



TUTORIAL ILMU KEBIDANAN PENDARAHAN ANTEPARTUM

NAMA : TRI REVITA

NIM : 2010101007

FAKULTAS ILMU KESEHATAN PRODI KEBIDANAN

PROGRAM SARJANA DAN PENDIDIKAN PROFESI

UNIVERSITAS AISYIYAH YOGYAKARTA

SKENARIO 1

Seorang perempuan umur 25 tahun hamil pertama kali datang ke klinik Sejahtera dengan keluhan keluar darah seperti ngeflek, 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.

LO

1. Pengertian perdarahan antepartum
2. Jenis perdarahan antepartum dan penyebabnya
3. Penanganan perdarahan antepartum berdasarkan jenisnya
4. Peran dan wewenang Bidan dalam perdarahan antepartum
5. Pandangan Islam dalam menghadapi perdarahan antepartum

Jawaban LO

1. Pendarahan antepartum adalah pendarahan pervaginam pada kehamilan lebih dari 24 minggu dan sebelum persalinan. Pendarahan antepartum merupakan pendarahan dari jalan lahir setelah usia kehamilan 28 minggu hingga sebelum persalinan (Norwitz, 2013; Medforth, 2012).
2. Jenis pendarahan antepartum yaitu :
 - **Plasenta Previa**

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim (SBR) sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum (OUI). Sejalan dengan bertambah membesarnya rahim dan meluasnya segmen bawah bawah rahim kearah proksimal memungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim ikut berpindah mengikuti perluasan segmen bawah rahim seolah plasenta tersebut bermigrasi. 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.

- **Solusio Plasenta**

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya yang normal dari uterus, sebelum janin dilahirkan. Definisi ini berlaku pada kehamilan dengan usia kehamilan (masa gestasi) di atas 22 minggu atau berat janin diatas 500 gr. Penyebab utama dari solusio plasenta masih belum diketahui dengan jelas. Meskipun demikian, beberapa hal di bawah ini diduga merupakan faktor-faktor yang berpengaruh pada kejadiannya, antara lain sebagai berikut :

- 1) Hipertensi esensial atau pre eklamsi.
- 2) Tali pusat yang pendek karena pergerakan janin yang banyak atau bebas.
- 3) Trauma abdomen seperti terjatuh tertelungkup, tendangan anak yang sedang di gendong.
- 4) Tekanan rahim yang membesar pada vena cava inferior.
- 5) Uterus yang sangat kecil.
- 6) Umur ibu (< 20 tahun atau > 35 tahun)
- 7) Ketuban pecah sebelum waktunya.
- 8) Mioma uteri.
- 9) Defisiensi asam folat.
- 10) Merokok, alkohol, dan kokain.
- 11) Perdarahan retroplasenta.

- **Suptura Sinus Marginal**

Sinus marginalis adalah lakuna vena yang tidak berlanjut, relatif bebas dari villi, dekat tepi plasenta, terbentuk karena penggabungan bagian pinggir ruang inter villi dengan lakuna subchorial. Sinus marginalis ini dapat mengalami ruptur, hal ini biasanya disebut dengan Ruptur Sinus Marginalis. Ruptur sinus marginalis adalah terlepasnya sebagian kecil plasenta dari tempat implantasinya di dalam uterus sebelum bayi dilahirkan. Penyebab primer ruptur sinus marginalis belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor yang menjadi predisposisi:

- a) Faktor trauma

Trauma yang dapat terjadi antara lain: dekompresi uterus pada hidramnion dan gameli, tarikan pada tali pusat yang pendek akibat pergerakan janin yang banyak/

bebas, versi luar atau tindakan pertolongan persalinan; trauma langsung , seperti jatuh, kena tendang dan lain-lain.

b) Faktor usia ibu

Dalam penelitian prawirohardjo di RSUPNCM dilaporkan bahwa terjadinya peningkatan kejadian solusio plasenta ringan sejalan dengan meningkatnya umur ibu. Hal ini dapat diterangkan karena makin tua umur ibu, makin tinggi frekuensi hipertensi menahun.

c) Faktor penggunaan kokain

Penggunaan kokain mengakibatkan peninggian tekanan darah dan peningkatan pelepasan katekolamin, yang mana bertanggung jawab atas terjadinya vasospasme pembuluh darah uterus dan dapat berakibat terlepasnya plasenta. Namun, hipotesis ini belum terbukti secara definitif. Angka kejadian solusio plasenta pada ibu-ibu pengguna kokain dilaporkan berkisar antara 13-35%, dan sekitar 7% pada solusio plasenta ringan.

d) Faktor kebiasaan merokok

Ibu yang perokok juga merupakan penyebab peningkatan kasus solusio plasenta sampai dengan 25% pada ibu merokok 1 (satu) bungkus perhari. Ini dapat diterangkan pada ibu yang perokok plasenta menjadi tipis, diameter lebih luas dan beberapa abnormalitas pada mikrosirkulasinya. Deering dalam penelitiannya melaporkan bahwa resiko terjadinya solusio plasenta meningkat 40% untuk setiap tahun ibu merokok sampai terjadinya kehamilan.

3. Penangan berdasarkan jenis pendarahan antepartum

• **Plasenta Previa**

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

1) 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.

2) 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.

• Sulosio Plasenta

- a) Pasien (ibu) dirawat dirumah sakit, istirahat baring dan mengukur keseimbangan cairan.
- b) Optimalisasi keadaan umum pasien (ibu), dengan perbaikan : memberikan infuse dan transfuse darah segar.
- c) Pemeriksaan laboratorium : hemoglobin, hematokrit, COT (Clot Observation Test/test pembekuan darah), kadar fibrinogen plasma, urine lengkap, fungsi ginjal.
- d) Pasien (ibu) gelisah diberikan obat analgetika.
- e) Terminasi kehamilan : persalinan segera, pervaginam atau section caesaria. Yang tujuannya adalah untuk menyelamatkan nyawa janin dan dengan lahirnya plasenta, bertujuan agar dapat menghentikan perdarahan.
- f) 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.

- g) 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
- h) mengatasi syok/pre-syok dan mempersiapkan rujukan sebaikbaiknya dan secepat-cepatnya. Mengingat komplikasi yang dapat
- i) terjadi yaitu perdarahan banyak dan syok berat hingga kematian,
- j) atonia uteri, kelainan pembekuan darah dan oliguria. Maka sikap
- k) paling utama dari bidan dalam menghadapi solusio plasenta adalah
- l) segera melakukan rujukan ke rumah sakit.

- **Ruptura Sinus Marginalis**

Bila usia kehamilan kurang dari 36 minggu dan bila ada perbaikan (perdarahan berhenti, perut tidak sakit, uterus tidak tegang, janin hidup) dengan tirah baring dan observasi ketat, kemudian tunggu persalinan spontan.

Bila ada perburukan (perdarahan berlangsung terus gejala solusio plasenta makin jelas, pada pemantauan dengan USG daerah solusio plasenta bertambah luas), maka kehamilan harus segera diakhiri. Bila janin hidup, lakukan seksio sesaria, bila janin mati lakukan amniotomi disusul infus oksitosin untuk mempercepat persalinan (Sarwono, 2005). Perut tegang sedikit, berarti perdarahannya tidak terlalu banyak, keadaan janin masih baik dan dapat dilakukan penanganan secara konservatif dengan observasi ketat, perdarahan berlangsung terus menerus ketegangan makin meningkat, dengan janin yang masih baik harus segera dilakukan seksio sesaria, perdarahan yang berhenti dan keadaan baik pada kehamilan prematur dilakukan rawat inap.

4. Peran dan wewenang bidan pada pendarahan antepartum

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Permenkes No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas. Buku saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan.

Menurut ilmu fiqih Secara umum para ulama berselisih pendapat mengenai darah yang keluar ketika sedang hamil atau sebelum melahirkan. Contohnya menurut:

- Madzhab Maliki, bahwa darah yang keluar sebelum melahirkan adalah darah haid. Hal ini sebagaimana dikemukakan oleh Abdurahman al-Juzairi: "Bahwa darah yang

keluar sebelum melahirkan maka itu adalah darah haid menurut pendapat mereka (kalangan Madzhab Maliki)". (al-Juzairi, al-Fiqh 'ala Madzahib al-Arba`ah, Bairut-Dar al-Fikr, cet ke-1, 1417 H/1996 M, juz, I, h. 124).

- Madzhab Hanafi, bahwa darah yang keluar sebelum melahirkan adalah darah istihadlah. Karena perempuan yang hamil itu tidak mengalami haid. Pandangan ini didasarkan pada ibarah dibawah ini."(Darah yang dilihat perempuan hamil, atau darah yang dilihat seorang perempuan ketika melahirkan sebelum keluar sebagian 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).

DAFTAR PUSTAKA

<http://repository.unimus.ac.id/1313/3/5.%20BAB%20II%20tinjauan%20pustaka.pdf>

[http://eprints.undip.ac.id/46235/5/TINJUNG_JATININGRUM_22010111130088_Lap.KT I Bab II.pdf](http://eprints.undip.ac.id/46235/5/TINJUNG_JATININGRUM_22010111130088_Lap.KT_I_Bab_II.pdf)

<http://octvlaura.blogspot.com/2015/05/makalah-ruptura-sinus-marginalis.html>

<https://islam.nu.or.id/post/read/50937/mengeluarkan-darah-saat-hamil>

Sumber: Prosedur sop peran bidan pada penanganan antepartum. beb