Menurut National Institute for Health and Care Excellence (NICE), dosis untuk abortus inkomplit adalah 600 µg melalui

vagina. Menurut International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), Pada kasus abortus inkomplit, misoprostol dapat diberikan 600 µg per oral 1 kali saja. Alternatif lain adalah 400 µg sublingual atau 400–800 µg melalui vagina.

Menurut American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), mifepristone diberikan 200 mg 24 jam sebelum pemberian misoprostol. Kemudian, diberikan misoprostol 800 µg melalui vagina. Jika tidak berhasil, dosis bisa diulangi sekali dalam 7 hari⁵.

Pemberian secara pervaginam dan peroral dianjurkan dalam protokol yang dikeluarkan oleh NICE, FIGO dan ACOG. Pada protokol oleh NICE untuk untuk pasien abortus inkomplit hanya menggunakan misoprostol pervaginam. Protokol FIGO mengutamakan penggunaan misoprostol peroral, sedangkan penggunaan melalui vagina adalah jalur alternatif. Sedangkan pada protokol oleh ACOG, hanya eksklusif pada cara pemberian misoprostol pervaginam setelah pemberian mifepristone. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada praktiknya keduanya masih efektif⁵.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Sheeba dkk, ditemukan bahwa rute peroral dan pervaginam memiliki efektivitas yang tinggi, namun lebih tinggi pada rute pervaginam sebesar 92% keberhasilan dan oral sebesar 74% keberhasilan dengan $p=0,032$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa misoprostol pervaginam lebih efektif daripada peroral⁸.

Hasil penelitian ini mendukung penggunaan misoprostol, baik melalui vagina atau oral, sebagai alternatif praktis dibandingkan evakuasi bedah konvensional pada *missed abortion* dengan tingkat keberhasilan yang tinggi, dapat diterima oleh pasien, dan efek samping yang dapat ditoleransi. Rute vagina lebih efektif. Namun, tindakan ini hanya boleh dilakukan oleh dokter terlatih yang dapat memberikan perawatan bedah jika terjadi kegagalan aborsi atau pendarahan berlebihan. Bahkan pada kasus yang gagal, penggunaan misoprostol membuat prosedur pembedahan menjadi lebih mudah karena efek pematangan

serviksnya⁶.

Beberapa studi sebelumnya telah menunjukkan bahwa pemberian misoprostol per vaginal merupakan rute yang lebih efektif dibandingkan per oral. Souzi et al membandingkan efek misoprostol per oral, sublingual, dan pervaginam terhadap dengan hasil efek samping sakit kepala dan muntah paling banyak disebabkan oleh misoprostol peroral dan sublingual⁹. Hal ini selaras dengan penelitian Marwah et al. pasien yang mengkonsumsi obat misoprostol oral memiliki risiko diare dan penyakit gastrointestinal lainnya sehingga penggunaan misoprostol melalui vagina bisa digunakan untuk menghindari efek samping pada pencernaan⁸.

Khainar dan Patil menyatakan bahwa jika dosis dan interval pemberian obat dalam metode sublingual dan vagina diterapkan dengan benar, efektivitas untuk kedua rute tersebut memiliki hasil yang serupa¹⁰. Studi oleh Imširija et al. menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan yang menunjukkan perbandingan efektivitas antara penggunaan misoprostol pervaginam dan peroral selama minggu ke 9 dan 12 kehamilan; namun, secara keseluruhan, lebih banyak tingkat keberhasilan telah dilaporkan untuk rute pemberian pervaginam¹¹.

Berbeda dengan hasil meta-analisis oleh Rahimi dkk yang menunjukkan bahwa penggunaan misoprostol oral lebih baik dibandingkan pemberian melalui vagina dalam beberapa aspek¹². Durasi persalinan akan terjadi lebih lama pada pemberian misoprostol secara oral, tetapi memiliki efek samping kehamilan dan neonatal yang lebih sedikit. Sebaliknya, penggunaan misoprostol melalui vagina meningkatkan kontraksi uterus. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa saat ini, keputusan untuk menggunakan obat ini secara oral atau vagina harus berdasarkan kasus per kasus, tergantung pada kondisi ibu hamil dan bayinya¹³.

Simpulan

Seorang pasien wanita usia 26 tahun mengalami abortus inkomplit. Pada beberapa penelitian membuktikan bahwa misoprostol

pervaginam lebih efektif digunakan untuk tatalaksana abortus inkomplit. Pemberian misoprostol pervaginam juga mematangkan serviks untuk mempermudah proses pembedahan bila perlu dilakukan untuk penatalaksanaan abortus inkomplit. Namun apabila mempertimbangkan efek samping, penggunaan peroral lebih sedikit memberikan efek samping. Oleh karena itu, keputusan rute pemberian obat harus melihat gejala klinis dan keluhan pasien untuk meminimalisir kejadian yang tidak diinginkan.

Daftar Pustaka

1. Akbar dan Aidil. Faktor penyebab abortus di Indonesia tahun 2010-2019: Studi meta analisis. *Jurnal Biomedik: JBM*. 2019; 11(3).
2. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Pedoman Nasional Asuhan Pasca Keguguran yang Komprehensif. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2020.
3. Musik T, Grimm J, Juhasz-Böss I, Böz E. Treatment options after a diagnosis of early miscarriage: Expectant, medical, and surgical. *Dtsch Arztebl Int*. 2021; 118(46): 789-794. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0346. PMID: 34696822; PMCID: PMC8864670.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early pregnancy loss. *Obstet Gynecol*. 2018; 132(5): e197-e207.
5. World Health Organization. Human Reproduction Programme. Abortion Care Guideline. World Health Organization. 2023.
6. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2012; 98(5): 1103-11.
7. Redinger A., Nguyen H. Incomplete Miscarriage. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK 559071/>
8. Marwah S, Gupta S, Batra NP, Bhasin V, Sarna V, Kaur N. A Comparative Study to Evaluate the Efficacy of Vaginal vs Oral Prostaglandin E1 Analogue (Misoprostol) in Management of First Trimester Missed Abortion. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2016; 10(5): QC14–QC18. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/1817 8.7891>
9. Souzi B, Akrami R, Borzooee F, Sahebkar M. Comparison of the efficacy of sublingual, oral, and vaginal administration of misoprostol in the medical treatment of missed abortion during first trimester of pregnancy: A randomized clinical trial study. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2020; 25(1):72. <https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS 393 1 9>
10. Khairnar MM, Patil AM. Study of the efficacy and success rate of single dose oral mifepristone and vaginal misoprostol v/s vaginal misoprostol alone for second trimester termination of pregnancy. *MVP J Med Sci*. 2019; 5:216–21.
11. Imširija N, Imširija L, Godinjak Z, Deković S, El Ardat MA. Contemporary treatment of pathological pregnancies in the first trimester. *Med J*. 2015; 21:34–7.
12. Rahimi M, Haghighi L, Baradaran HR, Azami M, Larijani SS, Kazemzadeh P, et al. Comparison of the effect of oral and vaginal misoprostol on labor induction: updating a systematic review and meta-analysis of interventional studies. *Eur J Med*. 2023; 28 (51): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40001-023-01007-8>
13. Hitzeman N dan Albin K. Misoprostol for incomplete first trimester miscarriage. *American family physician*. 2014; 89(7): 523–524.