

MAJALAH KEDOKTERAN
SRIWIJAYA

(Medical Journal Of Sriwijaya University)

PERBANDINGAN KEAMANAN DAN EFektifitas TINDAKAN DILATASI DAN KURETASE DENGAN ASPIRASI VAKUM MANUAL PADA ABORTUS INKOMPLIT.

Ridha Qadhar, George Adriaansz, Rizani Amran.

Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi

Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya/RS.Mohamad Hoesin Palembang.

Abstrak:

Tujuan : Mengetahui tingkat keamanan dan efektifitas tindakan dilatasi dan kuretase (D&K) dengan aspirasi vakum manual (AVM) pada abortus inkomplit. Rancangan/rumusan data: Penelitian prospektif, uji klinis. Tempat, Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi FK Unsri/RSMH Palembang. Bahan dan cara kerja : Subjek penelitian terdiri dari 84 kasus abortus inkomplit yang memenuhi kriteria inklusi. Dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok D&K 42 kasus dan kelompok AVM 42 kasus. Hasil : Perbandingan lama tindakan dan penelitian operator terhadap tindakan ternyata AVM lebih cepat dan lebih mudah dibanding dengan D & K dimana secara statistik berbeda bermakna ($p<0,05$). Perbandingan jumlah darah dan nyeri verbal pada kedua kelompok secara statistik tidak berbeda bermakna ($p>0,05$). Tidak didapatkan komplikasi pasca tindakan pada kedua kelompok.

Kata kunci : Abortus inkomplit, dilatasi dan kuretase, aspirasi vakum manual.

PENDAHULUAN.

Abortus inkomplit adalah penge- luaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus.

Diperkirakan angka kejadian abortus spontan 10-17% dari seluruh kehamilan.²

Abortus inkomplit sampai saat ini masih merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) 15-50% kematian ibu disebabkan abortus. Walaupun data akurat tentang dampak abortus tak aman (berisiko) terhadap kesehatan maternal sangat sedikit, WHO memperkirakan :

1. Terdapat 20 juta kasus abortus tak aman diseluruh dunia pertahun.
2. Terdapat 70.000 kematian ibu yang berkaitan dengan kehamilan diakibatkan oleh abortus tak aman.
3. Satu dari 8 kematian ibu berkaitan dengan kehamilan diakibatkan oleh abortus tak aman (berisiko).^{3,4,5,6,7}

Oleh karena itu diperlukan penanganan segera untuk mencegah timbulnya komplikasi. Evakuasi sisa hasil konsepsi dapat dilakukan dengan tindakan dilatasi dan kuretase (D&K) atau aspirasi vakum manual (AVM).^{2,4,6,7,8}

Tindakan D&K umumnya dilakukan di kamar operasi dengan anestesi oleh tenaga ahli sedangkan AVM dapat dilakukan di kamar

tindakan tak memerlukan anestesi dan dapat dilakukan oleh tenaga medis terlatih.

Saat ini intervensi kematian ibu lebih diarahkan pada pertolongan persalinan yang aman dan bersih serta penanganan kegawatan persalinan, sementara asuhan pasca abortus khususnya di fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) belum tertangani secara memadai.³ Penanganan kasus-kasus abortus inkomplit yang dilakukan oleh dokter umum dan bidan hanyalah bagian dari tindakan gawat darurat untuk menye-lamatkan pasien.³

Fasilitas pelayanan kesehatan yang lengkap termasuk pelayanan pasca abortus pada umumnya di kota-kota besar, kondisi ini menyebabkan tingginya biaya pelayanan dan hambatan keterjangkauan bagi masya-rakat desa.⁴

Tersedianya pelayanan pasca abortus diberbagai tingkat pelayanan kesehatan akan menurunkan morbi-ditas dan mortalitas abortus inkomplit.⁴ Laporan WHO menyebutkan bahwa pertolongan segera merupakan langkah yang sangat penting dalam upaya menyelamatkan penderita abortus inkomplit.

Prinsip penatalaksanaan abortus inkomplit adalah pengosongan sisa massa kehamilan dari vakum uteri, umumnya ada dua cara yang digunakan untuk tujuan tersebut, yang pertama adalah dilatasi dan kuretase (D&K) yaitu pembersihan sisa massa kehamilan dengan mendilatasikan serviks uteri untuk memasukkan

instrumen logam dan mengerok din-ding uterus. Cara kedua sisa massa kehamilan dihisap dengan tekanan negatif melalui kanula plastik yang dimasukkan kedalam kavum uterus. Prosedur aspirasi dapat menggunakan tabung vakum yang tekanan negatifnya dibuat dengan tenaga listrik atau secara manual.^{11,12,13,14,15}

Penelitian abortus pada rumah sakit di Kenya mencatat pengurangan biaya hingga 50% apabila meng-gunakan prosedur AVM. Pengurangan biaya tersebut akibat tidak digunakan ruangan operasi dan anestesi umum pada pasien-pasien abortus inkomplit.

Disebutkan pula bahwa prosedur AVM ternyata layak dilaksanakan di tingkat pelayanan kesehatan dasar kaarena:

- 1 Risiko komplikasi berkurang.
- 2 Meningkatkan jangkauan pelayanan masyarakat.
- 3 Biaya pelayanan pasca abortus lebih ringan.
- 4 Mengurangi penggunaan sumber daya kesehatan.^{4,9,10}

BAHAN.

Penelitian ini merupakan penelitian prospektif uji klinik yang dilakukan pada penderita abortus inkomplit yang datang di Bagian /SMF Obstetri dan Ginekologi FK Unsr/RSUPMH Palembang sejak April 1998 sampai dengan Juni 1998, dengan kriteria :

Penerimaan sampel :

1. Wanita usia 18-40 tahun
2. Usia gestasi sama atau kurang dari 14 minggu berdasarkan HPHT
3. Tidak dalam keadaan presyok atau syok.

Kriteria penolakan sampel :

- 1 Ada infeksi
- 2 Penderita tidak kooperatif
- 3 Kadar hemoglobin kurang dari 9g%
- 4 Penderita dengan gangguan pembe-kuan darah
- 5 Penderita dengan penyakit penyerta yang akan memperberat tindakan D&K atau AVM seperti dekom-pensi kordis, serangan asma, aritmia kordis, penyakit paru kronis, tekanan intrakranial yang meningkat.

Dikumpulkan data mengenai :

- 1 Karakteristik penderita : umur, pendidikan, pekerjaan, alamat.
- 2 Jumlah paritas

- 3 Usia kehamilan
- 4 Kadar hemoglobin
- 5 Lama tindakan
- 6 Jumlah jaringan, jumlah darah
- 7 Derajat nyeri verbal
- 8 Reaksi penderita terhadap tindakan
- 9 Penilaian operator terhadap tindakan
- 10 Komplikasi tindakan (perforasi, perdarahan, infeksi)

Batasan operasional :

Derajat nyeri verbal atau derajat nyeri objektif yang digunakan pada penelitian ini :

Tidak ada rasa nyeri	= 4
Ada rasa nyeri tapi tidak mengganggu	= 3
Rasa nyeri berkurang penderita tenang	= 2
Rasa nyeri hebat penderita gelisah, mengerang	= 1
Rasa nyeri hebat, kesadaran menurun/pingsan	= 0

Penilaian respon penderita pada saat dilakukan tindakan AVM atau D&K :

Tidak ada reaksi	= 4
Reaksi motorik pada muka	= 3
Reaksi motorik pada ekstrimitas	= 2
Reaksi motorik dan sensorik verbal	= 1

Penilaian operator terhadap tindakan AVM atau D&K :

Tenang tanpa kesulitan dan nyaman (mudah)	= 1
Tenag,ada kesulitan,masih nyaman (sedang)	= 2
Terganggu,sulit,tidak nyaman (rumit)	= 3

CARA KERJA.

Penelitian sampel diambil secara randomisasi blok. Peneliti melakukan pemeriksaan tanda vital.

- 1 Dilakukan premedikasi dengan sulfas atropin 0,25 mg/im dan pemberian tramadol 100 mg/im.
- 2 Penderita dalam posisi litotomi, dilakukan tindakan aseptik antiseptik dengan larutan povidone-iodine 10% pada vulva dan sekitarnya, kandung kencing dikosongkan.
- 3 Dilakukan induksi dengan diazepam 10 mg/iv.
- 4 Dengan spekulum Sims, dilakukan penjepitan bibir porsio pada jam 11 atau jam 1 dengan kogel tang dilanjutkan dengan sondasi (dengan kanula sesuai dengan pembukaan serviks). Pengeluaran sisa jaringan konsepsi dengan D&K atau AVM.

- 5 Selama dilakukan tindakan D&K atau AVM dicatat lama tindakan, jumlah darah jumlah jaringan, derajat nyeri verbal, penilaian respon penderita terhadap tindakan, penelitian operator terhadap tindakan.
- 6 Setelah tindakan selesai, vagina, porsio diberi larutan povidone-iodine 10%, selanjutnya kaki pen-derita diluruskan.
- 7 Dilakukan kontrol 1 minggu pasca tindakan untuk mengetahui ada tidaknya komplikasi.

HASIL PENELITIAN :

Tabel 1 Perbandingan lama tindakan.

Lama Tindakan (menit)	D&K		AVM		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
≤ 10	1	2,4	30	71,4	31	36,9
11-20	30	71,4	12	28,6	42	-
≥ 21	11	26,2	0	0	11	50,3,1
Jumlah	42	100	42	100	84	100
Rata-rata Simpangan Baku	15,1		7,4		2,5	

t test $p = 0,000$

Pada tabel diatas terlihat lama tindakan rata-rata kelompok D&K 15,1 menit dengan simpangan baku 4,3. Pada AVM 7,4 menit dengan simpangan baku 2,5. Mahomed dkk (1992) di Zimbabwe mendapatkan lama tindakan AVM 7 menit, verkuryl dan Crowther (1993) mendapatkan lama tindakan AVM 2 menit sedangkan EL Kabarity dkk (1985) di Mesir mendapatkan lama tindakan AVM 6 menit.⁴

Kasus terbanyak pada kelompok lama tindakan 11-20 menit (50%). Menurut Grimes tindakan AVM lebih mudah, cepat dan aman serta menyebabkan sedikit kerusakan jaringan pada lapisan basal endometrium dibandingkan dengan kuret tajam.^{12,14,15} Perbandingan lama tindakan pada kedua kelompok secara statistik berbeda bermakna ($p=0,000$).

Pada tabel terlihat rata-rata jumlah jaringan pada kelompok D&K 21,1 ml dengan simpangan baku 13,1. Sedangkan pada AVM 21,9 ml dengan simpangan baku 8,8. Kasus terbanyak pada kelompok jumlah jaringan ≤ 20 ml (70,2%). Perbandingan jumlah jaringan pada kedua kelompok secara statistik tidak berbeda bermakna ($p=0,770$).

Tabel 2. Perbandingan jumlah darah pada waktu tindakan.

Jumlah darah (ml)	D&K		AVM		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
≤ 20	25	59,5	29	69	54	64,3
> 20 - 30	7	16,7	9	21,9	16	19
≥ 31	10	23,8	4	9,5	14	16,7
Jumlah	42	100	42	100	84	100
Rata-rata Simpangan Baku	21,7		17,8			
	14,9		8,6			

t test $p = 0,088$

Pada tabel diatas terlihat jumlah darah rata-rata pada kelompok D&K 21,7 ml dengan simpangan baku 14,9 sedangkan pada AVM 17,8 ml dengan simpangan baku 8,6. Sebaran kasus terbanyak pada kelompok jumlah darah ≤ 20 ml (64,3%).

Perbandingan jumlah darah pada kedua kelompok secara statistik tidak berbeda bermakna ($p=0,088$).

Pada tabel dibawah terlihat rata-rata jumlah jaringan pada kelompok D&K 21,1 ml dengan simpangan baku 13,1. Sedangkan pada AVM 21,9 ml dengan simpangan baku 8,8. Kasus terbanyak pada kelompok jumlah jaringan ≤ 20 ml (70,2%). Perbandingan jumlah jaringan pada kedua kelompok secara statistik tidak berbeda bermakna ($p=0,770$).

Tabel 3. Perbandingan jumlah jaringan.

Jumlah jaringan (ml)	D&K		AVM		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
≤ 20	32	76,2	27	64,3	59	70,2
> 20 - 30	4	9,5	10	23,8	14	16,7
≥ 31	6	14,3	5	11,9	11	13,1
Jumlah	42	100	42	100	84	100
Rata-rata Simpangan Baku	21,1		21,9			
	13,1		8,8			

t test $p=0,770$

Tabel 4. Perbandingan nyeri verbal.

Nyeri verbal	D&K		AVM		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
≤ 3	41	97,6	39	92,8	80	95,2
4	1	2,4	3	7,2	4	4,8
Jumlah	42	100	42	100	84	100
Mean rank*	42,04		42,96			
Rata-rata**	2,9		3,0			
Simpangan Baku	0,2		0,3			

Mann-Whitney U test * $p=0,745$
 t test ** $p=0,743$

Pada table diatas terlihat nilai nyeri verbal 4 (tanpa rasa nyeri). Pada kelompok D&K ada 1 kasus (2,4%) sedangkan pada AVM ada 3 kasus (7,2%). Kasus terbanyak pada nilai nyeri verbal ≤ 3 (95,2%), dimana penderita masih merasakan nyeri walaupun tidak kedua kelompok secara statistik tidak berbeda bermakna ($p=0,745$ dan $p=0,743$)

Tabel 5 Perbandingan respon penderita terhadap tindakan.

Respon penderita Terhadap tindakan	D&K		AVM		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
≤ 3	38	90,5	38	90,5	76	90,5
4	4	9,5	4	9,5	8	9,5
Jumlah	42	100	42	100	84	100
Mean rank*	42,01		42,99			
Rata-rata**	3,1		3,1			
Simpangan Baku	0,3		0,4			

Mann-Whitney U test * $p=0,754$
 t test ** $p=0,760$

Pada table diatas terlihat respon penderita terhadap tindakan pada kedua kelompok masih memperlihatkan reaksi motorik (90,5%). Perbandingan respon penderita pada kedua kelompok secara statistik tidak berbeda bermakna ($p=0,754$ dan $p=0,760$).

Tabel 6. Pererbandingan penilaian operator terhadap tindakan.

Penilaian operator Terhadap tindakan	D&K		AVM		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
1	22	52,4	40	95,2	62	73,8
2	20	47,6	2	4,8	22	26,2
3	0	0	0	0	0	0
Jumlah	42	100	42	100	84	100
Mean rank*	51,50					
Rata-rata**	1,5		33,50			
Simpangan Baku	0,5		10,2			

Mann-Whitney U test * $p=0,000$
 t test ** $p=0,000$

Pada table diatas terlihat penilaian terhadap tindakan dengan nilai 1 (criteria mudah). Pada kelompok D&K (52,4%), sedangkan pada kelompok AVM (95,2%). Sebaran kasus terbanyak pada kedua kelompok dengan nilai 1 (kreteria mudah) 73,8%. Penilaian operator terhadap tindakan pada kedua kelompok secara statistik berbeda bermakna ($p=0,000$ dan $p=0,000$).

Tabel 7. Komplikasi tindakan.

Komplikasi Tindakan	D&K		AVM		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Perforasi	0	0	0	0	0	0
Perdarahan	0	0	0	0	0	0
Infeksi	0	0	0	0	0	0

Pada table diatas tidak mendapat komplikasi tindakan.

KESIMPULAN .

Tindakan D&K dan AVM merupakan suatu tindakan yang sama tingkat keamanannya dimana tidak dijumpai komplikasi pasca tindakan, lama tindakan dan penilaian operator terhadap tindakan (tingkat kemudahan) AVM lebih cepat dan lebih mudah dibandingkan dengan D&K secara statistik berbeda bermakna ($p=0,000$). Jumlah darah pada kedua tindakan secara statistik tidak berbeda bermakna ($p=0,088$), nyeri verbal

pada kedua tindakan secara statistik tidak berbeda bermakna ($p=0,745$ dan $p=0,743$).

SARAN

AVM merupakan suatu tindakan yang aman dan cukup mudah, jika dilakukan dengan teknik yang benar sehingga dapat dipertimbangkan penerapannya diberbagai fasilitas kesehatan.

DAFTAR RUJUKAN

- 1 WiknjosastroH, Saifuddin AB, RachimhadiT. Ilmu kebidanan. Edisi ketiga. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 1994; 22-27, 302-312, 795-801.
- 2 Affandi B. Penatalaksanaan abortus inkomplit dalam rangka upaya menurunkan angka kematian ibu. Disampaikan Pada Koordinasi Pelayanan Asuhan Pascaabortus, POGI - AVSC. Depkes RI. Serang, Jawa Barat, 10 Nopember 1997.
- 3 Kodim N. Pengembangan program pelatihan klinik asuhan pascaaborsi. Disampaikan Pada PIT X POGI Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi Ujung Pandang 1997.
- 4 Affandi B, Djajadilaga Widohariadi, Asuhan pasca abortus. Jakarta : Jaringan Nasional Penelitian Klinik, 1997
- 5 World Health Organization Complication of abortion : Technical and management guidelines for prevention and treatment. Geneva. WHO, 1994.
- 6 World Health Organization Abortion : A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion, 2nd ed Geneva. WHO, 1994.
- 7 World Health Organization Abortion : A tabulation of available data on frequency and mortality of unsafe abortion report of technical working group. April 12-15 1992 Geneva WHO, 1993.
- 8 Affandi B. Perawatan pascaabortus Disampaikan pada Simposium "Perawatan pasca abortus " Pertemuan ilmiah Tahunan X, Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia Ujung Pandang 30 Juni -3 Juli 1997.
- 9 World Health Organization Clinical Management of abortion complications : A practical guide Geneva WHO 1994.
- 10 Yordi L, Leonard AH, Winkler J. Manual vacuum aspiration : Guide for clinicians. Carboro, North Carolina. IPAS, 1993.
- 11 Grimes DA, Schulz KF, Cates W Jr, Tyler CW Jr, Method of midtrimester abortion : Which is safest?. Int J Gynaecol 1977; 15: 184-188.
- 12 Grimes DA. Management abortus In: Rock JA Thompson JD. Te linde's operative gynecology 8th ed Philadel phia - New York : Lippincott-Raven Publishers, 1997; 477-497.
- 13 Gant FN, Cunningham FG, MacDonald PC, Bradshaw KD, Carr BR, Gilstrap LC. Basic gynecology and obstetric 1st ed New Jersey : Prentice-Hall International Inc, 1993; 70-77.
- 14 Baskett T, Essential management of obstetric emergencies Chichester : St Edmundsbury Press, 1985; 20-26.
- 15 Arias F, Practical guide to high-risk pregnancy and delivery 2nd ed St louis: Mosby Year Book Inc, 1984; 55-69.