

**LAPORAN
TUTORIAL SKENARIO I**



Disusun Oleh :

Tika Eliyanti / 2010101015

Dosen Pengampu :

Nuli Nuryanti Zulala, S.S.T.,M.Keb

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA & PENDIDIKAN
PROFESI BIDAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA
2021/2022**

A. Skenario

Seorang perempuan umur 25 tahun hamil pertama kali datang ke Klinik Sejahtera dengan keluhan keluar darah seperti ngflek, berwarna hitam dan perut terasa sakit. Ibu mengatakan usia kehamilan sekitar 3 bulan dan sejak awal hamil mengalami mual muntah. Ibu dan keluarga merasa cemas dan takut dengan kondisinya. Kemudian bidan melakukan rujukan ke RS. Bidan menjelaskan bahwa kondisi ibu mengalami perdarahan selama kehamilan.

B. Learning Outcome

1. Pengertian perdarahan antepartum.
2. Jenis perdarahan antepartum dan penyebabnya.
3. Penanganan perdarahan antepartum berdasarkan jenisnya.
4. Peran dan wewenang bidan perdarahan antepartum.
5. Pandangan islam dalam menghadapi perdarahan antepartum.
 - Penjabaran LO

1) Pengertian perdarahan antepartum

Perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan yang lebih tua setelah melewati trimester III disebut dengan perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum merupakan suatu kasus gawat darurat yang berkisar 3-5% dari seluruh persalinan. Penyebab utama perdarahan antepartum yaitu plasenta previa dan solusio plasenta; penyebab lainnya biasanya pada lesi lokal vagina/ serviks. (Iondok, 2013)

2) Jenis perdarahan antepartum dan penyebabnya.

- **Plasenta previa adalah** plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Sejalan dengan bertambah membesarnya rahim dan meluasnya segmen bawah rahim ke arah proksimal memungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim ikut berpindah mengikuti perluasan segmen bawah rahim seolah plasenta tersebut bermigrasi. Ostium uteri yang secara dinamik mendatar dan meluas dalam persalinan kala satu bisa mengubah luas pembukaan serviks yang tertutup oleh plasenta. Fenomena ini berpengaruh pada derajat atau klasifikasi dari plasenta previa ketika

pemeriksaan dilakukan baik dalam masa antenatal maupun dalam masa intranatal, baik dengan ultrasonografi maupun pemeriksaan digital. Oleh karena itu, pemeriksaan ultrasonografi perlu diulang secara berkala dalam asuhan antenatal ataupun intranatal.

Penyebab blastokista berimplantasi pada segmen bawah rahim belumlah diketahui dengan pasti. Mungkin secara kebetulan saja blastokista menempa desidua di daerah segmen bawah rahim tanpa latar belakang lain yang mungkin. Teori lain mengemukakan sebagai salah satu penyebabnya adalah vaskularisasi desidua yang tidak memadai, mungkin sebagai akibat dari proses radang atau atrofi. Paritas tinggi, usia lanjut, cacat rahim misalnya bekas bedah sesar, kerokan, miomektomi, dan sebagainya berperan dalam proses peradangan dan kejadian atrofi di endometrium yang semuanya dapat dipandang sebagai faktor risiko bagi terjadinya plasenta previa. Cacat bekas bedah sesar berperan menaikkan insiden dua sampai tiga kali. Pada perempuan perokok dijumpai insidensi plasenta previa lebih tinggi 2 kali lipat. Hipoksemia akibat karbon mono-oksida hasil pembakaran rokok menyebabkan plasenta menjadi hipertrofi sebagai upaya kompensasi. Plasenta yang terlalu besar seperti pada kehamilan ganda dan eritroblastosis fetalis bisa menyebabkan pertumbuhan plasenta melebar ke segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum.

- Solusio plasenta merupakan terlepasnya sebagian atau keseluruhan plasenta dari implantasi normalnya (korpus uteri) setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum janin lahir. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan kejadian solusio plasenta yaitu ibu hamil dengan hipertensi, paritas ibu, kehamilan ganda, usia ibu dan riwayat solusio sebelumnya
- Ruptur uteri inkomplit merupakan keadaan robekan pada rahim di mana telah terjadi hubungan langsung antara rongga amnion dan rongga peritoneum. Peritoneum viserale dan kantong ketuban keduanya ikut ruptur dengan demikian janin sebagian atau seluruh tubuhnya telah keluar oleh kontraksi terakhir rahim dan berada dalam kavum peritonei

atau rongga abdomen. Pada ruptura uteri inkomplit hubungan kedua rongga tersebut masih dibatasi oleh peritoneum viserale. Pada keadaan yang demikian janin belum masuk ke dalam rongga peritoneum. Pada dehisens dari parut bekas bedah sesar kantong ketuban juga belum robek, tetapi jika kantong ketuban ikut robek maka disebut telah terjadi ruptura uteri pada parut. Dehisens bisa berubah menjadi rupture pada waktu partus atau akibat manipulasi lain pada rahim yang berparut, biasanya bekas bedah sesar pada persalinan yang lalu. Dehisens terjadi perlahan, sedangkan ruptura uteri terjadi secara dramatis. Ketentuan ini berguna untuk membedakan ruptura uteri inkompleta dengan dehisens yang sama-sama bisa terjadi pada bekas bedah sesar. Pada dehisens perdarahan minimal atau tidak berdarah, tapi pada ruptura uteri perdarahannya banyak yang berasal dari pinggir pamt atau robekan baru yang meluas.

Ruptura uteri bisa disebabkan oleh anomali atau kerusakan yang telah ada sebelumnya, karena trauma, atau sebagai komplikasi persalinan pada rahim yang masih utuh. Paling sering terjadi pada rahim yang telah diseksio sesarea pada persalinan sebelumnya. Lebih lagi jika pada uterus yang demikian dilakukan partus percobaan atau persalinan dirangsang dengan oksitosin atau sejenis. Pasien yang berisiko tinggi antara lain persalinan yang mengalami distosia, grandemultipara, penggunaan oksitosin atau prostaglandin untuk mempercepat persalinan, pasien hamil yang pernah meahirkan sebelumnya melalui bedah sesar atau operasi lain pada rahimnya, pernah histerorafia, pelaksanaan trial of labor terutama pada pasien bekas seksio sesarea, dan sebagainya. Oleh sebab itu, untuk pasien dengan panggul sempit atau bekas seksio sesarea klasik berlaku adagium *Once Caesarean Section always Caesarean Section*. Pada keadaan tertentu seperti ini dapat dipilih *electioe caesarean section* (ulangan) untuk mencegah ruptura uieri dengan syarat janin sudah matang. Eksplorasi pasca kelahiran pada persalinan yang sukar dengan perdarahan yang banyak

atau pasca partus dengan kemungkinan dehisens perlu dilakukan untuk memastikan tidak adanya ruptura uteri.

3) Penanganan perdarahan antepartum berdasarkan jenisnya.

- Penanganan perdarahan Plasenta previa Jika kemudian ternyata perdarahan tidak banyak dan berhenti serta janin dalam keadaan sehat dan masih prematur dibolehkan pulang dilanjutkan dengan rawat rumah atau rawat jalan dengan syarat telah mendapat konsultasi yang cukup dengan pihak keluarga agar dengan segera kembali ke rumah sakit bila terjadi perdarahan ulang, walaupun kelihatannya tidak mencemaskan. Selama rawat inap mungkin perlu diberikan transfusi darah dan terhadap pasien dilakukan pemantauan kesehatan janin dan observasi kesehatan maternal yang ketat berhubung tidak bisa diramalkan pada pasien mana dan bilamana perdarahan ulang akan terjadi. Bila perdarahannya tidak sampai demikian banyak pasien diistirahatkan sampai kehamilan 36 minggu dan bila pada amniosentesis menunjukkan paru janin telah matang, terminasi dapat dilakukan dan jika perlu melalui seksio sesare
- Penanganan perdarahan Solusio tergantung pada banyaknya perdarahan, jika telah ada randa-tanda persalinan spontan atau belum, dan tanda-tanda gawat janin. Penanganan terhadap solusio plasenta bisa bervariasi sesuai keadaan kasus masing-masing tergantung berat ringannya penyakit, usia kehamilan, serta keadaan ibu dan janinnya. Bilamana janin masih hidup dan cukup bulan, dan bila mana persalinan pervaginam belum ada tanda-tandanya, umumnya dipilih persalinan melalui bedah sesar darurat (Emergency Caesarean Section). Pada perdarahan yang cukup banyak segera lakukan resusitasi dengan pemberian transfusi darah dan kristaloid yang cukup diikuti persalinan yang dipercepat untuk mengendaiikan perdarahan dan menyelamatkan ibu sambil mengharapkan semoga janin juga bisa terselamatkan. Penanganan ekspektatif pada kehamilan belum genap bulan berfaedah bagi janin, tetapi umumnya persalinan preterm tidak terhindarkan baik spontan sebagai kompli- kasi solusio plasenta maupun ams indikasi obstetrik yang timbul serelah beberapa hari

dalam rawatan. Pada kasus di mana telah terjadi kematian janin dipilih persalinan pervaginam kecuali ada perdarahan berat yang tidak teratasi dengan transfusi darah yang banyak atau ada indikasi obstetrik lain yang menghendaki persalinan dilakukan perabdominam.

- Penanganan perdarahan Ruptur uteri inkomplit dalam menghadapi masalah ruptura uteri semboyon prevention is better t batt cilre sangat perlu diperhatikan dan dilaksanakan oleh setiap pengelola persalinan di manapun persalinan berlangsung Pasien risiko tinggi haruslah dirujuk agar persalinannya berlangsung dalam rumah sakit yang mempunyai fasilitas yang cukup dan diawasi dengan penuh dedikasi oleh petugas berpengalaman. Bila telah terjadi ruptura uteri tindakan terpilih hanya ialah histerektomi dan resusitasi serta antibiotika yang sesuai. Diperlukan infus cairan kristaloid dan transfusi darah yang banyak, tindakan andsyok, serta pemberian antibiotika spektrum luas, dan sebagainya. Jarang sekali bisa dilakukan histerorafia kecuali bila luka robekan masih bersih dan rapi dan pasiennya belum punya anak hidup.

4) Peran dan wewenang bidan perdarahan antepartum.

1. Sebagian besar persiapan persalinan ibu hamil trimester III dilaksanakan dengan siap.
2. Sebagian besar peran bidan sebagai fasilitator P4K dilaksanakan dengan baik.
3. Sebagian besar peran bidan sebagai educator P4K dilaksanakan dengan baik.
4. Sebagian besar peran bidan sebagai pelaksana P4K dilaksanakan dengan baik.
5. Adanya peran bidan sebagai fasilitator P4K dalam persiapan persalinan ibu hamil trimester III.
6. Adanya peran bidan sebagai educator P4K dalam persiapan persalinan ibu hamil trimester III.
7. Adanya peran bidan sebagai pelaksana P4K dalam persiapan persalinan ibu hamil trimester III.

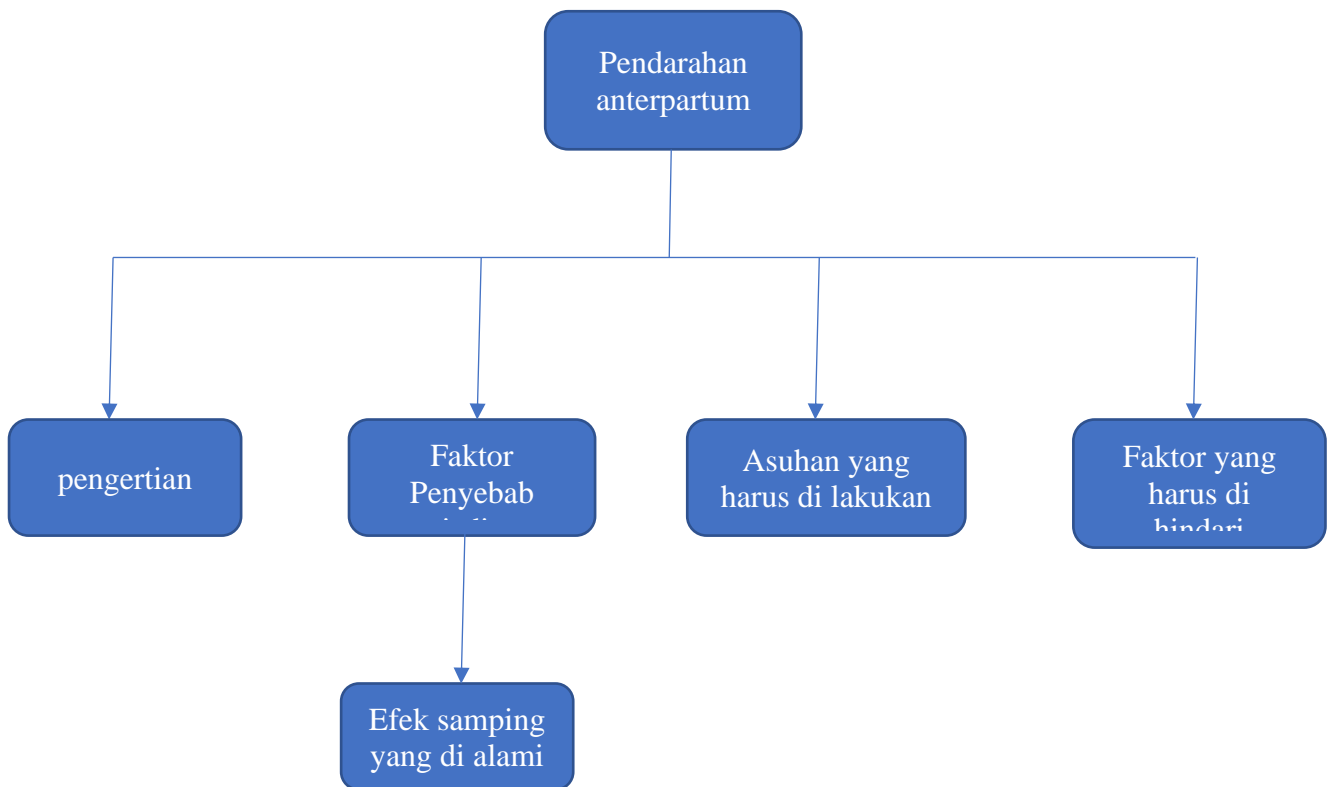
5) Pandangan islam dalam menghadapi perdarahan antepartum

Allah SWT berfirman, dalam (QS. AT-Tin: 4):

لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَن تَقْوِيمٍ

Artinya:“Sungguh Kami ciptakan manusia dalam sebaik-baik bentuk”, yang artinya bahwa bentuk ciptaan Allah SWT yang baik itu akan terwujud nyatabukan semata-mata atas peran-Nya saja melainkan peran manusia dalam menjalankan fungsi reproduksinya secara baik dan sehat yang sesuai dengan pengertian kespro itu sendiri, agar tidak terjadi masalah bayi lahir cacat, tidak normal yang hampir dipastikan akibat dari proses reproduksi yang tidak memenuhi standar baik secara medis dan sosial (27).

C. Bagan



D. Daftar Pustaka

Cicik, Mujianti.(2018). Peran Bidan dalam pelaksanaan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (p4k) terhadap persiapan persalinan ibu hamil trimester III di puskesmas bulili dan kamonji kota palu.Excellent Midwifery Journal, 1(2).

Londok, T. H. M., Lengkong, R. A., & Suparman, E. (2013). Karakteristik perdarahan antepartum dan Perdarahan postpartum. *eBiomedik*, 1(1).

Prawirohardjo sarwono,2010. Ilmu Kebidanan. PT BINA PUSTAKA SARWONO PRAWIROHARDJO JAKARTA,2010

Susanti Eda.2018.” Perspektif Islam dan Kesehatan Mengenai Resiko 4 (Empat) Terlalu Terhadap Potensi Komplikasi Dalam Kehamilan Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue Provinsi Aceh”.
<http://repository.helvetia.ac.id/id/eprint/1690/8/EDA%20SUSANTI%201602011019.pdf>. 18 Oktober 2021.