

LAPORAN
TUTORIAL ILMU KEBIDANAN SKENARIO 1



Disusun oleh :

Ella Aprillyana 2010101001 A1

Dosen pengampu :

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

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN
PENDIDIKAN PROFESI BIDAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA**

2021

A. SKENARIO 1

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. LO (Learning Outcome)

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

C. Pembahasan LO

1. Mahasiswa mengetahui Pengertian perdarahan antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan lebih dari 24 minggu dan sebelum persalinan. Perdarahan antepartum merupakan perdarahan dari jalan lahir setelah usia kehamilan 28 minggu hingga sebelum persalinan (Norwitz, 2013; Medforth, 2012).

Perdarahan antepartum disebabkan oleh adanya kelainan implantasi plasenta (plasenta letak rendah, plasenta previa), kelainan inserssi tali pusat atau pembuluh darah pada selaput amnion (vasa previa) dan lepasnya plasenta sebelum persalinan (Prawirohardjo, 2010).

Pengertian perdarahan antepartum adalah 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 atau serviks. (Iondok, 2013)

2. Mahasiswa mengetahui Jenis perdarahan antepartum dan Penyebabnya.

1) Plasenta previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal, plasenta terletak di bagian atas uterus (Winkjosastro, 2005).

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. Plasenta previa meningkat kejadiannya pada keadaan-keadaan endometrium yang kurang baik, misalnya karena atrofi endometrium atau kurang baiknya vaskularisasi desidua. Dan 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.

2) 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

3) 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.

Penyebab Ruptura uteri bisa disebabkan oleh anomali atau kerusakan yang telah ada sebelumnya, karena trauma, atau sebagai komplikasi persalinan pada rahim yang masih utuh. Jika pada uterus yang demikian dilakukan partus percobaan atau persalinan dirangsang dengan oksitosin atau sejenis. Dan sangat 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. Pada pasien panggul sempit atau bekas seksio sesarea klasik berlaku adagium Once Caesarean Section always Caesarean Section. Pada keadaan tertentu seperti ini dapat dipilih elective caesarean section (ulangan) untuk mencegah ruptura uteri 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. Mahasiswa mengetahui Penanganan perdarahan antepartum berdasarkan jenisnya.

1) Plasenta Previa

Menurut Sukarni. I., Sudarti (2014), penatalaksanaan plasenta previa yaitu :

- Konservatif,

Dilakukan perawatan konservatif bila kehamilan kurang 37 minggu, perdarahan tidak ada atau tidak banyak (Hb masih dalam batas normal), tempat tinggal pasien dekat dengan rumah sakit (dapat menempuh perjalanan dalam 1 menit). Perawatan konservatif berupa : Istirahat, Pemberian hematinik dan spasmolitik untuk mengatasi anemia, Memberikan antibiotik bila ada indikasi, Pemeriksaan USG, Hb, dan hematokrit., Bila selama 3 hari tidak terjadi

perdarahan setelah melakukan perawatan konservatif maka lakukan mobilisasi bertahap. Pasien dipulangkan bila tetap tidak ada perdarahan. Bila timbul perdarahan segera bawa ke rumah sakit dan tidak boleh melakukan senggama.

- **Penanganan Aktif**

Penanganan aktif bila perdarahan banyak tanpa memandang usia kehamilan, umur kehamilan 37 minggu atau lebih, anak mati. Penanganan aktif berupa persalinan pervaginam dan persalinan per abdominal. Penderita di persiapkan untuk pemeriksaan dalam diatas meja operasi. (double set up) yakni dalam keadaan siap operasi. Bila pemeriksaan dalam didapatkan : Plasenta previa marginalis, Plasenta previa letak rendah, Plasenta previa lateralis atau marginalis dimana janin mati dan serviks sudah matang, kepala sudah masuk pintu atas panggul dan tidak ada perdarahan atau hanya sedikit maka lakukan amniotomi yang diikuti dengan drips oksitosin pada partus pervaginam, bila gagal drips (sesuai dengan protap terminasi kehamilan). Bila terjadi perdarahan banyak lakukan seksio caesarea.

2) Sulosio Plasenta

- 1) Pasien (ibu) dirawat dirumah sakit, istirahat baring dan mengukur keseimbangan cairan. Optimalisasi keadaan umum pasien (ibu), dengan perbaikan : memberikan infuse dan transfuse darah segar.
- 2) Pemeriksaan laboratorium : hemoglobin, hematokrit, COT (Clot Observation Test/test pembekuan darah), kadar fibrinogen plasma, urine lengkap, fungsi ginjal.
- 3) Pasien (ibu) gelisah diberikan obat analgetika.
- 4) Terminasi kehamilan : persalinan segera, pervaginam atau section caesaria. Yang tujuannya adalah untuk menyelamatkan nyawa janin dan dengan lahirnya plasenta, bertujuan agar dapat menghentikan perdarahan.
- 5) Bila terjadi gangguan pembekuan darah (COT >30 menit) diberikan darah segar dalam jumlah besar dan bila perlu fibrinogen dengan monitoring berkala pemeriksaan COT dan hemoglobin.
- 6) Untuk mengurangi tekanan intrauterine yang dapat menyebabkan nekrosis ginjal (reflek utero ginjal) selaput ketuban segera dipecahkan. Yang perlu diketahui oleh semua bidan yaitu penanganan di tempat pelayanan kesehatan tingkat dasar ialah

- 7) mengatasi syok/pre-syok dan mempersiapkan rujukan sebaikbaiknya dan secepat-cepatnya. Mengingat komplikasi yang dapat terjadi yaitu perdarahan banyak dan syok berat hingga kematian,
- 8) atonia uteri, kelainan pembekuan darah dan oliguria. Maka sikap paling utama dari bidan dalam menghadapi solusio plasenta adalah segera melakukan rujukan ke rumah sakit. Penanganan perdarahan Ruptur uteri inkomplit dalam menghadapi masalah ruptura uteri 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 terjadi ruptura uteri tindakan terpilih hanya ialah histerektomi dan resusitasi serta antibiotika yang sesuai. Diperlukan infus cairan kristaloid dan transfusi darah yang banyak, tindakan and syok, 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) Mahasiswa mengetahui Peran dan wewenang bidan perdarahan antepartum.

- 1) Bidan melakukan inform consent.
- 2) Bidan melakukan anamnesis riwayat penyakit sekarang, seperti :
 - Perdarahan per vaginam pada usia 20 minggu atau lebih.
 - Perdarahan spontan tanpa aktivitas atau trauma Pada daerah abdomen.
 - Nyeri atau tanpa nyeri akibat kontraksi uterus.
 - Beberapa faktor predisposisi : Riwayat solusio plasenta, Perokok., Hipertensi, Multiparitas.
- 3) Bidan Melakukan pemeriksaan fisik meliputi Pemeriksaan generalis serta pemeriksaan obstetric.
 - a. Pemeriksaan Generalis :
 - Pemeriksaan Tanda – tanda vital meliputi
 - kesadaran, suhu, nadi, tekanan darah dan
 - frekuensi napas
 - Pemeriksaan menyeluruh dari kepala hingga kaki secara cepat
 - b. Pemeriksaan Obstetri, Periksa luar

Menentukan bagian terbawah janin, menentukan letak janin ada kelainan atau tidak dan mengukur DJJ dengan doppler.

- 4) Bidan melakukan penegakkan diagnosis dengan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- 5) Bidan melakukan penatalaksanaan, antara lain :
 - Bila didapatkan ada tanda – tanda syok seperti akral dingin dan pucat, nadi > 100x/menit teraba lemah dan tekanan darah sistolik < 90 mmhg maka hendaknya segera dilakukan stabilisasi keadaan umum sebelum pasien di rujuk kerumah sakit, dengan cara :
 - Pemberian oksigen nasal kanul 2 – 3 Liter / menit.
 - Lakukan pemasangan infus 2 jalur intravena dengan menggunakan ringer laktat atau NaCl 0,9% dengan dosis loading secepatnya (kecepatan 1 L dalam 15 – 20 menit), dapat diulang kembali sampai maksimal 3 L dalam 2 – 3 jam apabila keadaan pasien tidak membaik.
 - Lakukan pemasangan kateter untuk memantau urine output.
 - Bila didapatkan tanda – tanda inpartu seperti cairan lender bercampur darah dan kontraksi uterus minimal terjadi 2 kali dalam 10 menit serta kehamilan lebih dari 37 minggu, lanjutkan dengan tatalaksana persalinan normal, kecuali pada pasien plasenta previa dan vasa previa. Jika kehamilan kurang dari 37 minggu sebaiknya pasien dirujuk ke rumah sakit.
 - Bila tidak didapatkan tanda – tanda inpartu pikirkan perdarahan ante-partum dan segera lakukan pemasangan infuse intravena lalu kemudian rujuk pasien kerumah sakit. Pada plasenta previa tidak disarankan untuk periksa dalam.
 - Dokter / Bidan mendokumentasikan identitas pasien, hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik, dan terapi yang diberikan kepada Pasien di dalam rekam medis.
 - Pasien di rujuk kerumah saki tuntut penanganan lebih lanjut

5) Mahasiswa mengetahui Pandangan islam dalam menghadapi perdarahan antepartum.

Menurut ilmu fiqih Secara umum :

(قَوْلُهُ : وَالِدَّمُ الَّذِي تَرَاهُ الْحَامِلُ أَوْ مَا تَرَاهُ الْمَرْأَةُ فِي حَالِ وِلَادَتِهَا قَبْلَ خُرُوجِ أَكْثَرِ الْوَلَدِ اسْتِحْضَاءً وَإِنْ بَلَغَ نِصَابَ الْخَيْضِ ؛ لِأَنَّ الْحَامِلَ لَا تَحِيضُ) أبو بكر بن علي بن محمد الحداد اليمني، الجوهرة النيرة على مختصر القدوري، باكستان-مكتبة حقانية، ج، 1، ص 39.

Artinya : " Darah yang dilihat perempuan hamil, atau darah yang dilihat seorang perempuan ketika melahirkan sebelum keluar sebegini besar bayi yang lahir, adalah darah istihadlah), dan sekalipun telah sampai batasan haid, karena orang yang hamil itu tidak mengalami haidl." (Abu Bakr bin Ali bin Muhammad al-Haddad al-Yamani, al-Jauharah an-Nayyirah 'ala Mukhtashar al-Quduri, Pakistan-Maktabah Haqqaniyyah, tt, juz, 1, h. 39).

Darah yang keluar pada saat hamil adalah darah fasid atau istihadlah. Dan seseorang yang mengalaminya tetap berkewajiban menjalankan shalat fardlu dengan terlebih dahulu membersihkan darah tersebut kemudian berwudlu. Sebab darah yang keluar tersebut bukan darah haid. Oleh karenanya disarankan ketika ada seorang perempuan hamil dan ditengah-tengah kehamilannya mengeluarkan darah maka sebaiknya segera berkonsultasi dengan dokter.(Mahbub Ma'afi Ramdhan 2014).

Ustazah Aini Aryani Lc dari Rumah Fiqih menjelaskan, para ulama berbeda pendapat mengenai hal ini. Ulama dari mazhab Hanafi dan Hambali berpendapat bahwa darah yang keluar selama kehamilan bukanlah darah haid, melainkan darah fasad (darah rusak) yang hukumnya sama dengan istihadlah sebab wanita hamil tidak bisa mengalami haid. Maka, saat keluar darah wanita hamil ini tetap wajib melaksanakan shalat dan puasa sebagaimana saat ia suci.

DAFTAR PUSTAKA

- Ernesty Dameyana, N. (2016). FAKTOR RISIKO KEJADIAN PERDARAHAN ANTEPARTUM DENGAN SEBAB PLASENTA PREVIA DI RSUD SUNGAILIAT BANGKA (Doctoral dissertation, Universitas Airlangga).
- 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
- Ruqoiyah, S. (2017). ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN Kehamilan Pada Ny. M, Giipia0, Umur 37 Tahun, Usia Kehamilan 31 Minggu 4 Hari, Dengan Plasenta Previa Totalis Di Rsud Krmt Wongsonegoro Kota Semarang (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Semarang).
- Mujianti, C. (2018). Peran Bidan Dalam Pelaksanaan Perencanaan Persalinan Dan Pencegahankomplikasi (P4k) Terhadap Persiapan Persalinan Ibu Hamil Trimester Iii Di Puskesmas Bulili Dan Kamonji Kota Palu. *EXCELLENT MIDWIFERY JOURNAL*, 1(2), 100-114
- Literatur akses dari : <https://islam.nu.or.id/post/read/50937/mengeluarkan-darah-saat-hamil>