



**KEPERAWATAN MATERNITAS II
(NSA 417)**

**MODUL 1
GANGGUAN PERDARAHAN**

DISUSUN OLEH

Ety Nurhayati, S.Kp.,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Mat

Universitas
Esa Unggul

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2019/2020**

GANGGUAN PERDARAHAN

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Mahasiswa dapat mengetahui mengenai gangguan perdarahan yang terjadi pada kehamilan
2. Mahasiswa dapat mengetahui mengenai perdarahan kehamilan awal
3. Mahasiswa dapat mengetahui mengenai perdarahan pada kehamilan lanjut

B. Uraian dan Contoh

PENGERTIAN

Perdarahan adalah keluarnya darah dari pembuluh darah akibat rusaknya pembuluh darah. Perdarahan dapat terjadi di dalam tubuh (Perdarahan Internal), seperti rupture organ, pembuluh darah besar ataupun di luar tubuh (Perdarahan eksternal) seperti perdarahan melalui vagina, mulut, rectum, atau melalui luka dari kulit. (Lammers, 2010).

Definisi perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi pada usia kehamilan di atas 24 minggu sampai kelahiran. Perdarahan pada kehamilan merupakan penyebab utama kematian maternal dan perinatal, berkisar 35% (Amokrane, 2016).

Perdarahan awal kehamilan

A. Pengertian

Perdarahan pada masa awal kehamilan yaitu perdarahan yang terjadi pada masa kehamilan kurang dari 22 minggu. Perdarahan per vaginam dikatakan tidak normal bila ada tanda-tanda seperti keluar darah merah, perdarahan yang banyak, perdarahan dengan nyeri, perdarahan semacam ini perlu dicurigai terjadinya abortus, kehamilan ektopik, atau kehamilan molahidatidosa.

B. Abortus

Menurut Prawirohardjo S, (2010:460) abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Menurut WHO (2015) abortus merupakan masalah kesehatan reproduksi yang perlu mendapatkan perhatian dan merupakan penyebab penderitaan wanita di seluruh dunia. Abortus terbagi dua yaitu abortus spontan dan abortus provokatus.

C. Macam – macam abortus dapat dibagi atas dua golongan:

1. Abortus spontan

Menurut Rukiyah A Y dan Lia Y (2010:142), abortus spontan adalah abortus yang terjadi tidak didahului faktor-faktor mekanik ataupun medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor alamiah (20% dari semua abortus).

Berdasarkan penilaian kliniknya, jenis abortus spontan dapat dibagi menjadi:

- a. Abortus imminens adalah terjadinya perdarahan uterus pada kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu, janin masih dalam uterus, tanpa adanya dilatasi serviks (Fauziyah Y, 2012:42).
- b. Abortus insipiens adalah suatu abortus yang sedang mengancam ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya serviks telah mendarat atau ostium uteri telah membuka (Nugroho T, 2010:12).
- c. Abortus inkompletus adalah perdarahan pada kehamilan muda dimana sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri melalui kanalis serviks yang tertinggal pada desidua atau plasenta (Prawirohardjo S, 2010: 469). Abortus inkomplit (keguguran tidak lengkap) adalah pengeluaran sebagian janin pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vaginal, servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadangkadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum. Pendarahan tidak akan berhenti sebelum sisa janin dikeluarkan, dapat menyebabkan syok (Irianti, 2012).

Tanda-tanda Abortus Inkomplit : Setelah terjadi abortus dengan pengeluaran jaringan, pendarahan berlangsung terus, Sering cervix

tetap terbuka karena masih ada benda di dalam rahim yang dianggap corpus allieum, maka uterus akan berusaha mengeluarkannya dengan mengadakan kontraksi. Tetapi kalau keadaan ini dibiarkan lama cerviksakan menutup kembali (Pudiastuti, 2012)

- d. Abortus kompletus adalah perdarahan pada kehamilan muda dimana seluruh dari hasil hasil konsepsi telah dikeluarkan dari kavum uteri (Prawirohardjo S, 2009:148).
- e. Missed abortus adalah kehamilan yang tidak normal, janin mati pada usia kurang dari 20 hari dan tidak dapat dihindari (Fauziyah Y, 2012:44).
- f. Abortus habitualis adalah abortus spontan yang terjadi berturut-turut tiga kali atau lebih (Nugroho T, 2010:14).

2. Abortus provokatus (induced abortion)

Abortus provokatus adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu yang bertujuan untuk mengakhiri proses kehamilan, biasanya karena kehamilan yang tidak diinginkan (Maryunani A, 2016:80). Abortus ini terbagi lagi menjadi:

- a. Abortus therapeuticus adalah abortus yang aman dilakukan secara medis.
- b. Abortus kriminalis adalah abortus yang dilakukan tanpa dasar hukum atau melawan hukum.

D. Penyebab

Penelitian Yeni (2017) tentang faktor-faktor penyebab kejadian abortus spontan Di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad Hoesin Palembang. Hasil penelitian menunjukkan Faktor penyebab terjadinya abortus spontan berdasarkan analisis bivariat adalah umur ibu, paritas dan jarak kehamilan. Hasil multivariat menunjukkan ada pengaruh paritas terhadap kejadian abortus setelah dikontrol variabel umur, riwayat abortus dan Indeks Massa Tubuh

Disimpulkan bahwa karakteristik ibu hamil dengan kejadian abortus spontan meliputi paritas, usia, kadar HB, nutrisi dan riwayat hipertensi, sedangkan kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alkohol bukan merupakan

karakteristik ibu hamil dengan abortus spontan. (Menurut Sastrawinata (2010) faktor penyebab terjadinya abortus sebagai berikut :

1. Faktor janin

Kelainan yang paling sering dijumpai pada abortus adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin atau plasenta. Kelainan tersebut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama yaitu: a) Kelainan telur, telur kosong (blighted ovum), kerusakan embrio atau kelainan kromosom (manosomi, trisomi atau poliploidi)

2. Faktor maternal

a. Infeksi Infeksi maternal dapat membawa risiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal trimester kedua. Tidak diketahui penyebab kematian janin secara pasti, apakah janin yang terinfeksi ataukah toksin yang dihasilkan oleh mikroorganisme penyebabnya. Penyakitpenyakit yang dapat menyebabkan abortus sebagai berikut :

- 1) Virus, misalnya rubella, sitomegalovirus, virus herpes simpleks, varicella zoster, vaccinia, campak, hepatitis, polio dan ensefalomyelitis
- 2) Bakteri misalnya Salmonella typhi
- 3) Parasit misalnya toxoplasma gondii, plasmodium

b. Kelainan endokrin Abortus spontan dapat terjadi bila produksi progesteron tidak mencukupi atau pada penyakit disfungsi tiroid, defisiensi insulin.

c. Faktor imunologis, ketidakcocokan (inkompatibilitas) sistem HLA (Human Leukocyte Antigen)

d. Trauma Kasusnya jarang terjadi, umumnya abortus terjadi segera setelah trauma tersebut, misalnya trauma akibat pembedahan

e. Pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum graviditatum sebelum minggu ke-8

f. Pembedahan intraabdominal dan operasi pada uterus pada saat hamil

- g. Kelainan uterus Hipoplasia uterus, mioma (terutama mioma sub mukosa), serviks inkompeten atau retroflexio uteri gravidi incarcerata.
3. Faktor eksternal
- a. Radiasi Dosis 1-10 rad bagi janin pada kehamilan 9 minggu pertama dapat merusak janin dan dosis yang lebih tinggi dapat menyebabkan keguguran.
 - b. Obat-obatan Antagonis asam folat, antikoagulan dan lain-lain sebaiknya tidak menggunakan obat-obatan sebelum kehamilan 16 minggu, kecuali telah dibuktikan bahwa obat tsb tidak membahayakan janin atau untuk pengobatan penyakit ibu yang parah.
 - c. Bahan-bahan kimia lainnya seperti bahan yang mengandung arsen dan benzene

E. Gambaran Klinis Abortus

Menurut Triana dkk (2015) gambaran klinis abortus sebagai berikut :

1. Adanya gejala kehamilan (terlambat haid, mual/muntah pada pagi hari) yang disertai perdarahan pervaginam (mulai bercak sampai bergumpal) dan atau nyeri perut bagian bawah, mengarah ke diagnosis abortus
2. Abortus Imminens (ancaman keguguran) Ditandai dengan perdarahan pervaginam sedikit, nyeri perut tidak ada atau sedikit. Belum ada pembukaan serviks.
3. Abortus Insipien (keguguran sedang berlangsung) Perdarahan pervaginam banyak (dapat sampai bergumpal-gumpal), nyeri perut hebat, terdapat pembukaan serviks, kadang-kadang tampak jaringan hasil konsepsi di ostium serviks.
4. Abortus Inkompletus Perdarahan pervaginam banyak, nyeri perut sedang sampai hebat. Riwayat keluar jaringan hasil konsepsi sebagian, ostium serviks bisa masih terbuka atau mulai tertutup.
5. Abortus Kompletus (keguguran lengkap) Perdarahan pervaginam mulai berkurang sampai berhenti, tanpa nyeri perut, ostium serviks sudah tertutup. Riwayat keluar jaringan hasil konsepsi utuh, seluruhnya.

6. Missed Abortion (keguguran yang tertahan) Abortus hasil konsepsi tetap tertahan intra uterin selama 2 minggu atau lebih. Riwayat perdarahan pervaginam sedikit, tanpa nyeri perut, ostium serviks masih tertutup. Pembesaran uterus tidak sesuai (lebih kecil) dari usia gestasi yang seharusnya.

F. Patofisiologi Abortus

Patofisiologis terjadinya keguguran adalah mulai terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta, yaitu menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan O₂. Pengeluaran tersebut bisa terjadi spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal, yang menyebabkan berbagai penyulit. Oleh karena itu keguguran memberikan gejala umum sakit perut karena kontraksi rahim, terjadi perdarahan, dan disertai pengeluaran seluruh atau sebagian sisa hasil konsepsi. Bentuk perdarahan bervariasi diantaranya: sedikit – sedikit dan berlangsung lama, sekaligus dalam jumlah yang besar dapat disertai gumpalan, akibat perdarahan, dapat menimbulkan syok, nadi meningkat, tekanan darah turun, tampak anemis dan daerah ujung akral dingin (Sukarni I dan Margareth, 2013: 167 – 168).

G. Komplikasi Abortus

Komplikasi yang berbahaya pada abortus menurut Nugroho T, (2010:21-22) adalah :

1. Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah.

2. Perforasi

Perforasi uterus pada saat curretage dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang biasa menimbulkan persoalan gawat karena perlakuan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi perlukaan pada kandung kemih atau usus.

3. Infeksi

Infeksi berat (syok endoseptik) dalam uterus dan adneksa dapat terjadi dalam setiap abortus tetapi biasanya didapatkan pada abortus

inkompletus yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman (unsafe abortion).

4. Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik). Anemia merupakan salah satu keadaan adanya penurunan kadar hemaglobin, hematokrit dan jumlah eritrosit dibawah nilai normal. Volume plasma meningkat 45 – 65 % dimulai pada trimester II kehamilan, dan maksimum terjadi pada bulan ke-9 dan meningkatnya sekitar 1000 ml, menurun sedikit menjelang aterm serta kembali normal 3 bulan setelah partus.

Hipervolemia menyebabkan terjadinya pengenceran darah, pertama bahan darah tidak sebanding dengan penambahan plasma, kurangnya zat besi dalam makanan. Gejala – gejala dapat berupa kepala pusing, berkunang – kunang, perubahan epikel jaringan epikel kuku, lesu, lemah. WHO tahun 1972 ditetapkan 3 kategori yaitu normal: >11 gr/dl, ringan 8-11 gr/dl, berat < 8 gr/dl (Rukiyah A Y dan Lia Y, 2010:114-115)

H. Penanganan Abortus

1. Menurut Maryunani A dan Eka P (2013:126) penanganan abortus insipiens adalah:
 - a. Pasien harus dirawat dirumah sakit
 - b. Karena tidak ada kemungkinan kelangsungan hidup bagi janin pada abortus insipiens, pantau kondisi pasien, membantu memberikan obat intravena sesuai instruksi dokter, memasang infus RL dengan oksitosin 20 unit dengan 40 tetes per menit untuk membantu ekspulsi hasil konsepsi.

2. Menurut Fauziyah Y (2012:43) penanganan abortus inkompletus adalah: Penanganannya, diberikan infus cairan NaCl fisiologik dan transfusi, setelah syok diatasi dilakukan kerokan. Saat tindakan disuntikan intramuskulus ergometrin untuk mempertahankan kontraksi otot uterus. Abortus Inkompliit harus segera dibersihkan dengan curettage atau secara

digital. Selama masih ada sisa-sisa plasenta akan terus terjadi pendarahan (Pudiastuti,2012)

3. Menurut Maryunani A (2016:100–101) penanganan abortus kompletus adalah:
 - a. Untuk mendapatkan gambaran yang jelas tentang abortus komplit, perawat dapat berkonsultasi dengan dokter sehingga tidak merugikan pasien.
 - b. Bila pasien anemia dapat diberikan sulfat ferosus (zat besi) atau transfusi darah.
 - c. Diberikan antibiotika untuk mencegah infeksi.
 - d. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi diet protein, vitamin dan mineral.

4. Menurut Maryunani A dan Eka P (2013:12) penanganan missed abortion adalah:
 - a. Segera dirujuk ke rumah sakit atas pertimbangan: plasenta dapat melekat dengan erat di dinding rahim, sehingga prosedur evakuasi (kuretase) akan lebih sulit dari resiko perforasi, pada umumnya kanalis servikalis dalam keadaan tertutup sehingga perlu tindakan dilatasi dengan batang laminaria selama 12 jam, tingginya kejadian komplikasi hipofibrinogenis yang berlanjut dengan gangguan pembekuan darah.
 - b. Perlakukan kuretase isap dan prostaglandin oleh dokter ahli kandungan lebih di sukai tergantung pada ukuran uterus dan hari haid.

Perdarahan kehamilan lanjut

A. Pengertian

Perdarahan pada masa kehamilan lanjut yaitu perdarahan yang terjadi pada kehamilan setelah 22 minggu smpai sebelum persalinan. Perdarahan tidak normal bila terdapat tanda-tanda seperti keluar darah merah segar atau kehitaman dengan berbau, perdarahan banyak kadang-kadang/tidak terus menerus, perdarahan disertai rasa nyeri, perdarahan semacam ini bisa berarti

plasenta previa, solusio plasenta, dan ruptur uteri, selain itu perlu dicurigai adanya gangguan pembekuan darah.

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu (Mochtar, 2011: 187). Perdarahan Antepartum adalah perdarahan jalan lahir setelah kehamilan usia 20 minggu dengan insiden 2-5%. (Alamsyah, 2012)

B. Jenis-Jenis Perdarahan Antepartum

1. Plasenta previa

a. Pengertian Plasenta

Previa Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sedemikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum sehingga plasenta berada di depan jalan lahir (Maryunani dan Eka, 2013:136). Sejalan dengan bertambah membesarnya rahim dan meluasnya segmen bawah rahim kearah proksimal memungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim ikut berpindah mengikuti perluasan segmen bawah rahim seolah plasenta tersebut berimigrasi. Ostium uteri yang secara dinamik mendatar dan meluas dalam persalinan kala 1 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 maupun intranatal (Prawirohardjo, 2010:495).

b. Klasifikasi Plasenta Previa Menurut Prawirohardjo (2010), klasifikasi plasenta previa adalah sebagai berikut:

- 1) Plasenta previa totalis Plasenta previa totalis atau komplit adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum.
- 2) Plasenta previa parsialis Plasenta previa parsialis adalah plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum.

- 3) Plasenta previa marginalis Plasenta previa marginalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum.
- 4) Plasenta previa letak rendah Plasenta previa letak rendah adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal.

c. Etiologi

Etiologi plasenta previa belum diketahui secara pasti, namun beberapa faktor risiko telah ditetapkan sebagai kondisi yang berhubungan dengan terjadinya plasenta previa. Faktor risiko tersebut meliputi hamil usia tua, multiparitas, kehamilan ganda, merokok selama masa kehamilan, janin laki-laki, riwayat 11 aborsi, riwayat operasi pada uterus, riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya dan IVF.

d. Tanda dan Gejala

- 1) Perdarahan terjadi tanpa rasa sakit pada trimester III
- 2) Sering terjadi pada malam hari saat pembentukan SBR
- 3) Perdarahan dapat terjadi sedikit atau banyak sehingga menimbulkan gejala
- 4) Perdarahan berwarna merah
- 5) Letak janin abnormal.

e. Komplikasi

- 1) Prolaps tali pusat
- 2) Prolaps plasenta
- 3) Plasenta melekat sehingga harus dikeluarkan manual dan kalau perlu dibersihkan dengan kuretase
- 4) Robeka-robekan jalan lahir karena tindakan
- 5) Perdarahan post partum
- 6) Infeksi karena perdarahan yang banyak
- 7) Bayi prematur atau lahir mati

8) Anemia

f. Penatalaksanaan

1) Pencegahan Plasenta Previa

- a) Multiparitas, merupakan salah satu factor penyebab bisa terjadinya plasenta previa
- b) Usia ibu tidak boleh lebih dari 35 tahun karena merupakan salah satu factor penyebab bisa terjadinya plasenta previa.
- c) mengetahui Riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya.
- d) mengetahui Riwayat pembedahan rahim, termasuk seksio sesaria (risiko meningkat seiring peningkatan jumlah seksio sesaria).
- e) USG dapat mengetahui hamil tunggal atau ganda (ukuran plasenta lebih besar pada kehamilan ganda).
- f) Tidak merokok (kemungkinan plasenta berukuran lebih besar karena rokok).

2. Solusio Plasenta

a. Definisi Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau keseluruhan plasenta dari implantasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya yakni sebelum anak lahir.

b. Klasifikasi Solusio Plasenta

Trijatmo Rachimhadhi membagi solusio plasenta menurut derajat pelepasan plasenta:

1. Solusio plasenta totalis, plasenta terlepas seluruhnya.
2. Solusio plasenta partialis, plasenta terlepas sebagian.
3. Ruptura sinus marginalis, sebagian kecil pinggir plasenta yang terlepas.

Pritchard JA membagi solusio plasenta menurut bentuk perdarahan:

- 1) Solusio plasenta dengan perdarahan keluar

- 2) Solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi, yang membentuk hematoma retroplacenter
- 3) Solusio plasenta yang perdarahannya masuk ke dalam kantong amnion.

Cunningham dan Gasong masing-masing dalam bukunya mengklasifikasikan solusio plasenta menurut tingkat gejala klinisnya, yaitu:

- 1) Ringan : perdarahan kurang 100-200 cc, uterus tidak tegang, belum ada tanda renjatan, janin hidup, pelepasan plasenta kurang 1/6 bagian permukaan, kadar fibrinogen plasma lebih 150 mg%.
- 2) Sedang : Perdarahan lebih 200 cc, uterus tegang, terdapat tanda pre renjatan, gawat janin atau janin telah mati, pelepasan plasenta 1/4-2/3 bagian permukaan, kadar fibrinogen plasma 120-150 mg%.
- 3) Berat : Uterus tegang dan berkontraksi tetanik, terdapat tanda renjatan, janin mati, pelepasan plasenta dapat terjadi lebih 2/3 bagian atau keseluruhan.

c. Tanda/Gejala Solusio Plasenta

- 1) Perdarahan disertai rasa sakit
- 2) Jalan asfiksia ringan sampai kematian intrauterine
- 3) Gejala kardiovaskuler ringan sampai berat
- 4) Abdomen menjadi tegang
- 5) Perdarahan berwarna kehitaman
- 6) Sakit perut terus menerus

d. Komplikasi Solusio Plasenta

- 1) Syok perdarahan

Pendarahan antepartum dan intrapartum pada solusio plasenta hampir tidak dapat dicegah, kecuali dengan menyelesaikan persalinan segera. Bila persalinan telah diselesaikan, penderita belum bebas dari perdarahan

postpartum karena kontraksi uterus yang tidak kuat untuk menghentikan perdarahan pada kala III persalinan dan adanya kelainan pada pembekuan darah. Pada solusio plasenta berat keadaan syok sering tidak sesuai dengan jumlah perdarahan yang terlihat.

2) Gagal ginjal

Gagal ginjal merupakan komplikasi yang sering terjadi pada penderita solusio plasenta, pada dasarnya disebabkan oleh keadaan hipovolemia karena perdarahan yang terjadi. Biasanya terjadi nekrosis tubuli ginjal yang mendadak, yang umumnya masih dapat ditolong dengan penanganan yang baik. Perfusi ginjal akan terganggu karena syok dan pembekuan intravaskuler. Oliguria dan proteinuri akan terjadi akibat nekrosis tubuli atau nekrosis korteks ginjal mendadak. Oleh karena itu oliguria hanya dapat diketahui dengan pengukuran pengeluaran urin yang harus secara rutin dilakukan pada solusio plasenta berat. Pencegahan gagal ginjal meliputi penggantian darah yang hilang secukupnya, pemberantasan infeksi, atasi hipovolemia, secepat mungkin menyelesaikan persalinan dan mengatasi kelainan pembekuan darah.

3) Kelainan pembekuan darah

Kelainan pembekuan darah pada solusio plasenta biasanya disebabkan oleh hipofibrinogenemia. Kadar fibrinogen plasma normal pada wanita hamil cukup bulan ialah 450 mg%, berkisar antara 300-700 mg%. Apabila kadar fibrinogen plasma kurang dari 100 mg% maka akan terjadi gangguan pembekuan darah.

4) Apoplexi uteroplacenta (Uterus couvelaire)

Pada solusio plasenta yang berat terjadi perdarahan dalam otot-otot rahim dan di bawah perimetrium kadang-kadang juga dalam ligamentum latum. Perdarahan ini menyebabkan gangguan kontraktilitas uterus dan warna uterus berubah menjadi biru atau ungu yang biasa disebut Uterus couvelaire. Tapi apakah uterus ini harus diangkat atau tidak,

tergantung pada kesanggupannya dalam membantu menghentikan perdarahan.

e. Penatalaksanaan Solusio Plasenta

1) Pencegahan

- a) Batasi asupan kafein
- b) Berhenti merokok
- c) Harus mendapatkan perawatan kehamilan (ANC) secara rutin
- d) Jauhkan diri dari alkohol

3. Insersio Velamentosa

a. Definisi Insersio Velamentosa

Insersio velamentosa adalah tali pusat yang tidak berinsersi pada jaringan plasenta, tetapi pada selaput janin sehingga pembuluh darah umbilikus berjalan diantara amnion dan korion menuju plasenta.

Insersio velamentosa adalah insersi tali pusat pada selaput janin. Insersio velamentosa sering terjadi pada kehamilan ganda. Pada insersio velamentosa, tali pusat dihubungkan dengan plasenta oleh selaput janin. Kelainan ini merupakan kelainan insersi funiculus umbilikalis dan bukan merupakan kelainan perkembangan plasenta.

Karena pembuluh darahnya berinsersi pada membran, maka pembuluh darahnya berjalan antara funiculus umbilikalis dan plasenta melewati membran. Bila pembuluh darah tersebut berjalan didaerah ostium uteri internum, maka disebut vasa previa.

Vasa previa ini sangat berbahaya karena pada waktu ketuban pecah, vasa previa dapat terkoyak dan menimbulkan perdarahan yang berasal dari anak. Gejalanya ialah perdarahan segera setelah ketuban pecah dan karena perdarahan ini berasal dari anak maka dengan cepat bunyi jantung anak menjadi buruk.

b. Etiologi Insersio Velamentosa

Insersio velamentosa ini biasanya terjadi pada kehamilan ganda/gemeli, karena pada kehamilan ganda sumber makanan yang ada

pada plasenta akan menjadi rebutan oleh janin, sehingga dengan adanya rebutan tersebut akan mempengaruhi kepenanaman tali pusat/insersi.

c. Klasifikasi Insersio Velamentosa

Pada insersio velamentosa tali pusat yang dihubungkan dengan plasenta oleh pembuluh-pembuluh darah yang berjalan dalam selaput janin. Kalau pembuluh darah tersebut berjalan di daerah oestium uteri internum maka disebut vasa previa. Hal ini dapat berbahaya bagi janin karena bila ketuban pecah pada permulaan persalinan pembuluh darah dapat ikut robek sehingga terjadi perdarahan inpartum dan jika perdarahan banyak kehamilan harus segera di akhiri.

d. Tanda/Gejala Insersio Velamentosa

Tanda dan gejalanya belum diketahui secara pasti, perdarahan pada insersi velamentosa ini terlihat jika telah terjadi vasa previa yaitu perdarahan segera setelah ketuban pecah dan karena perdarahan ini berasal dari anak dengan cepat bunyi jantung anak menjadi buruk bisa juga menyebabkan bayi tersebut meninggal.

Satu-satunya cara mengetahui adanya insersio velamentosa ini sebelum terjadinya perdarahan adalah dengan cara USG. Jadi sebaiknya pada ibu dengan kehamilan ganda (gemeli) dianjurkan untuk dilakukan pemeriksaan USG, karena untuk mengantisipasi dengan segala kemungkinan penyulit yang ada, salah satunya insersio velamentosa ini.

e. Komplikasi Insersio Velamentosa

Pada insersio velamentosa, tali pusat dihubungkan dengan plasenta oleh selaput janin. Kelainan ini merupakan kelainan insersi funiculus umbilikalisis dan bukan merupakan kelainan perkembangan plasenta. Karena pembuluh darahnya berinsersi pada membran, maka pembuluh darahnya berjalan antara funiculus umbilikalisis dan plasenta melewati membran. Bila pembuluh darah tersebut berjalan

didaerah ostium uteri internum, maka disebut vasa previa. Vasa previa ini sangat berbahaya karena pada waktu ketuban pecah, vasa previa dapat terkoyak dan menimbulkan perdarahan yang berasal dari anak. Gejalanya ialah perdarahan segera setelah ketuban pecah dan karena perdarahan ini berasal dari anak maka dengan cepat bunyi jantung anak menjadi buruk.

Bila perdarahan banyak, maka kehamilan harus segera diakhiri. Perdarahan vasa previa sering diikira sebagai plasenta previa atau solusio plasenta. Untuk membedakannya dapat dilakukan tes sebagai berikut. Kira-kira 2 atau 3 cc darah yang keluar dicampur air dalam jumlah yang sama lalu disentrifusi dengan kecepatan 2000 rpm selama 2 menit. Supernatan dipisahkan, lalu dicampurkan dengan NaOH 0,25 N dengan perbandingan 5 : 1. Dalam waktu 1 atau 2 menit akan kelihatan perubahan warna. Warna kuning coklat (alkaline heme) menunjukkan bahwa darah itu berasal dari ibu. Sedangkan warna merah berarti hemoglobin fetal. Angka kematian janin karena vasa previa dapat mencapai 60%.

f. Penatalaksanaan Insersio Velamentosa

1) Pencegahan

Tidak ada pencegahan khusus pada Insersio Valementosa, hanya dengan melakukan minimal ANC Program Pemerintah 4x dalam kehamilan.

4. Ruptur Sinus Marginalis

a. Definisi Sinus Marginalis

Ruptur Sinus Marginalis adalah terlepasnya sebagian kecil pinggir placenta yang tidak berdarah banyak, sama sekali tidak mempengaruhi keadaan ibu ataupun janinnya. Ruptur Sinus Marginalis merupakan bagian dari ruptur placenta ringan yang jarang didiagnosis, mungkin karena penderita selalu terlambat ruptur ke rumah sakit, atau tanda-tanda dan gejalanya terlampau ringan sehingga tidak menarik perhatian penderita maupun dokternya. Etiologi dari ruptur sinus marginalis hingga kini belum diketahui

dengan jelas walaupun beberapa keadaan tertentu dapat menyertai, seperti umur ibu yang terlalu muda/tua, penyakit hipetensi, tali pusat pendek, tekanan pada vena kafa inferior dan defisiensi asam folik.

b. Klasifikasi Sinus Marginalis

Klasifikasi ruptur uteri menurut sebabnya adalah sebagai berikut:

- 1) Kerusakan atau ruptur uterus yang telah ada sebelum hamil (dalam kehamilan).
- 2) Pembedahan pada ruptur: seksio sesarea atau histerotomi, histerorafia, miomektomi yang sampai menembus seluruh ketebalan otot uterus, reseksi pada ruptur uterus atau bagian interstisial, metroplasti.
- 3) Trauma uterus koinsidental: instrumentasi sonde pada penanganan abortus, trauma tumpul atau trauma tajam atau tajam seperti pisau atau peluru, ruptur tanpa gejala pada kehamilan sebelumnya (silent ruptur in previous pregnancy).
- 4) Kelainan bawaan: kehamilan dalam bagian ruptur (horn) yang tidak berkembang.
- 5) Sebelum kelahiran anak: his spontan yang kuat dan terus-menerus, pemakaian oksitosin atau prostaglandin untuk merangsang persalinan, instilasi cairan ke dalam kantong gestasi atau ruang amnion seperti larutan garam fisiologi atau prostaglandin, perforasi, dengan kateter pengukur tekanan ruptur sinus marginalis, trauma luar tumpul atau tajam, versi luar, pembesaran ruptur yang berlebihan misalnya hidramnion dan kehamilan ganda.
- 6) Dalam periode intrapartum versi-ekstraksi cunam yang sukar, ekstraksi bokong, ruptur janin yang menyebabkan distensi berlebihan pada segmen bawah ruptur, tekanan kuat pada uterus dalam persalinan, kesulitan dalam melakukan manual plasenta.
- 7) Cacat ruptur yang didapat: plasenta inkreta atau perkreta, neoplasia trofoblas gestasional, adenomiosis, ruptur Sinus Marginalis uterus gravidus inkarserata.

c. Tanda/gejala Sinus Marginalis

Gejala ruptur sinus marginalis :

- 1) Tidak ada atau sedikit perdarahan dari vagina yang warnanya kehitam-hitaman
- 2) Rahim yang sedikit nyeri atau terus menerus agak tegang
- 3) Tekanan darah dan frekuensi nadi ibu yang normal
- 4) Tidak ada koagulopati
- 5) Tidak ada gawat janin

d. Komplikasi Ruptur Sinus Marginalis

Syok hipovolemik karena perdarahan hebat dan sepsis akibat infeksi adalah komplikasi yang fatal pada peristiwa ruptur uteri. Syok hipovolemik terjadi bila pasien tidak segera mendapat infus cairan kristaloid yang banyak untuk selanjutnya dalam waktu yang cepat digantikan transfusi darah segar.

- 1) Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu : syok perdarahan, gagal ginjal, Kelainan pembekuan darah, Mekanisme gangguan pembekuan darah.
- 2) Komplikasi yang dapat terjadi pada janin : fetal distress, Gangguan pertumbuhan/ perkembangan, hipoksia, dan anemia.

e. Penatalaksanaan

1) Pencegahan

Tidak ada pencegahan khusus pada Ruptur Sinus Marginalis, hanya dengan melakukan minimal ANC Program Pemerintah 4x dalam kehamilan.

5. Plasenta Sirkumvalata

a. Definisi Plasenta Sirkumvalata

Plasenta sirkumvalata adalah plasenta yang pada permukaan fetalis dekat pinggir terdapat cincin putih. Cincin ini menandakan pinggir plasenta, sedangkan jaringan di sebelah luarnya terdiri dari villi yang tumbuh ke samping di bawah desidua. Sebagai akibatnya

pinggir plasenta mudah terlepas dari dinding uterus dan perdarahan ini menyebabkan perdarahan antepartum.

b. Tanda/ Gejala Plasenta Sirkumvalata

Pada setiap perdarahan antepartum pertama-tama harus selalu dipikirkan bahwa hal itu bersumber pada kelainan plasenta, karena perdarahan antepartum yang berbahaya umumnya bersumber pada kelainan plasenta, sedangkan kelainan serviks tidak seberapa berbahaya. Pecahnya sinus marginalis merupakan perdarahan yang sebagian besar baru diketahui setelah persalinan pada waktu persalinan, perdarahan terjadi tanpa sakit dan menjelang pembukaan lengkap. Karena perdarahan terjadi pada saat pembukaan mendekati lengkap, maka bahaya untuk ibu maupun janinnya tidak terlalu besar.

c. Komplikasi Plasenta Sirkumvalata

Beberapa ahli mengatakan bahwa plasenta sirkumvalata sering menyebabkan perdarahan, abortus, dan solutio plasenta.

d. Penatalaksanaan Plasenta Sirkumvalata

1) Pencegahan

Tidak ada pencegahan khusus pada Insersio Valemantosa, hanya dengan melakukan minimal ANC Program Pemerintah 4x dalam kehamilan.

C. Latihan

1. Sebutkan penyebab terjadinya abortus !
2. Bagaimana penanganan keperawatan abortus ?
3. Jelaskan perbedaan Abortus Spontan dan Abortus Provokatus !
4. Bagaimana Tanda dan Gejala Solusio Plasenta ?
5. Jelaskan penyebab Plasenta Previa !

D. Kunci Jawaban

1. Penyebab terjadinya abortus, yaitu:
 - a. Faktor janin
 - b. Faktor maternal
 - c. Faktor eksternal
2. Penanganan Menurut Maryunani A dan Eka P (2013:126) penanganan abortus insipiens adalah: Pasien harus dirawat dirumah sakit, karena tidak ada kemungkinan kelangsungan hidup bagi janin pada abortus insipiens, pantau kondisi pasien, membantu memberikan obat intravena sesuai instruksi dokter, memasang infus RL dengan oksitosin 20 unit dengan 40 tetes per menit untuk membantu ekspulsi hasil konsepsi
3. Abortus spontan adalah abortus yang terjadi tidak didahului faktor-faktor mekanik ataupun medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor alamiah (20% dari semua abortus). Sedangkan, Abortus provokatus adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu yang bertujuan untuk mengakhiri proses kehamilan, biasanya karena kehamilan yang tidak diinginkan.
4. Tanda/Gejala Solusio Plasenta
 - a. Perdarahan disertai rasa sakit
 - b. Jalan asfiksia ringan sampai kematian intrauterine
 - c. Gejala kardiovaskuler ringan sampai berat
 - d. Abdomen menjadi kencang
 - e. Perdarahan berwarna kehitaman
 - f. Sakit perut terus menerus
5. Etiologi plasenta previa belum diketahui secara pasti, namun beberapa faktor risiko telah ditetapkan sebagai kondisi yang berhubungan dengan terjadinya plasenta previa. Faktor risiko tersebut meliputi hamil usia tua, multiparitas, kehamilan ganda, merokok selama masa kehamilan, janin laki-laki, riwayat 11 aborsi, riwayat operasi pada uterus, riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya dan IVF.

E. Daftar Pustaka

1. WHO. 2012. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data
2. World Health Organization (WHO).2014. WHO, UNICEF, UNFPA,The World Bank.Trends in maternal mortality: 1990 to2013.
3. Saifuddin, A.B, dkk, (2002). Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
4. Saifuddin A. 2002. Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
5. Brahmana IB. 2018. Perdarahan Pascapersalinan oleh Karena Retensi Plasenta pada P4a0 Postpartum Spontan, Janin Besar, dengan Hipertensi dalam Kehamilan. Yogyakarta. Jurnal kedokteran dan kesehatan Mutiara Medika.
6. Edhi MM, Aslam HM, Naqvi Z, Hashmi H. 2013. Post partum hemorrhage: causes and management. BMC Research Notes. 6(236): 1-6.
7. Manuaba IAC, Manuaba IBG, Manuaba IBGF, Manuaba IBG. 2014. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan. 2nd ed. Jakarta: EGC
8. Malau S.Hubungan faktor risiko dengan kejadian perdarahan postpartum; 2017.