



**GAMBARAN PERDARAHAN ANTE PARTUM  
DI RSUD dr. SOEBANDI JEMBER  
PERIODE 1 JANUARI 2004 – 31 DESEMBER 2005**

**SKRIPSI**

<b>Asal :</b>	<b>Medika</b>	<b>Kelas</b>
	Perawatan	
<b>tanggal :</b>	<b>17 JUL 2008</b>	
<b>Penyusun :</b>		
<b>Pengkatalog :</b>		

Oleh

**Mochammad Rizal Syaebani  
NIM 002010101002**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2008**



**GAMBARAN PERDARAHAN ANTE PARTUM  
DI RSUD dr. SOEBANDI JEMBER  
PERIODE 1 JANUARI 2004 – 31 DESEMBER 2005**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi syarat – syarat  
Untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Dokter (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

**Mochammad Rizal Syaebani  
NIM 002010101002**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2008**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Almameter Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. Mursyid Muchtarulloh Al Mujtaba dan Ibunda Ummuh Salamah yang telah mendoakan dan menyempurnakan Ahlaqul Karimah;
3. Adik-adikku, Elok Nur Isro'ul Hasanah dan Qurnia Andayani yang selalu memberi dukungan untuk menyelesaikan skripsi ini;
4. Keluarga besar dari Ayahanda Mochammad Syaebani Nasir Karomalloh maupun Ibunda Siti Maryam yang senantiasa memberi semangat dan dorongan motivasi untuk berbakti dan menjadi dokter yang berbudi pekerti luhur;
5. Keluarga besar Yayasan Pendidikan Shiddiqiyah Pondok Pesantren Majma'al Bahrain yang selalu memberi dukungan Kautsaran dan Doa-doa kepada Allah SWT.
6. Guru-guru dan Pembimbingku sejak dalam Kandungan sampai dengan Perguruan Tinggi yang telah memberikan ilmu dan membimbing dengan penuh kesabaran ke jalan yang benar dan di ridhai Allah SWT.

### MOTTO

Dan Kami amanatkan kepada manusia terhadap dua orang ibu-bapaknya,  
ibunya telah mengandungnya dalam keadaan susah payah (lemah bertambah lemah)  
dan menyapihnya dalam dua tahun.

Bersyukurlah kepada-Ku dan kepada Ibu-Bapakmu kepada-Kulah kembalimu.

*(Terjemahan QS. Luqman 14)*

”Berkata Musa: ” Itulah mereka sedang menyusuli aku  
dan aku bersegera kepada-Mu.

Ya Tuhanku agar supaya Engkau ridha (kepadaku)”.

*(Terjemahan QS. Thaha 84)*

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mochammad Rizal Syaebani

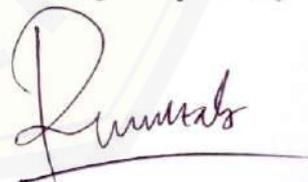
NIM : 002010101002

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul *Gambaran Perdarahan Ante Partum di RSUD dr. Soebandi Jember Periode 1 Januari 2004 – 31 Desember 2005* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 17 Juni 2008

Yang Menyatakan,



Mochammad Rizal Syaebani

NIM 002010101002

**SKRIPSI**

**GAMBARAN PERDARAHAN ANTE PARTUM  
DI RSUD dr. SOEBANDI JEMBER  
PERIODE 1 JANUARI 2004 - 31 DESEMBER 2005**



Oleh

**Mochammad Rizal Syaebani**

**NIM 002010101002**

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : dr. Fahmi, Sp. OG

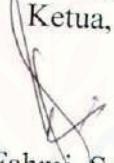
Dosen Pembimbing Anggota : dr. Ulfa Elfiah, M. Kes

**PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “*Gambaran Perdarahan Ante Partum Di RSUD dr. Soebandi Jember Periode 1 Januari 2004 – 31 Desember 2005*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada :

Hari : Jum'at  
Tanggal : 20 Juni 2008  
Tempat : Ruang Sidang Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji  
Ketua,

  
dr. Fahmi, Sp. OG  
NIP. 140 350 634

Anggota I

  
dr. Ulfa Elfiah, M. Kes  
NIP. 132 296 914

Anggota II

  
dr. Yunita Armiyanti, M. Kes  
NIP 132 296 982

Mengesahkan,  
Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas Jember

  
Prof. dr. H. Bambang Suhariyanto, Sp. KK (K)  
NIP 131 282 556

## RINGKASAN

**Gambaran Perdarahan Ante Partum di RSUD dr. Soebandi Jember Periode 1 Januari 2004 – 31 Desember 2005;** Mocahammad Rizal Syaebani, 002010101002; 2008: 70 halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Berdasarkan penelitian – penelitian deskriptif yang ada, angka kematian ibu hamil atau melahirkan di Indonesia masih yang tertinggi. Salah satu penyebab kematian ibu yang terbesar adalah perdarahan. Penyebab utama perdarahan antepartum yaitu plasenta previa dan solutio plasenta, penyebab lainnya biasanya berasal dari lesi lokal pada vagina/servik.

Penelitian ini untuk mengetahui angka kejadian perdarahan ante partum dan profil penderita perdarahan ante partum berikut janinnya di RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2004 – 31 Desember 2005. Faktor yang diteliti meliputi usia penderita, paritas penderita, umur kehamilan penderita, status pendidikan penderita, pekerjaan penderita, jenis perdarahan ante partum, penanganan persalinan, kondisi penderita setelah melahirkan, kondisi bayi setelah dilahirkan, nilai APGAR bayi yang dilahirkan di RSUD Dr. Soebandi Jember periode 2004-2005.

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Dengan tehnik total sampling, data sekunder dari bagian rekam medik RSUD dr. Soebandi Jember diambil pada bulan mei 2008.

Hasil penelitian menunjukkan, kenaikan prevalensi plasenta previa sebesar 8,8 % dan penurunan solusio plasenta sebesar 0,07 %. Distribusi perdarahan ante partum berdasarkan jenisnya pada periode januari 2004 - desember 2005,

terbanyak adalah plasenta previa totalis (30,5 %), solusio plasenta hanya 1,42 %. Rentang usia yang paling banyak menderita perdarahan ante partum adalah rentang usia 26-30 tahun. Angka kejadian terbanyak pada tahun 2004 dan tahun 2005 terjadi pada wanita multipara dengan jumlah anak 4 sebesar 62,3 % dan 59,7 %. 62 % dari penderita menempati tingkat pendidikan yang rendah yaitu SD atau sederajat. Tingkat pekerjaan yang ditekuni penderita, terbanyak sebagai buruh tani atau pabrik (28 %) dan sebagai penjahit atau pedagang (28 %). Penanganan persalinan secara konservatif sering dilakukan pada kasus plasenta previa dan penanganan persalinan secara aktif yang sering digunakan adalah seksio sesarea atau per abdominal. 100 % ibu hidup setelah melahirkan dan ada kematian janin (12 %). Kondisi terbanyak bayi setelah dilahirkan adalah lahir hidup 80-90 %. Nilai APGAR bayi pada tahun 2004 terhitung 7 sampai 10 atau adaptasi neonatus baik dan pada tahun 2005 terhitung 4 sampai 6 atau asfiksia ringan sampai sedang.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah periode tahun 2004 ke 2005 terdapat kenaikan prevalensi plasenta previa sebesar 8,8 % dan penurunan prevalensi solusio plasenta sebesar 0,07 %. Rentang usia yang paling banyak menderita perdarahan ante partum adalah usia 26-30 tahun (32,6 %). Angka kejadian terbanyak dari penderita perdarahan ante partum terjadi pada wanita multipara dengan jumlah anak 4. Tingkat pendidikan penderita yang rendah pada penelitian ini terbanyak hanya SD atau sederajat (62 %). Status pekerjaan berhubungan dengan tidak cukupnya asupan gizi atau nutrisi dari ibu dengan berprofesi swasta sebagai penjahit dan pedagang (28,4 %) dan berprofesi sebagai buruh tani dan pabrik (28,4 %). Perdarahan ante partum yang tergolong plasenta previa dan solusio plasenta harus mendapat perawatan secara konservatif dan aktif di rumah sakit wilayah.

Berdasarkan hasil penelitian maka disarankan pihak RSUD dr. Soebandi Jember untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan sebagai rumah sakit pendidikan

melalui dokter atau bidan sebagai pelaksana langsung supaya menyampaikan penyuluhan tentang Ante Natal Care Dini dan Teratur. Disarankan ada perbaikan pencatatan data rekam medik agar lebih jelas dan terperinci. Diharapkan ada penelitian lanjutan tentang faktor-faktor perdarahan ante partum yang belum terungkap dengan desain yang berbeda.



## PRAKATA

Berbekal Iyyaa kana'budu wa iyyaa kanastaiynu, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul *Gambaran Perdarahan Ante Partum di RSUD dr. Soebandi Jember Periode 1 Januari 2004 – 31 Desember 2005*. Karya tulis ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Jurusan Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagi pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Prof. dr. Bambang Suhariyanto, Sp.KK (K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. dr. Fahmi, Sp.OG, selaku Dosen Pembimbing Utama, terima kasih atas kesabaran dan segala dukungan serta motivasi yang tiada henti membantu penyelesaian studi saya di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
3. dr. Ulfa Elfiah, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing II yang telah dengan sabar memberi perhatian, waktu dan motivasi hingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. dr. Yunita Armiyanti, M.Kes, selaku Dosen Penguji III yang telah dengan sabar memberi perhatian dan waktu hingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. dr. Wasis Prayitno, Sp.OG (Alm.), selaku Dosen Pembimbing Utama Sebelumnya, Prof. dr. Soenarjo (Alm.), selaku Dosen Pembimbing II, dr. Almunawir, M.Kes, selaku Dosen Penguji Sebelumnya, dr. Gogot, Sp.OG, selaku Dosen Pembimbing Sebelumnya. Limpahan rahmat menyertai langkah-langkahnya mengisi kemerdekaan dengan ilmu yang bermanfaat.

6. Ayahanda Tercinta, Drs. H. Mochammad Syaebani Nasir, MM, yang dengan penuh pengertian dan kesabaran memberi inspirasi dan dorongan sehingga penulis bisa menyelesaikan karya tulis ini.
7. Ibunda Tercinta, Dra. Hj. Siti Maryam, MM yang senantiasa mendoakan kesempurnaan Ahlaqul Karimah putra-putrinya.
8. Adik-adikku, Elok dan Nia yang selalu memberi dukungan dan motivasi.
9. Keluarga Besar Ayah dan Ibu yang selalu setia memberikan dukungan baik moril, materiil dan spirituil.
10. Staf Pengajar dan Karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Jember yang telah banyak membantu untuk proses pembelajaran selama lebih dari 7 tahun ini. Khususnya Bapak Sunyoto, Ibu Rini, Bapak Samo dan kawan-kawan.
11. Teman-temanku yang tergabung dalam kelompok belajar kampus Fakultas Kedokteran Universitas Jember dengan nama *Asy-Syifaa' Group 2000 - 2003* berbagi suka dan duka dalam penelitian. Hakikat hidup adalah Dzikir dan Ilmu.
12. Mas Rahmat Hidayat, Thoriq yang membantu dalam proses pengambilan data penelitian dan penyelesaian karya tulis ini.
13. Semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu sehingga terselesaikannya karya tulis ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini masih jauh dari sempurna, karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang sifatnya membangun dan mengembangkan ilmu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat serta dapat menambah ilmu kita semua.

Akhirnya Semoga Kita semua sehat dan istiqamah menimba ilmu dan dzikir kepada Allah SWT sampai akhir hayat. Amin.

Jember, 17 Juni 2008

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	iii
HALAMAN MOTTO .....	iv
HALAMAN PERNYATAAN .....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN .....	vi
HALAMAN PENGESAHAN .....	vii
RINGKASAN .....	viii
PRAKATA .....	xi
DAFTAR ISI .....	xiii
DAFTAR TABEL .....	xvi
DAFTAR GAMBAR .....	xvii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b>	
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	2
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	2
1.3.1 Tujuan Umum .....	2
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	3
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
<b>2.1 Definisi dan Klasifikasi Perdarahan Ante Partum</b> .....	4
<b>2.2 Etiologi</b> .....	5
<b>2.3 Solusio Plasenta</b> .....	6
2.3.1 Definisi .....	6
2.3.2 Etiologi .....	7
2.3.3 Patofisiologi .....	9

2.3.4	Gambaran Klinik .....	10
2.3.5	Diagnosa .....	12
2.3.6	Komplikasi .....	13
2.3.7	Prognosis .....	14
<b>2.4</b>	<b>Plasenta Previa .....</b>	<b>14</b>
2.4.1	Definisi.....	14
2.4.2	Etiologi.....	15
2.4.3	Patofisiologi.....	16
2.4.4	Gambaran Klinik.....	17
2.4.5	Diagnosa.....	17
2.4.6	Komplikasi.....	21
2.4.7	Prognosis.....	21
<b>2.5</b>	<b>Perdarahan Ante Partum Yang Belum Jelas Sumbernya.....</b>	<b>22</b>
2.5.1	Vasa Previa.....	22
2.5.2	Ruptur Uteri.....	23
2.5.3	Plasenta Akreta.....	23
2.5.4	Plasenta Sirkumvalata.....	24
2.5.5	Varises Vulva, Vagina dan Tungkai.....	24
2.5.6	Lesi Serviks.....	25
2.5.7	Ruptur Sinus Marginalis.....	25
2.5.8	Lesi Kandung Kemih dan Usus.....	25
<b>2.6</b>	<b>Penilaian Adaptasi Neonatus .....</b>	<b>26</b>
<b>2.7</b>	<b>Kerangka Konseptual dan Hipotesis Penelitian .....</b>	<b>27</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENELITIAN</b>	
<b>3.1</b>	<b>Jenis Penelitian .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>28</b>
<b>3.3</b>	<b>Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>28</b>
3.3.1	Kriteria Sampel .....	28
<b>3.4</b>	<b>Variabel Penelitian .....</b>	<b>29</b>

<b>3.5</b>	<b>Definisi Operasional</b> .....	29
3.5.1	Faktor Reproduksi .....	29
3.5.2	Faktor Sosial Budaya .....	30
3.5.3	Perdarahan Antepartum .....	30
3.5.4	Kondisi Paska Perdarahan Antepartum .....	32
3.5.5	Faktor Bayi .....	32
<b>3.6</b>	<b>Alat dan Bahan Penelitian</b> .....	33
3.6.1	Alat .....	33
3.6.2	Bahan .....	33
<b>3.7</b>	<b>Data dan Sumber Data</b> .....	33
<b>3.8</b>	<b>Prosedur Penelitian</b> .....	33
3.8.1	Tahap Persiapan .....	33
3.8.2	Tahap Pengambilan Data .....	33
<b>3.9</b>	<b>Teknik Penyajian dan Analisis Data</b> .....	34
<b>3.10</b>	<b>Alur Penelitian</b> .....	34
<b>BAB 4.</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
<b>4.1</b>	<b>Hasil Penelitian</b> .....	35
<b>4.2</b>	<b>Pembahasan</b> .....	42
<b>BAB 5.</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
<b>5.1</b>	<b>Kesimpulan</b> .....	48
<b>5.2</b>	<b>Saran</b> .....	50
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	.....	51

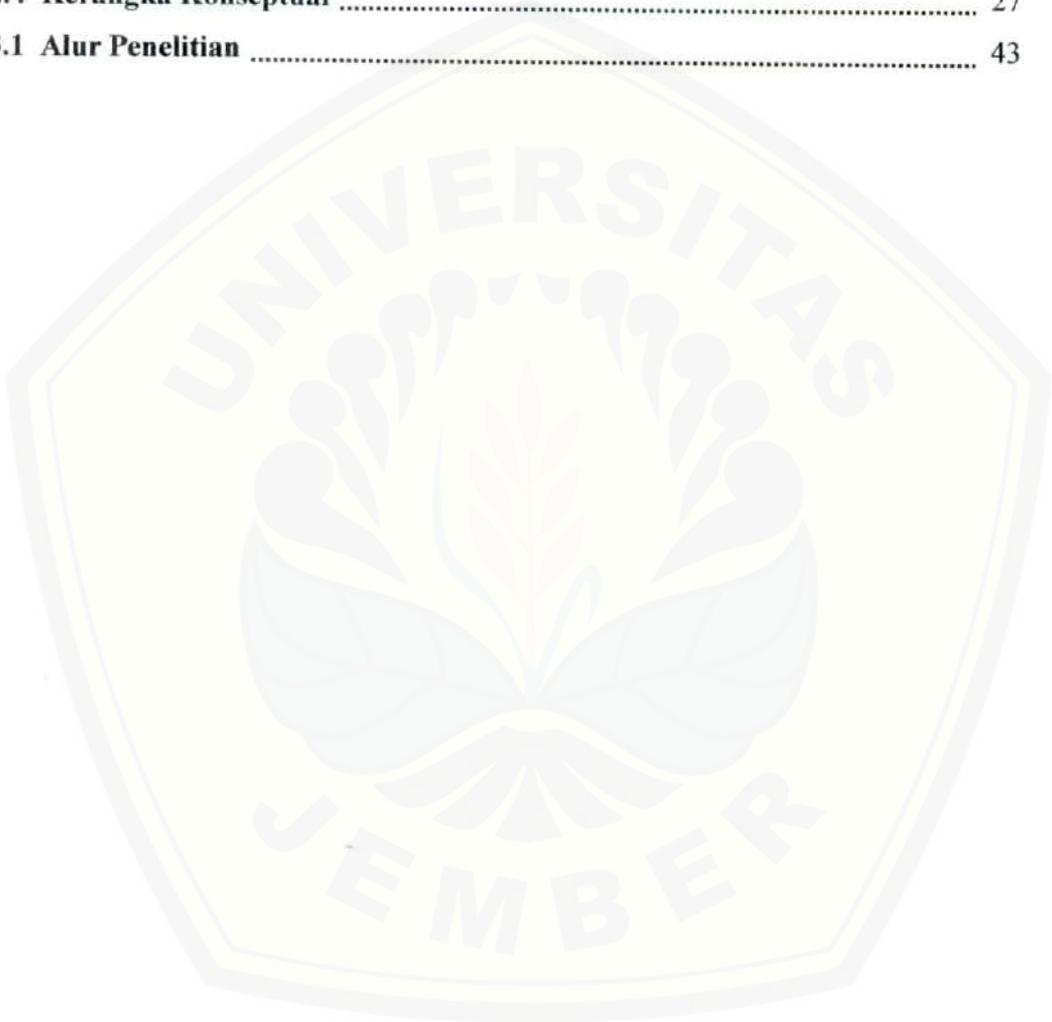
<b>3.5</b>	<b>Definisi Operasional</b> .....	29
3.5.1	Faktor Reproduksi .....	29
3.5.2	Faktor Sosial Budaya .....	30
3.5.3	Perdarahan Antepartum .....	30
3.5.4	Kondisi Paska Perdarahan Antepartum .....	32
3.5.5	Faktor Bayi .....	32
<b>3.6</b>	<b>Alat dan Bahan Penelitian</b> .....	33
3.6.1	Alat .....	33
3.6.2	Bahan .....	33
<b>3.7</b>	<b>Data dan Sumber Data</b> .....	33
<b>3.8</b>	<b>Prosedur Penelitian</b> .....	33
3.8.1	Tahap Persiapan .....	33
3.8.2	Tahap Pengambilan Data .....	33
<b>3.9</b>	<b>Teknik Penyajian dan Analisis Data</b> .....	34
<b>3.10</b>	<b>Alur Penelitian</b> .....	34
<b>BAB 4.</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
<b>4.1</b>	<b>Hasil Penelitian</b> .....	35
<b>4.2</b>	<b>Pembahasan</b> .....	42
<b>BAB 5.</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
<b>5.1</b>	<b>Kesimpulan</b> .....	48
<b>5.2</b>	<b>Saran</b> .....	50
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	.....	51

DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Perbedaan Solusio Plasenta dengan Plasenta Previa .....	31
3.2 APGAR Score .....	32
4.1 Distribusi Menurut Usia Ibu .....	35
4.2 Distribusi Menurut Paritas Ibu .....	36
4.3 Distribusi Menurut Umur Kehamilan Ibu Saat Perdarahan Ante Partum .....	37
4.4 Distribusi Menurut Status / Lama Pendidikan Ibu .....	37
4.5 Distribusi Menurut Pekerjaan Ibu .....	38
4.6 Distribusi Menurut Jenis Perdarahan Ante Partum .....	39
4.7 Distribusi Menurut Penanganan Konservatif Terhadap Perdarahan Ante Partum .....	40
4.8 Distribusi Menurut Penanganan Persalinan .....	40
4.9 Distribusi Menurut Kondisi Ibu Setelah Melahirkan .....	41
4.10 Distribusi Menurut Kondisi Bayi Setelah Dilahirkan .....	41
4.11 Nilai APGAR Bayi Yang Dilahirkan Dari Ibu Mengalami Perdarahan Ante Partum .....	42

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Solusio Plasenta .....	7
2.2 Plasenta Normal dan Solusio Plasenta dengan Hematom .....	9
2.3 Ultrasonografi kasus Solusio Plasenta .....	12
2.4 Kerangka Konseptual .....	27
3.1 Alur Penelitian .....	43





## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Usaha untuk menurunkan angka kematian maternal dan angka kematian perinatal masih menjadi prioritas utama program Departemen Kesehatan RI. Penyebab utama kematian maternal masih disebabkan oleh tiga hal pokok yaitu perdarahan, preeklamsi/eklamsi, dan infeksi (Gunawan, 1993). Walaupun angka kematian maternal telah menurun dengan meningkatnya pelayanan kesehatan obstetri namun kematian ibu akibat perdarahan masih tetap merupakan faktor utama dalam kematian maternal (Mochtar, 1994).

Definisi perdarahan antepartum menurut WHO adalah perdarahan pervagina setelah 29 minggu kehamilan atau lebih, insidennya  $\pm 3\%$  dari seluruh proses persalinan. (Granger, 1994). Pada perdarahan antepartum, perdarahan yang terjadi umumnya lebih berbahaya dibandingkan perdarahan umur kurang dari 28 minggu karena biasanya disebabkan oleh faktor plasenta sehingga dapat menyebabkan perdarahan yang biasanya hebat sehingga mengganggu sirkulasi  $O_2$ ,  $CO_2$  dan nutrisi dari ibu ke janin (Rambulangi, 1995).

Penyebab utama perdarahan antepartum yaitu plasenta previa (32 %) dan solutio plasenta (30 %), penyebab lainnya biasanya berasal dari lesi lokal pada vagina/servik (Granger, 1994). Data yang diperoleh dari Ditjen Yanmedik, Depkes RI dari tahun 2004 sampai tahun 2006 didapatkan data sebagai berikut ; kasus perdarahan antepartum didapatkan kasus sebanyak 1.861 (2004), 2.346 (2005) dan 1.940 (2006); kasus plasenta previa didapatkan kasus sebanyak 3.798 (2004), 4.726 (2005) dan 4.409 (2006); sedangkan kasus solutio plasenta pada 2006 didapatkan data sebanyak 669 kasus (Depkes RI, 2007).

Pada penelitian sebelumnya di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo antara tahun 1971-1975, terjadi 2.114 kasus perdarahan antepartum diantara 14.824 persalinan, atau kira-kira 14 % (Sarwono, 2005). Penelitian lain yang dilakukan oleh Suyono dkk di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada periode tahun 2001-2003 didapatkan kasus solusio plasenta yang cukup tinggi, yakni 0.65 % atau 1:154 persalinan. Dengan frekuensi terbanyak terdapat pada usia 40 tahun keatas dan paritas 7 atau lebih. Penelitian tersebut mendapatkan kesimpulan yaitu kejadian frekuensi solusio plasenta meningkat dengan bertambahnya umur ibu hamil, terutama setelah 35 tahun (Suyono, 2007).

Penelitian lain dilakukan oleh Wardana pada tahun 2007 didapatkan hasil bahwa risiko plasenta previa pada wanita dengan umur  $\geq 35$  tahun 2 kali lebih besar dibandingkan dengan umur  $< 35$  tahun, pada multigravida 1,3 kali lebih besar dibandingkan primigravida, pada wanita dengan riwayat abortus 4 kali lebih besar dibandingkan dengan tanpa riwayat abortus dan riwayat seksio sesaria tidak ditemukan sebagai faktor risiko terjadinya plasenta previa (Wardana, 2007)

Berdasarkan beberapa hal tersebut maka penulis tertarik untuk mengetahui gambaran mengenai perdarahan antepartum di Rumah Sakit Umum Daerah Soebandi Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah yaitu bagaimanakah gambaran perdarahan antepartum di RSUD Soebandi Jember periode 2004-2005.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran perdarahan antepartum di RSUD Soebandi Jember periode 2004-2005.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui angka kejadian perdarahan antepartum di RSUD Dr. Soebandi Jember periode 2004-2005.
- 2) Mengetahui profil penderita perdarahan antepartum berdasarkan usia penderita, paritas penderita, umur kehamilan penderita, status pendidikan penderita, pekerjaan penderita, jenis perdarahan ante partum, penanganan persalinan, kondisi penderita setelah melahirkan, kondisi bayi setelah dilahirkan, nilai APGAR bayi yang dilahirkan di RSUD Dr. Soebandi Jember periode 2004-2005.

### 1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut.

#### 1) Bagi mahasiswa

Digunakan sebagai bahan untuk penelitian-penelitian selanjutnya guna mencapai derajat kesehatan yang lebih baik.

#### 2) Bagi instansi kesehatan

- a. Menyumbangkan sumber informasi untuk lebih mengoptimalkan pelayanan kesehatan khususnya di RSUD dr. Soebandi Jember
- b. Diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam mengevaluasi tindakan-tindakan yang telah dilakukan dalam penanganan perdarahan antepartum
- c. Sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil kebijakan untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak

#### 3) Bagi masyarakat

Memberikan pengetahuan untuk penanganan perdarahan antepartum sehingga dapat memberikan solusi terbaik untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak khususnya di Jember.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Definisi dan Klasifikasi Perdarahan Ante Partum

Istilah perdarahan ante partum digunakan pada perdarahan yang terjadi melalui vagina dalam waktu setelah kehamilan 28 minggu dan sebelum bayi dilahirkan (Yoseph, 1996). Ada juga yang membatasi bahwa perdarahan ante partum terjadi setelah 22 minggu. Walaupun patologinya sama, perdarahan ini bisa juga terjadi pada kehamilan sebelum 22 minggu. Perdarahan setelah kehamilan 22 minggu biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada sebelum kehamilan 22 minggu, sehingga diperlukan penanganan yang berbeda. Perdarahan ante partum yang berbahaya umumnya bersumber pada kelainan plasenta, sedangkan perdarahan yang tidak bersumber pada kelainan plasenta seperti kelainan serviks biasanya tidak seberapa berbahaya. Pada setiap perdarahan ante partum pertama-tama harus selalu dipikirkan bahwa hal itu bersumber pada kelainan plasenta (Wiknjosastro, 1999). Ada juga yang mendefinisikan bahwa perdarahan ante partum merupakan perdarahan sebanyak 15 mL dari jalan lahir, setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum bayi dilahirkan (Moerniaeni dan Rambulangi, 2006).

Sebagaimana definisi di atas, perdarahan ante partum, dimana kejadiannya sebesar 5% dari kehamilan, dapat diklasifikasikan menjadi tiga bagian yaitu: perdarahan yang berasal dari plasenta yang letaknya normal. Perdarahan ini disebut solusio plasenta atau *accidental hemorrhage* yang kejadiannya sekitar 1,2% dari kehamilan. Yang kedua adalah perdarahan yang berasal dari pemisahan parsial dari plasenta yang letaknya tidak normal yaitu pada segmen bawah uterus. Perdarahan ini dinamakan plasenta previa yang terjadi pada saat segmen bawah uterus mulai teregang pada saat permulaan persalinan atau akhir kehamilan dengan persentase kejadian sekitar 1% kehamilan. Sedangkan yang ketiga adalah perdarahan

ante partum yang belum jelas sumbernya yang bisa disebabkan oleh vasa previa, ruptur sinus marginalis, plasenta akreta, atau perdarahan yang bersumber pada kelainan serviks dan vagina yaitu lesi pada serviks, varises vulva, trauma dan lain-lain. Perdarahan seperti ini disebut juga sebagai *incidental haemorrhage* (Moerniaeni dan Rambulangi, 2006).

## 2.2 Etiologi

Penyakit-penyakit lokal non obstetrik seperti erosi, polip, varises, tumor vagina dan serviks jarang menyebabkan perdarahan yang berat dan tidak mengancam kehidupan ibu maupun janin, kecuali pada karsinoma servisis uteri yang invasif.

Ekstrusi dari sumbatan mukus serviks (*bloody show*) kadang-kadang disertai perdarahan yang cukup banyak sehingga membutuhkan suatu perhatian yang serius. Perdarahan maternal yang berasal dari plasenta merupakan penyebab utama dari perdarahan obstetrik. Di antara penyebab dari perdarahan plasenta adalah plasenta previa, separasi prematur dari plasenta, ruptura sinus marginalis dan plasenta sirkumvalata (Moerniaeni dan Rambulangi, 2006).

Ruptur uteri dapat menyebabkan perdarahan maternal yang ekstensif. Perdarahan dari vasa previa merupakan penyebab satu-satunya dari perdarahan janin. Untungnya hal ini jarang terjadi. Jika diduga terjadi perdarahan janin, maka terdapat sel darah merah berinti pada darah yang keluar dari vagina atau dapat dilakukan pemeriksaan hemoglobin janin melalui teknik elusi.

Satu penyebab penting dari perdarahan obstetrik adalah kelainan yang berupa DIC (*Disseminated Intravascular Coagulation*) dimana terjadi penurunan fibrinogen, platelet, dan faktor pembekuan darah lainnya (Moerniaeni dan Rambulangi, 2006).

Selanjutnya akan diuraikan lebih rinci mengenai etiologi perdarahan ante partum berdasarkan klasifikasi yang telah disebutkan di atas.

## 2.3 Solusio Plasenta

### 2.3.1 Definisi

Insidens dari solusio plasenta ini terjadi pada 0,7-1% dari kehamilan dan sekitar 20-25% dari perdarahan ante partum, Pemisahan plasenta dari tempat implantasinya di dalam uterus sebelum bayi dilahirkan, disebut dengan berbagai macam istilah seperti solusio plasenta, abrupsi plasenta dan separasi prematur dari plasenta dengan implantasi normal (Moerniaeni dan Rambulangi, 2006).

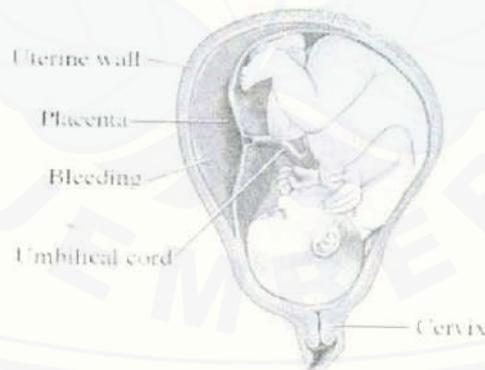
Istilah separasi prematur dari plasenta dengan implantasi normal, merupakan istilah yang paling deskriptif karena membedakan antara plasenta yang terlepas sebelum waktunya tetapi sebelumnya tertanam dengan jarak tertentu di atas ostium internum servisis uteri dan pelepasan plasenta yang tertanam pada ostium servisis, yaitu plasenta previa. Namun demikian, istilah yang begitu panjang sangat menyulitkan pemakaiannya sehingga dipakai istilah yang lebih pendek seperti solusio, abrupsi, atau ablasio plasenta. Istilah latin abrupsi plasenta yang berarti pelepasan mendadak sebagian plasenta menunjukkan suatu kejadian yang mendadak, yaitu ciri klinik yang khas untuk kebanyakan kasus komplikasi ini (Cunningham, 1995).

Istilah ablasio plasenta yang berarti terlepasnya plasenta yang bisa dianalogikan dengan istilah ablasio retina; istilah ini tidak banyak dipakai. Istilah yang sering dipakai di Inggris untuk komplikasi ini adalah *accidental haemorrhage*. Alasan untuk menggunakannya adalah bahwa keadaan tersebut merupakan suatu *accident*, dalam arti timbulnya tanpa diperkirakan sebelumnya, sehingga berbeda dengan perdarahan yang tidak bisa dihindarkan pada plasenta previa. Pada plasenta previa, peristiwa perdarahan dapat diperkirakan karena tidak bisa dielakkan, mengingat adanya hubungan anatomis antara plasenta dan serviks yang berdilatasi. Karena istilah *accidental haemorrhage* dapat memberi kesan adanya unsur trauma yang jarang menjadi faktor penyebab dalam kasus-kasus ini. Istilah tersebut dapat menyesatkan dan jarang dipakai di Amerika Serikat. Di Indonesia sendiri, istilah yang

lazim dipakai adalah solusio plasenta yang pengertiannya kurang lebih sama dengan ablasio plasenta (Cunningham, 1995).

Sebagian perdarahan pada solusio plasenta biasanya merembes sendiri di antara selaput ketuban dan uterus, kemudian mengalir keluar lewat serviks dan terlihat dari luar sehingga terjadi perdarahan eksternal. Yang lebih jarang lagi, darah tidak mengalir keluar tetapi tetap tertahan di antara bagian plasenta yang lepas dan uterus sehingga terjadi perdarahan yang tersembunyi. Solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi mengandung ancaman bahaya yang jauh lebih besar terhadap keselamatan jiwa ibu, dan ini bukan hanya terjadi akibat peningkatan kemungkinan terjadinya koagulopati konsumtif yang berat, tetapi juga akibat luasnya perdarahan yang tidak disadari. (Cunningham, 1995).

Jika terjadi pelepasan plasenta yang cukup luas maka hal ini akan menyebabkan suatu keadaan yang gawat pada ibu dan janin yang akan membutuhkan resusitasi yang adekuat dan seksio sesarea, jika bayi masih hidup. Seksio sesarea ini merupakan metode persalinan pada 10-15% dari pasien dengan solusio plasenta dan 65-85% dari pasien dengan plasenta previa (Moerniaeni dan Rambulangi, 2006).



Gambar 2.1 Solusio Plasenta

### 2.3.2 Etiologi

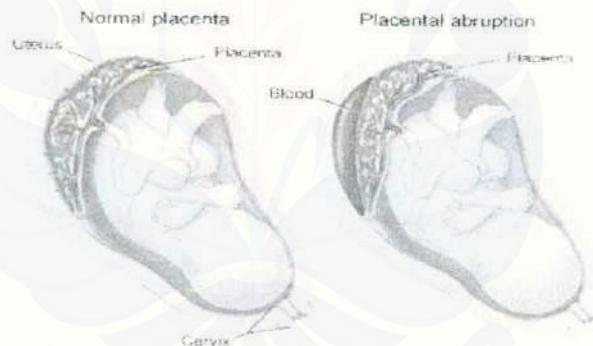
Penyebab dari solusio plasenta tidak jelas. Tetapi ada beberapa kondisi yang berhubungan dengan kejadian ini, ialah sebagai berikut.

- a. Multiparitas; terjadi peningkatan insidens dengan bertambahnya paritas, dan wanita dengan lima anak atau lebih memiliki risiko empat kali lipat mengalami solusio plasenta daripada primipara.
- b. Usia
- c. Nutrisi; orang dengan penghasilan rendah maka kebutuhan pangan, khususnya protein dan sayuran hijau kurang tercukupi, memiliki insidens yang lebih tinggi untuk mengalami solusio plasenta dari pada wanita dengan kelas sosial yang tinggi.
- d. Anemia; sekitar 20% dari wanita dengan solusio plasenta kadar haemoglobinnnya di bawah 11 g% sebelum terjadinya perdarahan. Sebagian besar dari wanita yang mengalami anemia ini menderita anemia defisiensi besi.
- e. Riwayat Obstetri
  1. Mortalitas perinatal pada pasien yang menderita solusio plasenta ini sekitar empat kali dari yang diperkirakan.
  2. Prematuritas dan kehamilan sebelumnya memiliki risiko dua kali lipat untuk mendapatkan solusio plasenta.
  3. Kelahiran prematur; lebih dari separuh kasus solusio plasenta kelahiran terjadi sebelum 36 minggu, tetapi puncak dari kejadian ini terjadi pada kehamilan 36 minggu.
- f. Preeklampsia dan Hipertensi : Sekitar 30% dari pasien solusio plasenta memiliki tekanan darah yang tinggi dan proteinuria setelah perdarahan, diduga hal ini terjadi sebagai mekanisme kompensasi dari perdarahan yang sudah terjadi.
- g. Trauma : Trauma merupakan penyebab yang jarang dari solusio plasenta.
- h. Hidramnion : Merupakan penyebab yang jarang.
- i. Malformasi Kongenital : Sering ditemukan tiga kali lipat pada solusio plasenta daripada kehamilan yang normal.

- j. Penyakit Kardiovaskuler dan Respiratori pada Janin : Ditemukan lima kali lebih sering pada kasus solusio plasenta.
- k. Infeksi Renal : Berhubungan dengan trombosis desidua-plasenta dan presipitasi dari perubahan iskemia yang menyebabkan solusio plasenta (Tarigan, 2004).

### 2.3.3 Patofisiologi

Terjadi solusio plasenta dipicu oleh perdarahan ke dalam desidua basalis. Desidua tersebut kemudian terbelah sehingga meninggalkan lapisan tipis yang melekat pada miometrium. Sebagai akibatnya, proses tersebut dalam stadium awal akan terdiri atas pembentukan hematoma desidual yang menyebabkan pelepasan, kompresi dan akhirnya penghancuran plasenta yang berdekatan dengan bagian tersebut (Cunningham, 1995).



Gambar 2.2 Plasenta Normal dan Solusio Plasenta dengan Hematoma

Dalam tahap awal, mungkin belum terdapat gejala klinis. Keadaan tersebut ditemukan hanya setelah dilakukan pemeriksaan terhadap plasenta yang baru dilahirkan, plasenta ini memiliki permukaan maternal dengan lekukan bulat yang diameternya beberapa sentimeter dan ditutupi oleh darah yang membeku, serat berwarna gelap. Jelas diperlukan waktu beberapa menit sebelum perubahan anatomis ini terwujud. Jadi solusio plasenta yang baru saja terjadi mungkin tidak tampak berbeda dengan plasenta normal ketika dilahirkan (Cunningham, 1995).

Pada beberapa kasus, pembuluh arteri spiralis desidua dapat ruptur dan menyebabkan hematoma retroplasenta, yang jika meluas akan memutuskan lebih banyak pembuluh darah lagi dan selanjutnya pelepasan lebih luas lagi. Daerah pelepasan dengan cepat menjadi semakin luas dan mencapai bagian tepi plasenta. Karena uterus tetap terdistensi dengan adanya hasil pembuahan, organ ini tidak mampu mengadakan kontraksi yang memadai guna menekan pembuluh darah yang ruptur yang memasok tempat plasenta tersebut. Darah yang mengalir keluar dapat melepaskan selaput ketuban dari dinding uterus dan akhirnya akan terlihat dari luar atau tetap bertahan seluruhnya di dalam uterus (Cunningham, 1995).

Di samping itu, darah yang mengalir ke luar dapat mengadakan ekstrasvasi di antara serabut-serabut otot uterus. Apabila ekstrasvasinya berlangsung hebat, seluruh permukaan uterus akan berbercak biru atau ungu. Hal ini disebut uterus Couvelaire, menurut orang yang pertama kali menemukannya. Uterus yang seperti ini akan terasa sangat tegang dan nyeri (Wiknjastro, 1998).

#### **2.3.4 Gambaran Klinik**

##### **a. Solusio plasenta ringan**

Pada marginal dan derajat yang kecil dari separasi prematur plasenta lainnya, biasanya tidak berefek pada janin, denyut jantung tetap kuat dan reguler, dan tidak ada gerakan janin yang berlebihan. Tanda vital dari maternal tidak berubah sebab pada kejadian ini hanya mengalami kehilangan darah yang minimal dari sirkulasi maternal.

Perdarahan pervaginam dari jumlah yang sedikit sampai sedang dapat terjadi (kecuali pada perdarahan tersembunyi), dan uterus bisa gagal berelaksasi secara sempurna di antara kontraksi-kontraksi yang terjadi. Didapatkan rasa tidak enak pada abdominal bawah yang samar-samar dan perasaan yang mudah tersinggung. Hasil dari manuver Leopold mungkin tidak memuaskan sebab kontraksi uterus terlalu kuat yang dihasilkan sebagai suatu usaha untuk terus mengeluarkan janin. Meskipun gejala yang demikian jarang membutuhkan suatu penanganan yang segera, pada

iritabilitas uterus harus diberikan pertimbangan yang serius karena hal ini dapat memprovokasi terjadinya derajat separasi yang besar.

Pada beberapa kasus eksternal, terutama yang terjadi malam hari, perdarahan merupakan satu-satunya gejala, dan diferensial diagnostik yang utama dari keadaan ini adalah plasenta previa.

b. Solusio plasenta sedang

Separasi yang lebih dari 14% dan kurang dari 23% antara permukaan plasenta dengan dinding uterus dianggap sebagai suatu solusio sedang. Onset gejalanya bisa terjadi secara bertahap, diawali dengan gejala-gejala yang terjadi pada separasi ringan, atau secara mendadak dengan nyeri abdominal yang tiba-tiba dan terus-menerus yang diikuti dengan perdarahan pervaginam yang berwarna gelap.

Meskipun perdarahan eksternal terjadi dalam jumlah sedang, kehilangan darah total dari sirkulasi mungkin mencapai 1000mL. Dimungkinkan dapat terjadi syok (kulit teraba dingin, takikardi, hipotensi, oliguri) dan kehidupan janin bisa terganggu. Uterus yang lunak merupakan diagnosa mayor adanya kontraksi yang kuat dan terus-menerus atau kontraksi parsial.

Karena kontraksi uterus berlangsung kontinyu, bunyi jantung janin menjadi sulit didengar. Detektor ultrasonik mungkin diperlukan untuk menjelaskan keadaan janin. Kekurangan faktor pembekuan darah dan kerusakan ginjal bisa terjadi pada solusio plasenta yang ringan dan sedang, tetapi sering terjadi pada solusio plasenta yang berat.

c. Solusio plasenta berat

Pada solusio plasenta yang berat, lebih dari 23%, plasenta terpisah dari uterus. Onset gejala biasanya mendadak, dengan tidak disertai gejala awal atau disertai, namun sangat singkat. Nyeri uterus yang sangat dan terasa sebagai robekan, tusukan pisau dan sakit yang luar biasa. Uterus tampak tegang dan lunak. Perdarahan eksternal biasanya dalam jumlah yang sedang atau mungkin saja tidak ada perdarahan eksternal sama sekali. Hampir semua kejadian menyebabkan kematian janin. Syok

iritabilitas uterus harus diberikan pertimbangan yang serius karena hal ini dapat memprovokasi terjadinya derajat separasi yang besar.

Pada beberapa kasus eksternal, terutama yang terjadi malam hari, perdarahan merupakan satu-satunya gejala, dan diferensial diagnostik yang utama dari keadaan ini adalah plasenta previa.

b. Solusio plasenta sedang

Separasi yang lebih dari 14% dan kurang dari 23% antara permukaan plasenta dengan dinding uterus dianggap sebagai suatu solusio sedang. Onset gejalanya bisa terjadi secara bertahap, diawali dengan gejala-gejala yang terjadi pada separasi ringan, atau secara mendadak dengan nyeri abdominal yang tiba-tiba dan terus-menerus yang diikuti dengan perdarahan pervaginam yang berwarna gelap.

Meskipun perdarahan eksternal terjadi dalam jumlah sedang, kehilangan darah total dari sirkulasi mungkin mencapai 1000mL. Dimungkinkan dapat terjadi syok (kulit teraba dingin, takikardi, hipotensi, oliguri) dan kehidupan janin bisa terganggu. Uterus yang lunak merupakan diagnosa mayor adanya kontraksi yang kuat dan terus-menerus atau kontraksi parsial.

Karena kontraksi uterus berlangsung kontinyu, bunyi jantung janin menjadi sulit didengar. Detektor ultrasonik mungkin diperlukan untuk menjelaskan keadaan janin. Kekurangan faktor pembekuan darah dan kerusakan ginjal bisa terjadi pada solusio plasenta yang ringan dan sedang, tetapi sering terjadi pada solusio plasenta yang berat.

c. Solusio plasenta berat

Pada solusio plasenta yang berat, lebih dari 23%, plasenta terpisah dari uterus. Onset gejala biasanya mendadak, dengan tidak disertai gejala awal atau disertai, namun sangat singkat. Nyeri uterus yang sangat dan terasa sebagai robekan, tusukan pisau dan sakit yang luar biasa. Uterus tampak tegang dan lunak. Perdarahan eksternal biasanya dalam jumlah yang sedang atau mungkin saja tidak ada perdarahan eksternal sama sekali. Hampir semua kejadian menyebabkan kematian janin. Syok

yang terjadi dalam waktu yang sangat cepat dan tidak terduga, kondisi ibu yang di bawah kontrol, oliguri, dan koagulopati harus selalu diwaspadai (Handayana, 1999).

### 2.3.5 Diagnosa

Di samping ditegakkan melalui gambaran klinik yang lazim, juga dapat ditegakkan berdasarkan sifat perdarahannya, adalah sebagai berikut.

#### a. Perdarahan eksternal

Perdarahan eksternal pada solusio plasenta sesuai dengan perdarahan yang terjadi sebagai akibat dari plasenta previa, dan pada banyak kasus sulit dibedakan antara keduanya dengan segera. Plasenta previa diduga berdasarkan riwayat perdarahan yang rekuren dengan tidak disertai hipertensi atau proteinuri, dengan malpresentasi atau presentasi bayi yang terlalu tinggi. Jika kepala janin terlihat pada ultrasonografi kemudian tampak plasenta yang terletak pada bagian atas uterus maka diagnosa pasti dari solusio plasenta dapat ditegakkan.



Gambar 2.3 Ultrasonografi Kasus Solusio Plasenta

#### b. Perdarahan tersembunyi

Diagnosa harus dibuat mulai dari perdarahan intraperitoneal yang disebabkan oleh kehamilan ektopik terganggu, ruptur uteri spontan, atau hidramnion akut. Meskipun sangat jarang terjadi pada komplikasi kehamilan, peristiwa-peristiwa tersebut menyerupai solusio plasenta. Jadi, kejadian-kejadian tersebut harus didiagnosa melalui riwayat dan gejala fisik yang tampak pada setiap kasus.

Komplikasi kehamilan yang lain seperti fibromioma, torsi dari tangkai kista ovarium, volvulus, obstruksi intestinal, apendisitis akut atau peritonitis oleh berbagai sebab, harus dipertimbangkan selama terjadi tahap awal dari perdarahan tersembunyi.

Penggunaan ultrasonografi pada uterus dapat digunakan untuk membuktikan diagnosa dari perdarahan aksidental tersembunyi di saat bekuan retroplasenta terdeteksi (Handayana, 1999).

### 2.3.6 Komplikasi

#### a. Sindroma defibrinasi

Ibu harus selalu dimonitor dengan baik sampai periode post partum. Tidak hanya terjadi penurunan dari fibrinogen saja, tetapi juga platelet dan faktor lain seperti faktor II, V, VIII dan X.

#### b. Kor pulmonale akut

Kor pulmonale dimungkinkan selalu terjadi, yang disebabkan oleh emboli pada mikrosirkulasi pulmonal sebagai akibat dari adanya defibrinasi atau berasal dari debris seluler amnion melalui pembuluh vena maternal. Aspek yang paling penting dari penanganan segera terhadap komplikasi yang mengancam jiwa ini adalah alat respirator.

#### c. Nekrosis korteks dan tubulus ginjal

Kemungkinan terjadinya kerusakan korteks dan tubulus ginjal harus diperhitungkan apabila terdapat oliguri setelah pemberian volume darah yang adekuat. Suatu usaha harus dilakukan untuk memperbaiki sirkulasi ginjal dan meningkatkan diuresis yaitu dengan menambahkan volume cairan (dengan bantuan monitor vena sentral) dan pengaturan pemberian 50 mL bolus intra vena manitol 20%. Kerusakan fungsi ginjal yang progresif membutuhkan dialisis peritoneal atau hemodialisa (Handayana, 1999).

#### d. Hepatitis akibat transfusi

Resiko hepatitis setelah transfusi sudah berkurang kira-kira 25-40% dengan adanya suatu tes skrining dari antigen hepatitis.

e. Apopleksi uterus

Infiltrasi ekstensif terhadap dinding miometrium dengan darah akan mengurangi kontraktilitas dari miometrium. Apabila perdarahan yang terjadi dari plasenta tidak terkontrol maka perlu dilakukan histerektomi (Handayana, 1999).

### 2.3.7 Prognosis

Faktor yang paling menentukan prognosis adalah derajat dari syok dan lama terjadinya. Jumlah darah yang hilang merupakan hal yang penting yang harus diperhitungkan. Jika uterus mulai berkontraksi secara ritmis, spasme yang mulai menurun, maka prognosis bisa lebih baik, sekalipun terjadi peningkatan perdarahan eksternal yang terjadi secara temporer disaat pasien mulai masuk dalam proses persalinan. Setelah uterus kosong maka perdarahan segera berhenti dan resiko terjadinya hipofibrinogenemi atau nekrosis korteks ginjal akan menurun.

Pada kasus perdarahan maternal resiko pada ibu kecil, tetapi pada beberapa kasus terjadi lebih dari 10%. Prognosis pada bayi buruk. Mortalitas perinatal lebih dari 50%. Hal ini disebabkan oleh asfiksia sebagai akibat dari separasi plasenta dan kadang-kadang dikombinasi dengan retardasi pertumbuhan janin atau kelahiran preterm (Handayana, 1999 dan Tarigan, 2004).

## 2.4 Plasenta Previa

### 2.4.1 Definisi

Pada plasenta previa, jaringan plasenta tidak tertanam dalam korpus uteri jauh dari ostium internum servisis, tetapi terletak sangat dekat atau pada ostium internum tersebut. Ada empat derajat abnormalitas yang diketahui ialah sebagai berikut.

1. Plasenta previa totalis. Ostium internum servisis tertutup sama sekali oleh jaringan plasenta.
2. Plasenta previa parsialis. Ostium internum tertutup sebagian oleh jaringan plasenta.

3. Plasenta previa marginalis. Tepi plasenta terletak pada bagian pinggir ostium internum.
4. Plasenta letak rendah. Plasenta tertanam dalam segmen bawah uterus, sehingga tepi plasenta sebenarnya tidak mencapai ostium internum tetapi terletak sangat berdekatan dengan ostium tersebut.

Derajat plasenta previa tergantung kepada luasnya ukuran dilatasi serviks saat dilakukan pemeriksaan. Perlu ditegaskan bahwa palpasi digital untuk mencoba memastikan hubungan yang selalu berubah antara tepi plasenta dan ostium internum ketika serviks berdilatasi, dapat memicu terjadinya perdarahan yang hebat. Pada suatu penelitian dengan 375 pasien dengan plasenta previa totalis 16%, plasenta previa parsialis 12%, plasenta previa marginalis 26% dan plasenta previa letak rendah 46% (Cunningham, 1995).

Risiko bagi fetus tergantung pada derajat pelepasan plasenta dan perdarahan yang terjadi selanjutnya saat uterus berkontraksi. Jelasnya, pada tipe 1 dan 2, maka seksio sesare selalu merupakan metode pilihan untuk melahirkan (Verralls, 1996).

#### **2.4.2 Etiologi**

Penyebab spesifik dari plasenta previa belum diketahui. Faktor-faktor di bawah ini diduga memiliki peranan penting dalam terjadinya plasenta previa. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut.

1. Faktor Maternal
  - a. Multiparitas; sekitar 80% dari seluruh kasus plasenta previa terjadi pada multiparitas.
  - b. Usia lebih dari 35 tahun; wanita lebih dari 35 tahun, tanpa memperhatikan paritasnya, lebih besar kemungkinannya mengalami plasenta previa daripada wanita yang berusia kurang dari 25 tahun.
  - c. Tidak ada riwayat obstetrik sebelumnya; riwayat obstetrik terdahulu dari plasenta previa merupakan faktor resiko yang jarang ditemukan.

## 2. Faktor yang berhubungan dengan plasentasi yang abnormal

Plasenta previa pada dasarnya merupakan implantasi plasenta yang abnormal. Beberapa faktor di bawah ini yang ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya plasenta previa ini berhubungan dengan umur ibu dan paritasnya, adalah sebagai berikut.

- a. Vaskularisasi desidua yang kurang sempurna terjadi pada perubahan atropik atau inflamasi.
- b. *Scar* pada endometrium terjadi pada kehamilan berulang.
- c. Perubahan pada pembuluh darah di bagian plasenta yang menyebabkan terjadinya pengurangan suplai darah ke endometrium sehingga membutuhkan permukaan endometrium yang cukup luas untuk perlekatan plasenta guna menyediakan aliran darah ibu yang adekuat.
- d. Bertambahnya luas permukaan dari implantasi plasenta pada kehamilan multiple (kembar), yang menyebabkan bagian bawah plasenta mencapai daerah ostium internum.
- e. Eritroblastosis fetalis; sering terjadi pada plasenta besar.
- f. Perubahan suplai darah ke endometrium dan perubahan kualitas endometrium yang terjadi pada riwayat insisi segmen bawah uterus (Beck, 1997).

### 2.4.3 Patofisiologi

Plasenta previa sering memiliki bentuk yang irreguler dan ketebalan yang bervariasi. Hal ini bisa menutupi area yang lebih luas daripada plasenta yang normal dan sering ditemukan adanya perlekatan yang patologis pada segmen bawah uterus. Perubahan ini terjadi oleh karena suplai darah yang relatif kurang dimana plasenta memperolehnya dari vaskularisasi segmen bawah dalam jumlah yang sedikit. Perdarahan berasal dari pembuluh darah maternal yang terbuka karena separasi plasenta sebagai akibat dari dilatasi segmen bawah pada saat uterus berkontraksi.

Derajat separasi selama kehamilan mungkin kecil tetapi menjadi besar selama persalinan ketika perdarahan banyak terjadi. Pada beberapa kasus, oksigenasi

janin terganggu karena separasi dari plasenta, atau kompresi selama persalinan, atau karena perdarahan maternal yang menyebabkan anemia dan hipotensi sehingga aliran darah yang berasal dari plasenta maternal berkurang (Hanafiah, 2004).

#### 2.4.4 Gambaran Klinik

Selama akhir kehamilan 12 minggu (kadang pada awal kehamilan 12 minggu) terjadi perdarahan kecil dari vagina. Hal ini dapat terjadi tanpa penyebab yang nyata, bisa terjadi pada saat tidur, saat latihan yang berat atau karena beberapa gangguan lokal misalnya koitus. Biasanya terjadi perdarahan kecil yang berulang sebagai awal dari perdarahan yang banyak, tetapi kadang-kadang perdarahan pertama bisa langsung banyak dan bisa juga tanpa perdarahan sampai terjadinya persalinan, namun hal yang seperti ini hanya terjadi pada beberapa kasus saja.

Tidak ada rasa sakit dan gerakan janin serta bunyi jantung biasanya normal. Pada persalinan perdarahan berat tidak terelakkan sebagai akibat dari dilatasi serviks. Pada kala III persalinan bisa mengalami perdarahan post partum karena bagian plasenta lebih lebar daripada normal dan letaknya pada segmen bawah yang tidak berekstraksi secara efisien. Beberapa sobekan serviks menambah terjadinya perdarahan karena vaskularisasinya yang meningkat (Hanafiah, 2004).

#### 2.4.5 Diagnosa

##### a. Anamnesa

Perdarahan jalan lahir pada kehamilan setelah 22 minggu berlangsung tanpa nyeri, tanpa alasan, terutama pada multigravida. Banyaknya perdarahan tidak dapat dinilai dari anamnesis, melainkan dari pemeriksaan hematokrit (Wiknjastro, 1999).

##### b. Pemeriksaan luar

Bagian terbawah janin biasanya belum masuk pintu atas panggul. Apabila presentasi kepala, biasanya kepalanya masih terapung diatas pintu atas panggul atau mengolok kesamping, dan sukar didorong ke dalam pintu atas panggul. Tidak jarang

terdapat kelainan letak janin, seperti letak lintang atau letak sungsang (Wiknjosastro, 1999).

c. Pemeriksaan inspekulo

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum atau kelainan serviks dan vagina, seperti erosio porsionis uteri, karsinoma porsionis uteri, varises vulva, dan trauma. Apabila perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum, adanya plasenta previa harus dicurigai (Wiknjosastro, 1999).

d. Penentuan letak plasenta tidak langsung

Penentuan ini dapat dilakukan dengan radiografi, radioisotopi, dan ultrasonografi. Nilai diagnostiknya cukup tinggi di tangan yang ahli, akan tetapi ibu dan janin pada pemeriksaan radiografi dan radioisotopi masih dihadapkan pada bahaya radiasi yang cukup tinggi pula, sehingga cara ini mulai ditinggalkan (Wiknjosastro, 1999).

Keuntungan pemeriksaan radiografi adalah diperolehnya gambar kerangka janin, sehingga apabila terdapat kelainan kerangka janin yang hebat (hidrosefalus, mikrosefalus), dengan mudah dapat diketahui. Hal ini akan sangat menentukan penanganan selanjutnya (Wiknjosastro, 1999).

Pada penentuan plasenta dengan radioisotopi dilakukan penyuntikan zat radioisotop ke dalam peredaran darah ibu, disusul dengan penghitungan intensitas radiasi pada seluruh permukaan uterus dapat menentukan letak plasenta. Zat radioisotop yang sering dipakai adalah albumin yang telah ditandai dengan iodium radioaktif atau RISA (*Radio Iodinated Serum Albumin*). Cara ini dapat menentukan letak plasenta dengan tepat, walaupun dilakukan pada permulaan triwulan ketiga. Radiasi yang diperoleh ibu dan janinnya sangat kecil, sehingga cara ini dapat dianjurkan untuk penentuan letak plasenta secara tidak langsung (Wiknjosastro, 1999).

Kini ultrasonografi telah banyak digunakan dalam bidang kebidanan. Cara ini memakai gelombang suara yang berfrekuensi sangat tinggi (gelombang suara antara

1,5-2,5 juta Hertz), yang dapat dipancarkan dari sumbernya seperti seberkas cahaya yang dapat dipantulkan kembali, dibias, dan diabsorpsi oleh benda-benda yang dilaluinya. Gelombang yang dipantulkan kembali itu dapat ditampilkan pada sebuah layar (*scan*). Penentuan letak plasenta dengan cara ini ternyata sangat tepat, tidak menimbulkan bahaya radiasi bagi ibu dan janinnya, dan tidak menimbulkan rasa nyeri (Wiknjosastro, 1999).

Selain ketiga cara di atas masih terdapat cara penentuan letak plasenta secara tidak langsung, di antaranya adalah sebagai berikut.

1. Perbandingan

Daerah panggul ibu dipotret dari depan dan dari samping. Jarak antara bagian terbawah janin dengan tulang-tulang panggul ibu sebagai patokan diperbandingkan, apakah terlampau jauh karena di antaranya terdapat plasenta. Sebagai patokan dapat pula dipakai bayangan kandung kencing yang sebelumnya telah diisi dengan cairan kontras (*cystography*).

Pemeriksaan ini kurang dapat dipercaya apabila dilakukan pada kehamilan kurang dari 32 minggu karena memang biasanya bagian terbawah janin belum masuk pintu atas panggul, bahkan kalau didorong ke bawah sekali pun sukar masuk ke dalam pintu atas panggul. Demikian pula kalau janin letaknya melintang atau mengolok, sukar untuk mengetahui jarak yang normal antara bagian terbawah janin dengan tulang panggul atau kandung kencing ibu (Wiknjosastro, 1999).

2. Tehnik jaringan lunak

Daerah fundus uteri dipotret dengan sinar rontgen yang berpenetrasi rendah, agar diperoleh bayangan jaringan lunak (plasenta). Di tangan seorang yang ahli dengan alat potret yang baik, bayangan plasenta dapat terlihat dengan jelas, terlebih lagi apabila terdapat bayangan klasifikasi plasenta. Apabila bayangan jaringan lunak plasenta jelas tampak pada fundus uteri, perkiraan adanya plasenta previa dapat disangkal. Apabila

bayangannya tidak tampak pada fundus uteri, dugaan adanya plasenta previa belum dapat disingkirkan (Wiknjosastro, 1999).

### 3. Arteriografi

Penyuntikan cairan kontras melalui kateter yang dimasukkan dari arteri femoralis sampai ke aorta di atas cabang arteri hipogastrika yang kemudian disusul dengan pemotretan daerah perut ibu, akan mempertunjukkan bayangan darah yang masuk ke dalam ruang intervillus plasenta, dan dengan demikian akan mempertunjukkan letak plasenta.

Pemeriksaan ini tidak bebas dari bahaya radiasi bagi ibu dan janinnya. Dapat pula terjadi kontraksi sampai tetani uteri yang dapat membahayakan janinnya. Walaupun pemeriksaan ini dapat memperlihatkan letak plasenta dengan jelas, akan tetapi mengingat bahaya-bahayanya yang mungkin ditimbulkan pada ibu dan janinnya, para dokter kebidanan sangat segan untuk menganjurkannya (Wiknjosastro, 1999).

#### e. Penentuan letak plasenta secara langsung

Untuk menegakkan diagnosis yang tepat tentang adanya dan jenis plasenta previa ialah secara langsung meraba plasenta melalui kanalis servikalis. Akan tetapi pemeriksaan ini sangat berbahaya karena dapat menimbulkan perdarahan yang banyak, sehingga hanya dilakukan apabila penanganan pasif ditinggalkan, dan ditempuh penanganan aktif. Pemeriksaannya hanya dilakukan dalam keadaan siap operasi. Pemeriksaan dalam di meja operasi dilakukan sebagai berikut.

#### 1. Perabaan fornises

Pemeriksaan ini hanya bermakna apabila janin dalam presentasi kepala. Sambil mendorong sedikit kepala janin ke arah pintu atas panggul, perlahan-lahan seluruh fornises diraba dengan jari. Perabaannya terasa lunak apabila antara jari dan kepala janin terdapat plasenta; dan akan terasa padat (keras) apabila antara jari dan kepala janin tidak terdapat plasenta. Bekuan darah dapat dikelirukan dengan plasenta. Plasenta yang tipis mungkin tidak terasa lunak. Pemeriksaan ini harus selalu mendahului

pemeriksaan melalui kanalis servikalis, untuk mendapatkan kesan pertama ada tidaknya plasenta previa.

## 2. Pemeriksaan melalui kanalis servikalis

Apabila kanalis servikalis telah terbuka perlahan-lahan jari telunjuk dimasukkan ke dalam kanalis servikalis, dengan tujuan mungkin teraba kotiledon plasenta. Apabila kotiledon plasenta teraba, segera jari telunjuk dikeluarkan dari kanalis servikalis. Jangan sekali-kali berusaha menyelusuri pinggir plasenta seterusnya karena mungkin plasenta akan terlepas dari insersinya yang dapat menimbulkan perdarahan banyak (Wiknjastro, 1999).

### 2.4.6 Komplikasi

#### 1. Maternal

Perdarahan maternal, syok, dan kematian merupakan komplikasi perdarahan ante partum karena plasenta previa. Separasi prematur dari bagian plasenta previa terjadi pada setiap kasus dan menyebabkan perdarahan eksternal tanpa rasa sakit. Ruptur dari segmen bawah uterus bisa terjadi intra partum dan post partum. Endometritis dan parametritis biasa terjadi sebagai lanjutan dari plasentitis.

#### 2. Janin

Prematuritas (umur kehamilan kurang dari 36 minggu) akibat plasenta previa merupakan penyebab utama dari kematian janin, 60% dari kematian perinatal. Janin meninggal karena asfiksia intra uteri atau luka pada saat proses persalinan. Pada janin dapat terjadi tindakan seksio sesarea yang dilakukan pada pasien plasenta previa, sekitar separuh dari tindakan ini mengakibatkan kehilangan darah dari bayi yang cukup banyak (Hanafiah, 2004).

### 2.4.7 Prognosis

Dengan penanggulangan yang baik seharusnya kematian ibu karena plasenta previa rendah sekali, atau tidak ada sama sekali. Sejak diperkenalkannya penanganan

pasif pada tahun 1945, kematian perinatal berangsur-angsur dapat diperbaiki. Walaupun demikian, hingga kini kematian perinatal yang disebabkan prematuritas tetap memegang peranan utama (Wiknjastro, 1999). Lebih lanjut, untuk setiap berat janin, angka mortalitas perinatal kemungkinan lebih tinggi pada plasenta previa dibandingkan pada populasi umum (Cunningham, 1995).

Penyebab utama kematian maternal pada plasenta previa adalah syok karena perdarahan, dan tanpa penanganan yang efisien bahaya terjadinya kematian semakin tinggi. Jumlah perdarahan yang paling sedikit terjadi pada plasenta previa letak rendah, sedangkan perdarahan yang progresif terjadi pada plasenta previa totalis. Perdarahan ante partum dan post partum bisa terjadi pada kedua tipe tersebut (Hanafiah, 2004).

## **2.5 Perdarahan Ante Partum Yang Belum Jelas Sumbernya**

### **2.5.1 Vasa Previa**

Penyebab yang jarang dari perdarahan ante partum terjadi ketika ada insersi velamentosa dari umbilikus dan pembuluh darah yang terletak pada selaput membran yang menutupi bagian internal. Ketika terjadi ruptur dari membran tersebut maka pembuluh darah ini akan pecah dan perdarahan pervaginam pun terjadi. Darah yang hilang berasal dari darah janin dan kehidupan janin bisa terganggu.

Kejadian ini biasanya sulit untuk didiagnosa, tetapi jika ada dugaan, maka harus segera dilakukan tes sel darah merah janin (tes Kleihauer-Berke atau tes Kleihauer) dimana pada darah yang keluar terdapat inti pada sel darah merahnya yang merupakan sel darah merah janin. Di samping itu, bisa dilakukan tes pada hemoglobin janin (tes AGE). Jika diagnosa dapat ditegakkan maka janin harus segera dikeluarkan kalau keadaannya memungkinkan (Hanafiah, 2004).

### 2.5.2 Ruptur Uteri

Ruptur uteri merupakan peristiwa separasi sempurna dari otot uterus pada tiap lapisannya dengan sebagian atau seluruh bagian janin keluar dari kavum uteri. Insiden peristiwa ini terjadi sekitar 0,5%.

Ruptur uteri bisa terjadi secara spontan, traumatik, atau berhubungan dengan adanya *scar* pada uterus. Adanya *scar* pada uterus tersebut merupakan predisposisi pada 40% kasus. Biasanya *scar* berasal dari bekas operasi seksio sesarea dimana pada insisi transversal pada segmen bawah uterus memiliki risiko besar 0,5%, sedangkan pada *scar* vertikal (klasik) memiliki risiko 5%. Sebanyak 60% ruptur uteri terjadi pada uterus tanpa *scar*. Faktor-faktor yang berhubungan dengan ruptur dari uterus tanpa *scar* antara lain: penggunaan oksitosin yang tidak semestinya, multiparitas, distensi uterus yang bermakna, letak janin yang abnormal, disproporsi sefalopelvik, versi eksternal, distosia, tindakan *forceps*, patologi uteroplasenta dan trauma.

Gejala sangat bervariasi, gejala yang klasik yaitu nyeri perut yang tiba-tiba. Adanya ruptur ditandai dengan hiperventilasi, gelisah, agitasi dan takikardi. Bisa atau tidak terjadi perdarahan pervaginam, dan jika terjadi perdarahan dimulai dengan adanya *spotting* sampai terjadi perdarahan yang berat. Tampak kontur perut yang abnormal dan bagian janin yang mudah teraba. Fetal distress biasanya terjadi dan ibu dapat mengalami hipotensi dan syok hipovolemik (Hanafiah, 2004).

### 2.5.3 Plasenta Akreta

Secara normal, plasenta akan terlepas dengan spontan dari dinding uterus beberapa menit setelah janin dilahirkan. Pada plasenta akreta terdapat perlekatan plasenta yang abnormal, desidua yang perkembangannya mengalami gangguan dan tahap pembelahan fisiologi terjadi pada lapisan spongiosa. Pada saat vili plasenta meluas sampai sejauh miometrium maka hal ini disebut sebagai plasenta inkreta, dan apabila mencapai atau bahkan melakukan penetrasi ke lapisan serosa dari uterus, maka hal ini disebut sebagai plasenta perkreta.

Perlekatan abnormal dari plasenta hampir selalu berhubungan dengan suatu kondisi yang mempengaruhi perkembangan desidua, termasuk disini adalah plasenta previa, riwayat seksio sesaria atau kuret, sinekia intra uteri dan multiparitas. Meskipun perdarahan ante partum dan ruptur uteri bisa terjadi, kehamilan dan persalinan biasanya berlangsung normal. Namun, masalah besar yang dihadapi adalah yang berhubungan dengan kelahiran plasenta yang tergantung pada derajat perlekatannya. Perdarahan yang berat atau inversi uteri dapat terjadi akibat usaha untuk mengangkat plasenta (Danforth, 1986).

#### **2.5.4 Plasenta Sirkumvalata**

Selama perkembangannya, amnion dan korion melipat ke belakang di sekeliling tepi-tepi plasenta, yang memberikan gambaran seperti leher baju. Dengan demikian korion ini masih berkesinambungan dengan tepi plasenta, tetapi perlekatannya melipat ke belakang pada permukaan fetal. Sebagai akibatnya, pinggir plasenta lebih mudah terlepas dari dinding uterus, dan keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan ante partum, yang merupakan penyebab sebenarnya yang tidak diketahui sebelum plasenta diperiksa pada akhir persalinan (Verralls, 1996).

#### **2.5.5 Varises Vulva, Vagina dan Tungkai**

Wanita hamil sering mengeluh tentang melebarnya pembuluh-pembuluh di tungkai, vagina, dan vulva. Setelah bayi lahir keluhan-keluhan itu hilang atau berkurang. Varises sudah dapat timbul dalam kehamilan muda, biasanya dalam kehamilan 12 minggu.

Varises merupakan sutau pelebaran dari pembuluh darah balik yang dianggap sebagai reaksi sistem vena, terutama dindingnya, terhadap perubahan hormonal dalam kehamilan. Kiranya otot polos dinding pembuluh darah, seperti otot-otot di tempat lain, melemah akibat pengaruh hormon-hormon steroid. Karena melemahnya dinding pembuluh darah dengan akibat melebarnya pembuluh-pembuluh darah balik itu, maka isi sistem vena bertambah dalam kehamilan dengan kira-kira 150%.

Bahaya varises dalam kehamilan dan persalinan, baik yang di vulva / vagina maupun yang ditungkai, ialah kemungkinan pecahnya pembuluh darah. Selain bahaya perdarahan yang mungkin berakibat fatal, dapat pula terjadi emboli udara. Kesulitan dapat dialami dengan varises vulva yang besar waktu dibuat episiotomi (Wiknjosastro, 1999).

#### **2.5.6 Lesi Serviks**

Lesi jinak atau maligna dari serviks bisa menyebabkan perdarahan ante partum, terutama jika dilakukan manipulasi pada serviks. Serviks seharusnya diperiksa sebagai suatu bagian dari pemeriksaan pada beberapa wanita hamil yang disertai perdarahan. Biopsi jaringan harus dilakukan terhadap adanya lesi serviks yang mencurigakan. Lesi serviks selain karsinoma umumnya tidak membahayakan.

#### **2.5.7 Ruptur Sinus Marginalis**

Sinus marginalis menjadi bingkai sirkumferensia plasenta dan merupakan salah satu saluran tempat darah dari ruang *intervillous* mengalir kembali ke sirkulasi maternal. Pada keadaan normal bagian ini akan robek pada kala III ketika plasenta terlepas dari dinding rahim.

Adakalanya sinus marginalis menjadi ruptur pada trimester ketiga kehamilan. Etiologinya tidak diketahui. Gambaran klinisnya berupa perdarahan ringan, tanpa nyeri yang disertai rigiditas uterus atau perubahan frekuensi denyut jantung janin (Oxorn, 1990).

#### **2.5.8 Lesi Kandung Kemih dan Usus**

Sumber perdarahan tidak selalu jelas dan bisa saja berasal dari lesi kandung kemih dan usus. Hemoroid sering terjadi selama kehamilan dan kadang wanita hamil mengalami perdarahan yang berasal dari lesi rektal yang jinak atau maligna. Perdarahan kandung kemih bisa dideteksi melalui tindakan kateterisasi untuk mendapatkan spesimen urin (Wilson, 1991).

Masih banyak kasus dari perdarahan ante partum yang penyebabnya belum diketahui. Perdarahan biasanya dalam jumlah yang sedikit. Diagnosa bisa dibuat hanya setelah mengenyampingkan penyebab lain yang sudah jelas.

## 2. 6 Penilaian Adaptasi Neonatus

Penilaian terhadap adaptasi neonatus dilakukan dengan cara menghitung nilai APGAR. Kriteria yang dinilai adalah laju jantung, usaha bernafas, tonus otot, refleks terhadap rangsang dan warna kulit. Setiap kriteria diberi nilai 0,1 atau 2 sehingga neonatus dapat memperoleh nilai 0 sampai 10. Sistem penilaian ini diperkenalkan oleh dr. Virginia Apgar dengan dilakukan pada menit pertama setelah lahir.

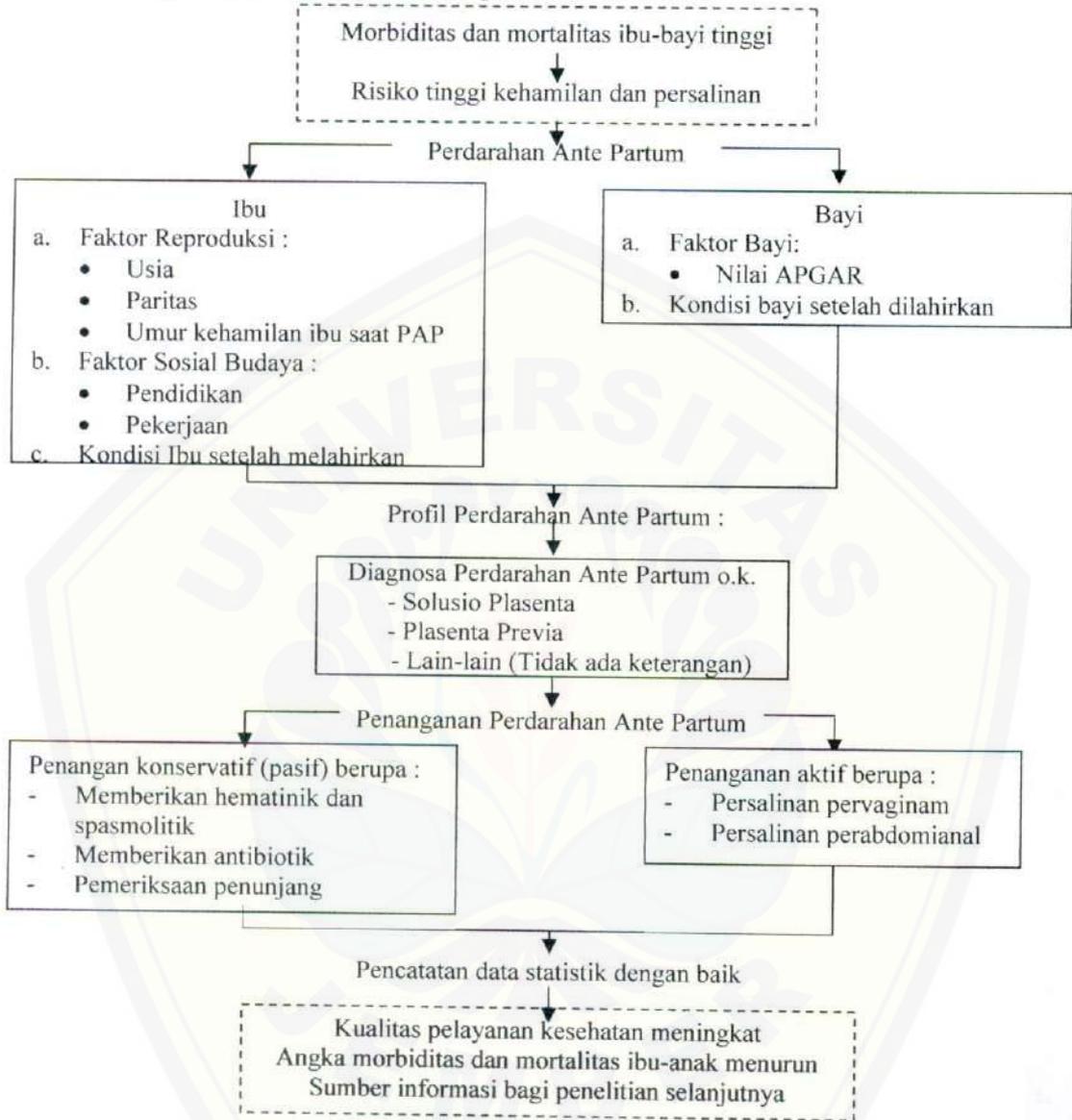
Neonatus yang beradaptasi dengan baik mempunyai nilai APGAR antara 7 sampai 10. Nilai 4 sampai 6 menunjukkan keadaan asfiksia ringan sampai sedang, sedangkan nilai 0-3 menunjukkan derajat asfiksia berat. Penilaian APGAR ini perlu diulangi setelah 5 menit untuk mengevaluasi apakah tindakan resusitasi sudah adekuat atau masih perlu dilakukan pemeriksaan penunjang lain. Nilai APGAR 5 menit ini mempunyai nilai prognostik oleh karena berhubungan dengan morbiditas neonatal. (Matondang, 2003)

Tabel 2.6 APGAR Score

Tanda	0	1	2
Laju jantung	Tidak ada	< 100	≥ 100
Usaha bernafas	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
Tonus otot	Lumpuh	Ekstrimitas fleksi sedikit	Gerakan aktif
Refleks	Tidak bereaksi	Gerakan sedikit	Reaksi melawan
Warna kulit	Seluruh tubuh biru/pucat	Tubuh kemerahan, ekstrimitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

Sumber : Matondang, 2003

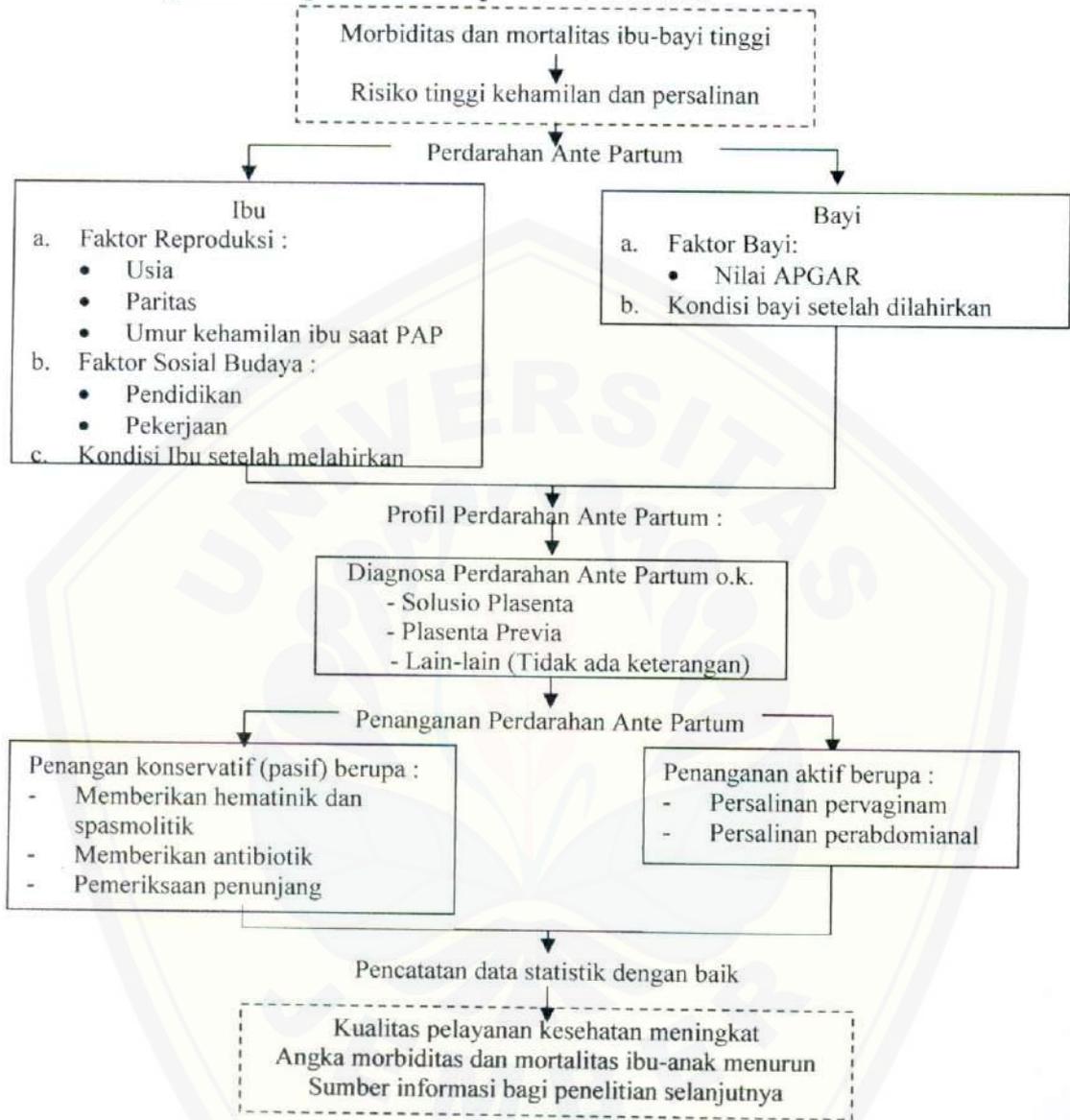
2.7 Kerangka Konseptual Dan Hipotesis Penelitian



Keterangan :  Diteliti,  Tidak diteliti

Gambar 2.4 Skema kerangka konseptual penelitian

2.7 Kerangka Konseptual Dan Hipotesis Penelitian



Keterangan :  Diteliti,  Tidak diteliti

Gambar 2.4 Skema kerangka konseptual penelitian



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang akan dilakukan adalah deskriptif untuk mengetahui gambaran perdarahan antepartum di RSUD dr. Soebandi Jember selama periode tahun 2004-2005 dengan metode pengambilan data sekunder melalui rekam medis.

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini bertempat di bagian rekam medik RSUD Dr. Soebandi Jember. Pada bulan Mei 2008.

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh data rekam medis pasien yang mengalami perdarahan antepartum periode 1 Januari 2004 sampai 31 Desember 2005 di RSUD dr. Soebandi Jember. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik *total sampling*, yaitu data diambil dari seluruh data rekam medis ibu yang mengalami perdarahan antepartum di RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2004 sampai 31 Desember 2005 yang memenuhi kriteria sampel.

#### 3.3.1 Kriteria Sampel

Kriteria intrinsik adalah seluruh data rekam medis ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang dapat ditemukan dibagian rekam medis RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2004 sampai 31 Desember 2005.

Kriteria ekstrinsik adalah data rekam medis ibu yang mengalami perdarahan antepartum dibagian rekam medis RSUD dr. Soebandi Jember diluar periode 1 Januari 2004 sampai 31 Desember 2005.

### 3.4 Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini digunakan variable sebagai berikut :

- a. Faktor reproduksi :
  - Usia ibu
  - Paritas
  - Umur kehamilan ibu saat mengalami perdarahan antepartum
- b. Sosial budaya :
  - Tingkat pendidikan ibu
  - Jenis pekerjaan ibu
- c. Perdarahan antepartum :
  - Kejadian solusio plasenta
  - Kejadian plasenta previa
  - Penanganan perdarahan antepartum secara pasif (konservatif)
  - Penanganan perdarahan antepartum secara aktif perabdominal
  - Penanganan perdarahan antepartum secara aktif pervaginam
- d. Kondisi paska perdarahan antepartum :
  - Kondisi ibu setelah melahirkan
  - Kondisi bayi setelah dilahirkan
- e. Faktor bayi :
  - Nilai APGAR

### 3.5 Definisi Operasional variabel

#### 3.5.1 Faktor Reproduksi

##### a. Usia

Rentang usia ibu dalam hal ini dikelompokkan mulai usia  $\leq 20$ , 21-25, 26-30, 31-35, dan  $\geq 35$  tahun sehingga dapat diperoleh rentang usia ibu yang mengalami perdarahan antepartum paling tinggi (Handayani, 2002).

b. Paritas

Paritas adalah keadaan seorang wanita sehubungan dengan kelahiran anak yang bias hidup (Doorland, 1996), dalam hal ini paritas ibu dikelompokkan menjadi nulipara, primipara,  $< 5$  dan multipara  $\geq 5$  sehingga maka akan diperoleh kesimpulan paritas mana yang mengalami perdarahan antepartum paling tinggi (Handayani, 2002).

c. Umur Kehamilan Ibu

Umur kehamilan ibu adalah lamanya usia kehamilan yang dihitung dari mulainya bertemunya zigot dan sperma, usia kehamilan dibagi menjadi  $< 22$ ,  $22-27$  dan  $\geq 28$  (Handayani, 2002).

### 3.5.2 Faktor Sosial Budaya

a. Pendidikan

Pendidikan ibu dikelompokkan dalam beberapa tingkatan mulai dari tidak sekolah, SD/Sederajat, SMP/Sederajat, SMU/Sederajat, dan perguruan tinggi (Handayani, 2002).

b. Pekerjaan

Pekerjaan ibu dikelompokkan dalam beberapa jenis pekerjaan yaitu ibu rumah tangga, buruh, PNS, Swasta, tenaga kesehatan dan lain-lain (Handayani, 2002).

### 3.5.3 Perdarahan antepartum

a. Solusio plasenta

Adalah terlepasnya sebagian atau seluruh plasenta, pada lokalisasi yang normal, sebelum jalan lahir pada umur kehamilan 20 minggu atau lebih. Atau terlepasnya plasenta pada korpus uteri sebelum jalan lahir

## b. Plasenta previa

Adalah plasenta yang terletak pada segmen bawah rahim, sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri. Dikenal 4 klasifikasi dari plasenta previa:

- 1) Plasenta previa totalis : Plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum
- 2) Plasenta previa lateralis : Plasenta menutupi sebagian dan ostium uteri internum
- 3) Plasenta previa marginalis : Tepi plasenta berada tepat pada tepi ostium uteri internum
- 4) Plasenta letak rendah : Plasenta berada 3 - 4 cm pada tepi ostium uteri internum

Perbedaan solusio plasenta dengan plasenta previa dapat dilihat dari tabel 3.1 (Granger, 1994).

Tabel 3.1 Perbedaan Solusio Plasenta dengan Plasenta Previa

	<b>Solusio Plasenta</b>	<b>Plasenta Previa</b>
<b>Perdarahan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merah tua s/d coklat hitam</li> <li>• Terus menerus</li> <li>• Disertai nyen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merah segar</li> <li>• Berulang</li> <li>• Tidak nyeri</li> </ul>
<b>Uterus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tegang, bagian janin tak teraba</li> <li>• Nyeri tekan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tak tegang</li> <li>• Tak nyeri tekan</li> </ul>
<b>Syok/Anemia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebih sering</li> <li>• Tidak sesuai dengan jumlah darah yang keluar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jarang</li> <li>• Sesuai dengan jumlah darah yang keluar</li> </ul>
<b>Fetus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% fetus sudah mati</li> <li>• Tidak disertai kelainan letak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biasanya fetus hidup</li> <li>• Disertai kelainan letak</li> </ul>
<b>Pemeriksaan dalam</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketuban menonjol walaupun tidak his</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teraba plasenta atau perabaan fornix ada bantalan antara bagian janin dengan jari pemeriksaan</li> </ul>

Sumber : Granger, 1994

### 3.5.4 Kodisi Paska Perdarahan Antepartum

#### a. Kondisi ibu setelah melahirkan

Kondisi ibu setelah melahirkan dibagi menjadi kondisi hidup dan mati, hal ini untuk mengetahui seberapa besarkah efek perdarahan antepartum terhadap ibu yang melahirkan (Handayani, 2002).

#### b. Kondisi bayi setelah dilahirkan

Kondisi bayi setelah dilahirkan dari ibu yang mengalami perdarahan antepartum dibagi menjadi kondisi hidup dan mati, hal ini untuk mengetahui seberapa besarkah efek perdarahan antepartum terhadap bayi yang dilahirkan (Handayani, 2002).

### 3.5.5 Faktor Bayi

#### a. APGAR Score

APGAR score (nilai Apgar) adalah suatu proses penilaian terhadap adaptasi neonatus yang diperkenalkan oleh Virginia Apgar yang dihitung berdasarkan kriteria (1) laju jantung, (2) usaha bernafas, (3) tonus otot, (4) refleks terhadap rangsangan, dan (5) warna kulit. Setiap kriterian diberi nilai 0, 1 atau 2 sehingga neonatus dapat memperoleh nilai 0 sampai 10. Cara-cara penilaian Apgar dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.2 Apgar Score

Tanda	0	1	2
Laju jantung	Tidak ada	< 100	≥ 100
Usaha bernafas	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
Tonus otot	Lumpuh	Extrimitas fleksi sedikit	Gerakan aktif
Refleks	Tidak bereaksi	Gerakan sedikit	Reaksi melawan
Warna kulit	Seluruh tubuh biru/pucat	Tubuh kemerahan, ekstrimitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

Sumber : Matondang, 2003

Neonatus yang beradaptasi dengan baik mempunyai nilai apgar antara 7-10. Nilai 4-6 menunjukkan keadaan asfiksia ringan sampai sedang, sedangkan nilai 0-3 menunjukkan derajat asfiksia yang berat. Nilai Apgar digunakan untuk mengetahui respons adaptasi bayi yang dilahirkan dari ibu yang mengalami perdarahan antepartum (Matondang, 2003)

### **3.6 Alat dan Bahan Penelitian**

#### **3.6.1 Alat**

- a. Alat tulis
- b. Buku tulis
- c. Komputer
- d. Kalkulator

#### **3.6.2 Bahan**

Rekam medis ibu yang mengalami perdarahan antepartum di RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2004 – 31 Desember 2005.

### **3.7 Data dan Sumber Data**

Bahan penelitian diambil dari data sekunder lewat rekam medis di RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2004 – 31 Desember 2005.

### **3.8 Prosedur Penelitian**

#### **3.8.1 Tahap Persiapan**

Pada tahap persiapan, kegiatan yang dilaksanakan adalah mengatur perizinan agar dapat melakukan pengambilan data di ruang rekam medis.

#### **3.8.2 Tahap Pengambilan Data**

Setiap data rekam medis di ruang rekam medis dari SMF Obstetri dan Ginekologi di RSUD dr. Soebandi Jember tahun 2004 sampai 2005 yang memenuhi

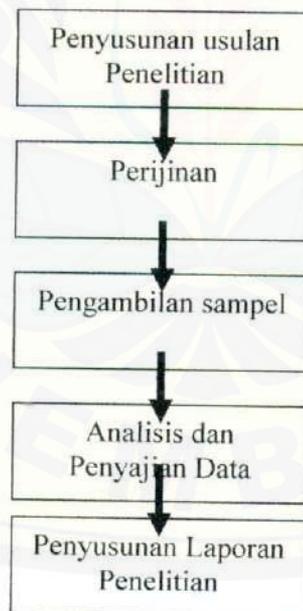
kriteria sampel diambil sebagai data penelitian, kemudian dicatat semua variabel penelitian yang diperlukan.

### 3.9 Teknik Penyajian dan Analisis Data

Data rekam medis yang didapatkan kemudian dihitung persentasenya dan disajikan dalam bentuk narasi dan tabel.

### 3.10 Alur Penelitian

Alur penelitian dimulai dari penyusunan usulan penelitian kemudian mengurus perijinan untuk pengambilan sampel, dilanjutkan dengan pengambilan sampel. Data yang diperoleh diolah dan disajikan dalam bentuk narasi dan tabel yang akan dipergunakan dalam penyusunan laporan penelitian.



Gambar 3.1 Alur Penelitian Gambaran Perdarahan Ante Partum di RSUD dr. Soebandi Jember periode 1 Januari 2004 – 31 Desember 2005



## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan tentang “Gambaran Perdarahan Ante Partum di RSUD dr. Soebandi Jember Periode 1 Januari 2004 – 31 Desember 2005” dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada tahun 2004 jumlah kasus perdarahan ante partum sebanyak 69 orang, sedangkan pada tahun 2005 jumlah kasus perdarahan ante partum sebanyak 72 orang.
2. Rentang usia yang paling banyak menderita perdarahan ante partum baik pada tahun 2004 maupun 2005 adalah usia 26-30 tahun.
3. Angka kejadian terbanyak dari penderita perdarahan ante partum terjadi pada wanita multipara sebesar 43 penderita (62,3 %) pada tahun 2004 dan 43 penderita (59,7 %) pada tahun 2005.
4. Perdarahan ante partum menurut umur kehamilan banyak terjadi pada penderita dengan umur kehamilan lebih atau sama dengan 28 minggu, yaitu sebanyak 48 orang (69,6%) pada tahun 2004 dan pada tahun 2005 sebanyak 50 orang (69,5%).
5. Angka kejadian perdarahan ante partum menempati urutan tertinggi yaitu mencakup plasenta previa 57,9 % (tahun 2004) dan 66,7 % (tahun 2005), sedangkan solusio plasenta sebesar 1,45 % (tahun 2004) dan 1,38 % (tahun 2005). Perdarahan ante partum yang tidak diketahui penyebabnya sebesar 15,9 % (tahun 2004) dan 25 % (tahun 2005).

6. Distribusi terbesar dari tingkat pendidikan penderita pada penelitian ini adalah penderita dengan tingkat pendidikan yang rendah yaitu SD atau sederajat 88 orang (62 %).
7. Status pekerjaan berperan terhadap kejadian perdarahan ante partum berhubungan dengan tidak cukupnya asupan gizi atau nutrisi dari ibu. Pada penelitian ini urutan pertama terbanyak sebesar 40 orang (28,4 %) berprofesi swasta sebagai penjahit dan pedagang dan 40 orang (28,4 %) berprofesi sebagai buruh tani dan pabrik. Urutan kedua terbanyak 37 orang (26,24 %) tidak bekerja atau ibu rumah tangga.
8. Penanganan persalinan yang sering digunakan pada pasien dengan perdarahan ante partum adalah seksio sesarea transversal profunda (SCTP) atau *lower segmen caesarean section* (LSCS), khususnya pada pasien dengan plasenta previa totalis.
9. Pada penelitian ini tidak ditemukan adanya kematian ibu yang menderita perdarahan ante partum setelah melahirkan. Namun kematian janin dari ibu yang menderita perdarahan ante partum masih ditemukan sebanyak 17 orang (12 %) dan yang lahir hidup sebanyak 124 orang (88 %).
10. Kondisi bayi setelah dilahirkan pada tahun 2004 adalah lahir hidup sebesar 58 orang (84 %) dan lahir mati 11 orang (16 %) sedangkan pada tahun 2005 bayi yang lahir hidup sebesar 66 orang (91,7 %) dan lahir mati sebesar 6 orang (8,3 %).
11. Nilai APGAR bayi yang dilahirkan dari ibu yang mengalami perdarahan antepartum terbanyak dengan kondisi baik sebanyak 28 orang (40,45%) pada tahun 2004 dan pada tahun 2005 terbanyak dengan kondisi sedang sebanyak 30 orang (41,7%).

## 5.2 Saran

1. Berdasarkan penelitian ini rentang usia yang paling banyak menderita perdarahan ante partum adalah usia 26-30 tahun, sehingga harus tetap berhati-hati dan waspada yaitu dengan *ante natal care* (ANC) yang rutin. Meskipun dalam literatur disebutkan bahwa wanita dengan usia lebih dari 35 tahun lebih berisiko menderita perdarahan ante partum.
2. Diharapkan semua ibu hamil memiliki pengetahuan mengenai perkembangan kehamilannya dan rajin memeriksakan kehamilannya agar mendapatkan informasi tentang hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan janinnya.
3. Diharapkan adanya sikap aktif dari petugas kesehatan setempat dalam memberikan penyuluhan mengenai pentingnya ANC terhadap kehamilan ibu dengan faktor resiko perdarahan ante partum tinggi oleh karena rendahnya tingkat pendidikan dan tingkat pekerjaan.
4. Diharapkan ada perbaikan dalam hal pencatatan rekam medis menjadi lebih lengkap dan terperinci.
5. Mengingat keterbatasan penelitian ini, maka diharapkan ada penelitian lanjutan yang lebih mendalam tentang perdarahan ante partum ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2007. *Perdarahan Antepartum*. (Serial on line). <http://purpleastria.wordpress.com>. (6 februari 2008).
- Beck, William W, Jr. 1997. *Obstetrics and gynecology*. 4<sup>th</sup> ed. USA: Post Tree Corporate Center. p.151.
- Cook, John. 1993. *Penatalaksanaan Bedah Obstetri, Ginekologi, Orthopedi, dan Traumatologi di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC. Hal.15-17.
- Cunningham, F Gary. 1995. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC. Hal.833-848.
- Dorland. 1996. *Kamus Saku Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Granger K, Pattison N 1994. Vaginal Bleeding in Pregnancy. J, Obst & Gynaec.
- Hacker, Neville F, Moore, J.George. 1992. *Essentials of Obstetrics and Gynecology*. USA: Saunders Company. p.160-162.
- Hanafiah, T. M. 2004. *Plasenta Previa*. (Serial on line). <http://library.usu.ac.id>. (6 februari 2008).
- Handayani, Wibowo, Noroyono, Wikjosastro, Gulardi H. 1999. *Perdarahan Dalam Masa Kehamilan*. (Serial on line). <http://www.geocities.com>. (6 februari 2008).
- Handayani, E. 2002. *Gambaran Perdarahan Antepartum di RSUD dr. Saiful Anwar Malang Periode Januari 1999 – Desember 2001*. Malang: Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
- Hardiyanto, A, Mochtar, Anantyo Binarso. 1998. *Kematian Perinatal Pada Persalinan Ganda*. Majalah Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Hal.167.
- Matondang, Corry S. 2003. *Diagnosis Fisis pada Anak*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Media Indonesia. 2001. *Tradisi Penyebab Tingginya Angka Kematian Ibu Hamil*, [online]. Available from <http://www.Mediaindonesia.co.id> (6 februari 2008).

- Mochtar BA, Praptohardjo U 1994.. Kedaruratan Dalam Kebidanan Karena Perdarahan. Simposium Kemajuan Obstetric II. Semarang: Balai Penerbit UNDIP.
- Moerniaeni, Neni dan Rambulangi, John. 2006. *Perdarahan Antepartum*. (Serial on line). <http://www.geocities.com>. (6 februari 2008).
- M-Web. 2003. *Angka kematian Ibu Melahirkan Tinggi*, Info Sehat Tanpa Henti, [online]. Available from [http:// www. SatuMed.com](http://www.SatuMed.com) (6 februari 2008)
- Nardhi Guawan. 1993. Kebijakan Departemen Kesehatan RI Dalam Upaya Menurunkan Kematian Maternal. Simposium Kemajuan Pelayanan Obstetri I. Semarang: Badan Penerbit UNDIP.
- Oxorn, Harry, Forte, William R. 1990. *Ilmu Kebidanan : Fisiologi dan Patologi Persalinan*. Jakarta: Yayasan Essentia Medica. Hal 432.
- Rambulangi J. 1995. Penatalaksanaan Perdarahan Antepartum. Dexamedica.
- Ryan. 2007. *Plasenta Previa*. (Serial on line). <http://ryan-mul.blogspot.com>. (6 februari 2008).
- SastroAsmoro, Sudigdo. 1995. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara. Hal 55.
- Soeharsono 1991. *Perdarahan Antepartum. Pelatihan Gawat Darurat Perinatal*. Semarang: Badan Penerbit UNDIP.
- Sudjana. 1996. *Metoda Statistika*. Edisi keenam. Bandung: Penerbit Tarsito. Hal. 172-173.
- Sumapraja S. 1986. *Perdarahan Antepartum. Dalam: Prawirohardjo S, Wiknjosastro H, Sumapraja S. Saifuddin ALL Ilmu Kebidanan Edisi 11*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Tarigan, Djakobus. 2004. *Perdarahan Selama Kehamilan* (serial on line). <http://library.usu.ac.id> (6 februari 2008)
- Verralls, Sylvia. 1996. *Anatomi dan Fisiologi Terapan dalam Kebidanan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica dan Andi Yogyakarta. Hal. 245.
- Wiknjosastro, Hanifa. 1999. *Ilmu Kebidanan*. Edisi Ketiga. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Hal. 775-777.

Wilson, J Robert, Carrington, Elsie Reid. 1991. *Obstetrics and Gynecology*. USA: Mosky Year Brok. p.48-349.

Yoseph. 1996. *Perdarahan Selama Kehamilan* (serial on line). <http://www.kalbe.co.id> (6 Februari 2008).

Zain, Taufik. April, 2000. *Kematian Maternal*. Berkala Ilmiah Kesehatan Fatmawati. Vol. 2. No. 4. Hal.120-121.

