

G1P0A0 Hamil 9 Minggu Dengan Anemia Normositik Normokrom ET Causa Kehamilan Ektopik Terganggu, Unmarried: Sebuah Studi Kasus

Maheswari Madina Regar¹, Ardian Suryo Anggoro², Damarizqa Dara Sjahrudin²

¹ Program Studi Profesi Dokter, Universitas Yarsi, Jakarta Indonesia ² RSUD Pasar Rebo

³ Staf Pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi, Jakarta Indonesia

Corresponding Author: Madina, Maheswari, e-mail: maheswarimadina2002@gmail.com

Published: Desember, 2025

ABSTRAK

Latar Belakang Kehamilan ektopik terganggu (KET) merupakan kegawatdaruratan obstetrik yang dapat mengancam jiwa ibu dan mengganggu kelangsungan hidup janin, terutama pada trimester pertama. Faktor risiko utama meliputi riwayat kerusakan tuba, infeksi tuba, dan gaya hidup yang kurang baik. Deteksi dini melalui temuan klinis, pemeriksaan serum, dan sonografi transvagina sangat penting untuk diagnosis yang tepat. Tatalaksana segera, seperti salpingektomi, dapat membantu memperbaiki prognosis dari fungsi reproduksi. **Metode** Penelitian ini menggunakan metode laporan kasus dengan tujuan untuk menganalisis intervensi yang dilakukan terhadap pasien dengan gangguan kehamilan anemia normositik normokrom *et causa* kehamilan ektopik terganggu. **Hasil** Wanita usia 24 tahun dengan kehamilan pertama datang ke RSUD Pasar Rebo dengan keluhan lemas, perdarahan pervaginam, dan disertai nyeri perut sisi bawah. Pemeriksaan fisik menunjukkan pasien mengalami anemia dan didapatkan nyeri tekan abdomen sisi bawah serta nyeri goyang portio pada pemeriksaan *vaginal toucher*. Pada pemeriksaan ultrasonografi tidak tampak adanya kantong kehamilan yang terlihat dalam kavum uteri. Namun, tampak terdapat area yang teridentifikasi sebagai kemungkinan kehamilan ektopik pada tuba fallopi dextra. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan penurunan dari hemoglobin 6.7 g/dL dan hematokrit 19 %. Melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang pasien didiagnosis mengalami anemia akibat kehamilan ektopik terganggu dan dilakukan tatalaksana dengan resusitasi cairan NaCl dan ringer laktat, transfusi *packed red cells*, antibiotik profilaksis, serta dilakukan laparotomi eksplorasi secara *cito* yang berakhir dengan salpingektomi tuba fallopi dextra. **Kesimpulan** Kehamilan ektopik terganggu memerlukan diagnosis segera dan tatalaksana yang tepat dan cepat untuk meningkatkan keselamatan ibu dan menjaga fungsi reproduksi.

Kata kunci: Anemia, kehamilan ektopik terganggu, laparotomi, salpingektomi.

© The Author(s). 2021 Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

PENDAHULUAN

Kehamilan ektopik adalah suatu kondisi di mana sel telur yang telah dibuahi berkembang di luar dinding endometrium pada kavum uteri. Apabila kehamilan tersebut berakhir dengan keguguran, kondisi ini dikenal dengan sebutan kehamilan ektopik terganggu (KET). Kehamilan ektopik terganggu merupakan keadaan kegawatdaruratan obstetrik yang dapat mengancam jiwa, menyebabkan kecacatan, mengganggu kelangsungan hidup janin, serta berisiko menimbulkan kematian ibu, terutama pada trimester pertama kehamilan. Penanganan yang tidak tepat dan cepat terhadap kehamilan ektopik terganggu dapat meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas ibu.

Sebagian besar kehamilan ektopik terjadi pada tuba fallopi, yaitu sekitar 90-95%, dengan 70-80% di antaranya berkembang di bagian ampulla tuba. Kehamilan ektopik sangat jarang terjadi pada ovarium, cavum abdominal, canalis servikalis, ataupun intraligamenter.

Riwayat kerusakan tuba, baik yang disebabkan oleh kehamilan ektopik sebelumnya maupun akibat pembedahan tuba, merupakan faktor risiko tertinggi terjadinya kehamilan ektopik. Selain itu, riwayat infeksi tuba atau gaya hidup yang kurang baik juga merupakan faktor risiko yang umum. Adanya riwayat salpingitis dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kehamilan ektopik pada hampir 9% wanita. Kehamilan ektopik diidentifikasi melalui kombinasi temuan klinis, pemeriksaan serum, dan sonografi transvagina. Temuan klinis yang dievaluasi meliputi riwayat amenore, perdarahan pervaginam, dan nyeri pada perut bagian bawah. Jika nyeri semakin berat disertai dengan penonjolan pada pemeriksaan cavum douglas, maka diagnosis kehamilan ektopik terganggu (KET) dapat ditegakkan. Pasien yang diduga mengalami ruptur tuba perlu segera menjalani terapi pembedahan.

Beberapa tindakan pengobatan dapat dilakukan untuk mencegah dampak yang lebih parah, salah satunya adalah terapi medis melalui tindakan operatif, yaitu salpingektomi yang merupakan prosedur bedah yang bertujuan untuk mengangkat salah satu atau kedua tuba fallopi, namun tetap mempertahankan keberadaan rahim dan indung telur. Prosedur ini dirancang sebagai tindakan pengobatan utama untuk kehamilan ektopik.

Tindakan salpingektomi dilakukan dengan cara mengklem bagian tuba yang terletak antara uterus dan massa konsepsi, kemudian memotongnya. Sisa tuba (stump) akan diikat dengan jahitan ligasi. Arteri tuboovaria diligasi, sementara arteri uteroovaria dipertahankan. Tuba yang telah direseksi kemudian dipisahkan dari mesosalping. Pasien yang telah menjalani prosedur pembedahan dapat mengalami beberapa dampak pascaoperasi seperti perubahan siklus hormon ataupun nyeri.

Kehamilan ektopik memainkan peran penting dalam peningkatan mortalitas dan morbiditas maternal pada trimester pertama kehamilan. Namun, deteksi dini terhadap faktor risiko, diagnosis segera, serta tatalaksana yang tepat dapat membantu memperbaiki prognosis reproduksi di masa depan. Prognosis yang buruk sering kali terkait dengan rendahnya kemungkinan keberhasilan kehamilan yang sehat setelah terjadinya kehamilan ektopik. Dalam tulisan ini, penulis akan melaporkan sebuah kasus kehamilan ektopik terganggu pada kehamilan G1P0A0 Hamil 9 Minggu dengan Anemia Normositik Normokrom, *Unmarried*.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan analisis laporan kasus berdasarkan catatan perawatan pasien untuk mengetahui intervensi dalam rangka memberikan representasi pemecahan masalah berdasarkan langkah langkah medis yang dielaborasi dengan berbagai teori dan prinsip tindakan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan kondisi dan tempat studi kasus.

LAPORAN KASUS

Seorang perempuan Ny O.A berusia 24 Tahun datang ke IGD Rumah Sakit Pasar Rebo pada tanggal 22 juli 2025 dengan keluhan lemas sejak 2 hari SMRS sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa. Keluhan disertai dengan keluar darah dari kemaluan sejak 3 hari SMRS. Pasien mengatakan darah yang keluar berwarna seperti darah haid dengan volume darah yang keluar tidak tentu setiap harinya. Pasien mengaku mengganti pembalut kurang lebih 2-3x/hari. Keluhan juga disertai dengan nyeri perut bagian bawah sejak 4 hari SMRS. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti keram dan terasa seperti ditusuk-tusuk. Nyeri perut dirasakan terus-menerus dan memberat jika pasien batuk. Keluhan seperti mual, muntah, pusing, nyeri punggung atau bahu, serta penurunan kesadaran disangkal oleh pasien.

Pasien belum melakukan pengobatan sebelumnya untuk menghilangkan keluhan, namun 2 hari yang lalu sebelum ke RSUD Pasar Rebo pasien telah ke Rumah Sakit Kramat Jati dan telah dilakukan pemeriksaan laboratorium (Hb 9 g/dL) dan pemeriksaan Beta hCG dengan hasil positif. Pasien mengatakan haid terakhir pada tanggal 4 Mei 2025 selama 5 hari dan tidak mengalami haid kembali pada bulan juni, sedangkan pasien mengaku bahwa dirinya tidak pernah telat haid dan sebelumnya pasien pernah melakukan hubungan seksual dengan pacarnya. Oleh karena itu, pasien

melakukan pemeriksaan *testpack* secara mandiri tanpa saran dari dokter sebelumnya. Pasien mengaku hasil *testpack* menunjukkan 2 garis yang berarti positif hamil. Lalu pasien mengaku pernah berusaha menggugurkan janinnya dengan misoprostol 2x3 tablet pada tanggal 03 Juli 2025, namun tidak berhasil.

Berdasarkan riwayat obstetri G1P0A0 dengan usia kehamilan diperkirakan berusia 9 minggu berdasarkan HPHT. Pasien tidak menggunakan kontrasepsi dan memiliki riwayat hubungan seksual aktif dengan pasangan tetap selama setahun terakhir. Tidak ada riwayat penyakit menular seksual, perdarahan postkoital, maupun dyspareunia. Pasien menyatakan bahwa ia memiliki hubungan seksual yang teratur dengan frekuensi hubungan seksual 2-3 kali dalam seminggu dengan pasangan tetap selama 1 tahun terakhir, dan telah aktif secara seksual sejak usia 21 tahun. Namun, selama berhubungan seksual, pasien tidak pernah menggunakan kontrasepsi. Pasien kemudian datang dengan kondisi kehamilan di luar pernikahan yang didiagnosis sebagai kehamilan ektopik terganggu akibat ruptur tuba falopi dextra. Kondisi ini memerlukan tindakan salpingektomi segera untuk mencegah perdarahan lanjutan serta menurunkan risiko morbiditas. Keluarga, khususnya orang tua pasien, memberikan persetujuan terhadap prosedur tersebut dan mendampingi pasien selama proses penatalaksanaan maupun pemulihan. Pada aspek kebiasaan pasien merupakan perokok aktif sejak usia 21 tahun dengan konsumsi $\frac{1}{2}$ –1 bungkus rokok per hari. Pasien menyangkal riwayat konsumsi alkohol maupun penyalahgunaan zat terlarang. Pola makan terdiri dari 2–3 kali per hari, dan selama kehamilan pasien tidak mengonsumsi suplementasi nutrisi seperti tablet tambah darah atau vitamin.

Gambar 1. Hasil Pemeriksaan Ultrasonografi



Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis dengan *glasgow coma scale* 15. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 86/54 mmHg, nadi 121x/menit, laju pernapasan 22x/menit, suhu 36,4°C, SpO₂ 99% on room air. Berat badan dan tinggi badan pasien yaitu 68 kg dan 160 cm. Status gizi didapatkan berat badan berlebih dengan IMT (Indeks Massa Tubuh) 26,6 kg/m². Pada pemeriksaan umum didapatkan pada mata konjungtiva anemis (+/+), pada pemeriksaan diperoleh striae gravidarum (+), nyeri tekan abdomen bawah, defans muskular dan nyeri goyang portio.

Hasil pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan hematologi, kimia klinik, elektrolit, dan ultrasonografi abdomen. Pemeriksaan hematologi pada tanggal 22 Juli 2025 pukul 06.40 menunjukkan kadar hemoglobin 6.7 g/dL (LL), hematokrit 19% (LL), dan eritrosit 2.2 juta/uL (L). Pemeriksaan lanjutan pada pukul 08.54 menunjukkan hemoglobin 5.9 g/dL (LL), hematokrit 17% (LL), dan eritrosit 2.0 juta/uL (L). Jumlah leukosit tercatat $19.31 \times 10^3/\text{uL}$ (H) dan $15.71 \times 10^3/\text{uL}$ (H), dengan neutrofil segmen masing-masing 92% (H) dan 91% (H), serta limfosit 6% (L) pada kedua pemeriksaan. Nilai limfosit absolut tercatat 1159/uL (L) dan 943/uL (L). Pemeriksaan APTT pada tanggal 22 Juli 2025 menunjukkan hasil 21.5 detik (L). Pemeriksaan elektrolit pada tanggal 23 Juli 2025 menunjukkan kadar kalium 3.4 mmol/L (L). Pemeriksaan β -hCG urin memberikan hasil positif. Pada pemeriksaan ultrasonografi abdomen tanggal 22 Juli 2025 didapatkan temuan tidak tampaknya kantong gestasi di dalam kavum uteri serta tampak terdapat area yang teridentifikasi pada tuba falopi dextra yang diduga sebagai gambaran kehamilan ektopik.

Pada pasien ditegakkan diagnosis G1P0A0 usia kehamilan 9 minggu dengan anemia normositik normokrom et causa kehamilan ektopik terganggu. Tatalaksana yang diberikan meliputi

pemasangan infus NaCl 0,9% 500 cc, pemasangan kateter urin, pemeriksaan darah serial setiap empat jam, pemasangan infus tambahan Ringer Laktat 20 tpm, serta pemberian oksigen dengan nasal kanul 3 L/menit. Pasien dipersiapkan untuk tindakan laparotomi dengan penyediaan PRC 2 × 500 cc, uji kulit cefoperazone yang hasilnya negatif, dan pemberian cefoperazone 2 gram sebagai antibiotik preoperatif, diikuti transfusi PRC 2 × 500 cc sebelum operasi.

Pada tanggal 22 Juli 2025 pukul 10.00 WIB pasien menjalani laparotomi *cito* dengan temuan ruptur tuba falopi dextra, sehingga dilakukan salpingektomi dextra, kontrol perdarahan, dan pencucian rongga abdomen. Total perdarahan intraoperatif tercatat 300 cc, dan pasien kemudian dipindahkan ke ICU pascaoperasi. Diagnosis pascaoperasi dicatat sebagai tubal pregnancy, dengan prognosis *quo ad vitam: ad bonam, quo ad functionam: dubia ad bonam*, dan *quo ad sanationam: dubia ad bonam*.

PEMBAHASAN

Kehamilan ektopik adalah kondisi medis di mana sel telur yang telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri, melainkan berada di luar rahim, yang umumnya terjadi pada saluran tuba falopi. Secara statistik, lebih dari 95% kasus kehamilan ektopik terjadi di tuba falopi. Pada pemeriksaan USG akan tampak uterus tanpa kantong gestasi dan akan tampak kantong gestasi yang berisi mudigah di luar uterus⁵. Dalam laporan ini, hasil USG memperlihatkan uterus tampak dalam batas normal dan tidak tampak adanya kantong kehamilan yang terlihat dalam kavum uteri serta tampak terdapat area yang teridentifikasi sebagai kemungkinan kehamilan ektopik pada tuba falopi dextra. Ketika kehamilan ektopik mengalami proses pengakhiran atau abortus, kondisi ini dikenal dengan istilah kehamilan ektopik terganggu (KET), yang mengacu pada situasi di mana kehamilan di luar rahim tidak dapat berkembang lebih lanjut² yang dapat ditandai dengan gejala seperti timbulnya nyeri perut bagian bawah yang muncul mendadak, adanya perdarahan pervaginam, serta dapat ditandai dengan terjadinya amenorea. Dalam laporan ini, pasien mengeluhkan nyeri perut bagian bawah dan merasa lemas yang kemungkinan disebabkan oleh keluarnya darah dari kemaluan yang terjadi sejak 4 hari SMRS. Perdarahan intraabdomen akibat ruptur tuba dapat menyebabkan syok karena terjadi gangguan pada sirkulasi umum yang dapat mengakibatkan takikardi dan hipotensi⁶. Dalam laporan ini, didapatkan tekanan darah pasien 86/53 mmHg (hipotensi) dan frekuensi nadi pasien 121x/menit (takikardi) yang berarti pasien datang dalam keadaan syok kategori berat¹.

Kehamilan ektopik disebabkan oleh terjadinya hambatan dalam nidasi embrio ke endometrium sehingga nidasi terjadi di luar kavum uteri. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya yaitu adanya peradangan atau infeksi pada tuba sehingga lumen tuba menyempit atau buntu, struktur tuba yang panjang dan berkelok-kelok, adanya kelainan endometriosis tuba atau divertikel saluran tuba, adanya tumor disekitar saluran tuba, adanya zigot yang tumbuh terlalu cepat atau tumbuh dengan ukuran besar sehingga zigot tersendat dan tumbuh disaluran tuba, adanya ovum yang ditangkap oleh tuba yang kontralateral, penggunaan pil KB yang hanya mengandung progesteron sehingga gerakan tuba melambat, ataupun penggunaan IUD, faktor usia lanjut, dan kebiasaan merokok yang juga menjadi faktor terjadinya kehamilan ektopik⁵. Dalam laporan ini berdasarkan anamnesis, pasien merupakan perokok aktif sejak usia 21 tahun, dalam sehari pasien dapat menghabiskan 1/2 – 1 bungkus rokok perharinya. Oleh karena itu, kebiasaan merokok pada pasien dapat menjadi faktor terjadinya kehamilan ektopik yang dialami pasien saat ini.

Pada pasien ini, kehamilan ektopik terganggu teridentifikasi setelah penggunaan misoprostol yang dilakukan secara mandiri untuk mengakhiri kehamilan yang terjadi di luar pernikahan. Pasien tidak pernah menjalani pemeriksaan ultrasonografi maupun evaluasi antenatal sebelumnya, sehingga lokasi kehamilan tidak diketahui sebelum pemberian misoprostol. Secara farmakologis, misoprostol merupakan analog prostaglandin E₁ yang bekerja melalui peningkatan aktivitas kontraktil miometrium dan pematangan serviks, sehingga efektif untuk terminasi kehamilan intrauterin. Namun demikian, obat ini tidak memiliki mekanisme yang dapat menyebabkan implantasi ektopik, memindahkan lokasi embrio, ataupun meningkatkan risiko terjadinya kehamilan ektopik. Diagnosis kehamilan ektopik pascapemberian misoprostol pada kasus ini mengindikasikan adanya keterlambatan identifikasi kondisi ektopik yang telah berlangsung sebelumnya. Gejala klinis berupa

perdarahan dan nyeri abdomen setelah konsumsi misoprostol menyerupai respons fisiologis terhadap obat, sehingga menutupi tanda awal kehamilan ektopik dan mengakibatkan keterlambatan diagnosis sampai menjadi ruptur tuba².

Pada umumnya dengan anamnesis dan pemeriksaan yang tepat diagnosis kehamilan ektopik dapat ditegakkan, namun alat bantu diagnostik seperti kuldosentesis, ultrasonografi, ataupun laparoskopi masih sering diperlukan. Sementara itu, dalam mendiagnostik kehamilan ektopik terganggu diperlukan pemeriksaan laboratorium dengan pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit. Bila terdapat penurunan hemoglobin dan hematokrit dapat mendukung diagnosis kehamilan ektopik terganggu. Pada kasus yang tidak mendadak biasanya juga ditemukan anemia. Lalu, jika jumlah leukosit meningkat melebihi 20.000 dapat menandakan kehamilan ektopik yang disebabkan oleh infeksi pelvik⁵. Pada laporan ini, dalam pemeriksaan laboratorium didapatkan penurunan dari hemoglobin 6.7 g/dL, hematokrit 19 %, serta peningkatan leukosit $19.31 \times 10^3/\mu\text{L}$ yang tidak melebihi 20.000. Oleh karena itu, hasil laboratorium pada pasien ini dapat mendukung diagnosis kehamilan ektopik terganggu.

Penanganan kehamilan ektopik pada umumnya adalah laparotomi. Namun, terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dan dipertimbangkan yaitu, kondisi penderita saat itu, keinginan penderita akan fungsi reproduksinya, lokasi kehamilan ektopik, kondisi anatomik organ pelvis, kemampuan teknik bedah mikro dokter operator, dan kemampuan teknologi fertilisasi invitro setempat. Pertimbangan ini menentukan apakah perlu dilakukan salpingektomi pada kehamilan tuba, atau dapat dilakukan pembedahan konservatif saja seperti salpingostomi atau reanastomosis tuba. Apabila kondisi penderita buruk, lebih baik dilakukan salpingektomi⁵. Pada laporan ini, dikarenakan saat laparotomi eksplorasi didapatkan ruptur tuba dextra maka pasien harus dilakukan salpingektomi.

Pada laporan ini, tercatat jumlah pendarahan selama proses laparotomi sebanyak 300 cc. Seperti yang telah dilaporkan bahwa kadar hemoglobin pasien pada awal kedatangan sebesar 6,7 g/dL yang kemudian menurun menjadi 5,9 g/dL dalam waktu dua jam. Penurunan kadar Hb yang cukup signifikan tersebut mengindikasikan adanya perdarahan akut, baik yang terjadi sebelum pasien mendapatkan penanganan maupun selama proses stabilisasi awal⁴. Secara fisiologis, kehilangan darah sekitar 500 mL umumnya berhubungan dengan penurunan Hb sebesar ± 1 g/dL. Dengan demikian, penurunan Hb sebesar 0,8 g/dL pada kasus ini diperkirakan berkaitan dengan kehilangan darah sekitar 400–500 mL. Sebagai bagian dari penatalaksanaan, pasien menerima dua kali transfusi darah masing-masing 500 mL sehingga total volume transfusi mencapai 1000 mL. Secara teori, volume tersebut seharusnya mampu meningkatkan kadar Hb sekitar 2–3 g/dL. Namun, hasil pemantauan 20 jam kemudian menunjukkan peningkatan Hb hanya mencapai 7,4 g/dL, yang lebih rendah dari perkiraan teoritis.

Kondisi ini menunjukkan bahwa terdapat faktor-faktor tambahan yang memengaruhi respons tubuh terhadap transfusi. Salah satu faktor yang paling berperan adalah hemodilusi akibat pemberian cairan infus dalam jumlah besar selama salpingektomi. Cairan intravena diberikan untuk mempertahankan tekanan darah dan menjaga perfusi organ vital, terutama pada kondisi perdarahan aktif. Namun, peningkatan volume cairan intravaskular dapat menyebabkan pengenceran darah sehingga konsentrasi hemoglobin tampak lebih rendah meskipun transfusi telah dilakukan⁴. Di samping itu, meskipun jumlah perdarahan intraoperatif yang tercatat hanya sekitar 300 cc, kemungkinan terjadinya perdarahan yang tidak terdeteksi sebelum maupun selama prosedur tidak dapat dikesampingkan, sehingga mempengaruhi rendahnya kenaikan Hb pasca transfusi².

Proses redistribusi cairan setelah stabilisasi hemodinamik juga berperan dalam memengaruhi hasil pengukuran Hb. Setelah tindakan transfusi dan resusitasi cairan, terjadi pergeseran cairan antara ruang intravaskular dan ekstrasvaskular. Perpindahan cairan ke ruang intravaskular dalam fase pemulihan awal dapat menyebabkan hemodilusi lanjutan, sehingga kadar Hb yang terukur tampak lebih rendah dibandingkan nilai perkiraan berdasarkan volume transfusi. Selain itu, peningkatan kadar Hb tidak hanya bergantung pada jumlah eritrosit yang ditransfusikan, tetapi juga pada kemampuan sumsum tulang dalam memproduksi eritrosit baru. Proses eritropoiesis memerlukan waktu lebih lama dari 20 jam untuk menunjukkan peningkatan bermakna, sehingga hasil yang

diperoleh pasca transfusi dalam kurun waktu tersebut belum sepenuhnya mencerminkan pemulihan hematologis yang optimal⁴.

Secara keseluruhan, pencapaian kadar Hb sebesar 7,4 g/dL setelah 20 jam meskipun lebih rendah dari perkiraan teoretis, masih berada dalam rentang cukup secara klinis. Faktor-faktor seperti hemodilusi, perdarahan yang tidak terdeteksi, redistribusi cairan, serta waktu pemulihan hematologis yang relatif singkat memberikan penjelasan fisiologis terhadap hasil tersebut⁴.

Kehamilan ektopik memainkan peran penting dalam peningkatan mortalitas dan morbiditas maternal pada trimester pertama kehamilan. Namun, kematian karena kehamilan ektopik terganggu cenderung turun dengan diagnosis dini dan persediaan darah yang cukup⁵. Jika terjadi keterlambatan diagnosis sehingga ruptur pada tuba telah terjadi sehingga memerlukan operasi seperti salpingektomi hal ini dapat memengaruhi kesuburan pasien. Prognosis yang buruk sering kali terkait dengan rendahnya kemungkinan keberhasilan kehamilan yang sehat setelah terjadinya kehamilan ektopik³. Pada laporan ini, dapat dikatakan pasien datang terlambat ke rumah sakit karena pasien datang dalam kondisi telah terjadi ruptur tuba dextra, dengan kondisi pasien yang seperti ini diperlukan tindakan operasi berupa laparotomi dengan salpingektomi untuk menghentikan perdarahan dan menyelamatkan nyawa pasien.

KESIMPULAN

Pada laporan kasus ini dideskripsikan secara komprehensif mengenai penanganan kegawatdaruratan Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) pada pasien G1P0A0 hamil 9 minggu yang disertai dengan anemia normositik normokrom. Kehamilan ektopik terganggu merupakan kondisi yang mengancam jiwa ibu dan menjadi penyebab utama mortalitas serta morbiditas maternal pada trimester pertama kehamilan. Diagnosis Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) pada pasien ini ditegakkan berdasarkan trias klasik yaitu riwayat amenorea yang ditandai dengan HPHT pasien pada tanggal 4 Mei 2025, keluhan nyeri perut bagian bawah yang memberat, dan adanya perdarahan pervaginam sejak 4 hari SMRS. Konfirmasi kehamilan didapatkan dari hasil Beta hCG urin yang positif. Penegakan diagnosis didukung oleh temuan pada USG Abdomen yang memperlihatkan uterus dalam batas normal tanpa adanya kantong kehamilan dalam kavum uteri, namun tampak area teridentifikasi sebagai kemungkinan kehamilan ektopik pada tuba fallopi dextra serta pada pemeriksaan laboratorium hematologi menunjukkan adanya gambaran anemia normositik normokrom (Hb 6.7 g/dL, MCV 88 fL, MCH 31 pg/mL) dan penurunan hematokrit (19 %) yang mendukung diagnosis Kehamilan Ektopik Terganggu (KET).

Faktor risiko signifikan yang teridentifikasi pada pasien ini adalah riwayat perokok aktif sejak usia 21 tahun. Kebiasaan merokok diketahui sebagai salah satu faktor risiko yang dapat menghambat nidasi embrio ke endometrium sehingga nidasi terjadi di luar kavum uteri. Pasien datang ke rumah sakit dengan keadaan syok, gejala berat, anemia, dan kecurigaan mengalami kehamilan ektopik terganggu. Sehingga tatalaksana berupa laparotomi harus segera dilakukan. Saat dilakukan laparotomi eksplorasi terkonfirmasi adanya ruptur tuba dextra. Oleh karena itu, dilakukan tindakan salpingektomi dextra pada pasien untuk mengontrol perdarahan dan menyelamatkan nyawa pasien. Pasien juga sudah melakukan transfusi *packed red cells* sebelum operasi untuk menstabilkan kondisi hemodinamik. Meskipun tindakan operatif berhasil menyelamatkan nyawa pasien, keterlambatan diagnosis yang mengakibatkan ruptur tuba sehingga dilakukan salpingektomi menyebabkan prognosis yang kurang baik terhadap fungsi reproduksi pasien dimasa depan. Kasus ini menegaskan bahwa deteksi dini, penegakan diagnosis yang cepat dan tepat, serta tatalaksana yang adekuat merupakan kunci utama dalam meningkatkan keselamatan ibu dan menjaga fungsi reproduksi.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, K. (2022). *HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN KEJADIAN ENDOMETRIOSIS (Studi Analitik Observasional di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang)* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).
- American College of Surgeons, Committee on Trauma. (2025). *Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual* (11th ed.). American College of Surgeons.

- BQ MEISHA INDAH MELIA KINANTI, K. I. N. A. N. T. I. (2023). *ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. E UMUR 32 TAHUN G2P1A0H1 DENGAN ANEMIA SEDANG DI PUSKESMAS IMOGIRI I* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).
- Brunnicardi FC, et al. (2019). *Schwartz's Principles of Surgery*. 11th ed. New York: McGraw-Hill Education.
- Dewi, T.P., & Risilwa, M. (2017). Kehamilan Ektopik Terganggu: Sebuah Tinjauan Kasus. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 17 (1). p. 26-32.
- FATIMAH, F., & Arantika, M. P. (2022). *Pathologi Kehamilan: Memahami Berbagai Gangguan Dan Kelainan Kehamilan*.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Textbook of Medical Physiology* (14th ed.). Elsevier.
- Hawariah, A., & Nur, S. (2025). Aktualisasi Kaidah Izā Ta'āraḍa Mafsadatān Rū'īya A'zamuha Ḍararan bī Irtikābi Akhaffihimā Pada Aborsi Bagi Kehamilan Ektopik: Actualization of the Legal Maxim Izā Ta'āraḍa Mafsadatān Rū'īya A'zamuha Ḍararan bī Irtikābi Akhaffihimā in the Case of Abortion Due to Ectopic Pregnancy. *AL-MUNTAQA: Jurnal Studi Islam dan Bahasa Arab*, 1(1), 86-112.
- LIBING, C. (2023). *ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA Ny. S UMUR 37 TAHUN G6 P4 A1 Ab 3 USIA KEHAMILAN 27 MINGGU DENGAN RIWAYAT OBSTETRI BURUK DAN ANEMIA RINGAN DI PUSKESMAS SEWON 1* (Doctoral dissertation, POLTEKES KEMENKES YOGYAKARTA).
- Nadya Lestari, N. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S (P2A0) POST LAPARATOMI DENGAN SALPINGEKTOMI DEKSTRA HARI KE-1 (10 JAM) ATAS INDIKASI KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT* (Doctoral dissertation, STIKes Karsa Husada Garut).
- Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-6. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2020. p. 474–487.
- PURWANTI, R. (2024). *ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. I USIA 36 TAHUN G2P1AB0AH1 DENGAN KEHAMILAN RISIKO TINGGI (RIWAYAT SECTIO CAESAREA, ANEMIA RINGAN DAN MIOPLA) DI PUSKESMAS TEMPEL I, SLEMAN* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).
- Putri, L. A. (2019). *Buku ajar Obstetri dan Ginekologi*. Guepedia.
- Ramadhan, I. A. (2022). *HUBUNGAN USIA DAN PARITAS TERHADAP KEJADIAN KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung).
- Syafira, A.D., & Zuhra, C.E. (2025). Kehamilan Ektopik Terganggu pada G3P2A0 Hamil 8-9 Minggu. *Vitamin : Jurnal Ilmu Kesehatan Umum*. 3 (1). p. 77-85.