

**DISTRIBUSI KARAKTERISTIK PERDARAHAN
ANTEPARTUM PADA KEHAMILAN
YANG DISELESAIKAN DENGAN
SEKSIO SESAREA DI RSUD
PALEMBANG BARI
TAHUN 2009-2011**

SKRIPSI

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Oleh :
JASIKA LUKITA PERTIWI
NIM : 70 2009 009



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2015**

HALAMAN PENGESAHAN

**DISTRIBUSI KARAKTERISTIK PERDARAHAN
ANTEPARTUM PADA KEHAMILAN
YANG DISELESAIKAN DENGAN
SEKSIO SESAREA DI RSUD
BARI PALEMBANG
TAHUN 2009 - 2011**

Dipersiapkan dan disusun oleh
Jasika Lukita Pertiwi
NIM : 70 2009 009

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Pada tanggal 10 September 2015

Menyetujui



dr. Ratih Pratiwi, Sp. OG
Pembimbing Pertama



dr. R.A. Tanzila, M. Kes
Pembimbing Kedua

**Dekan
Fakultas Kedokteran**



dr. H. M. Ali Muchtar, M. Sc
NBM/NIDN.060347091062484/0020084707

PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa :

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi Lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat sesungguhnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 10 September 2015

Yang membuat pernyataan



(Jasika Lukita Pertiwi)

NIM : 70 2009 009

HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

Keajaiban Adalah Nama Lain Dari Kerja Keras.

The 3 C's of life : Choice, Chance and Change. You must make a choice to take a Chance or your life will never Change.

Karya sederhana ini saya persembahkan

Pertama saya haturkan rasa syukur kepada Allah SWT atas berkah dan rahmatnya skripsi ini dapat selesai.

Nabi besar Muhammad SAW beserta para pengikutnya hingga akhir zaman.

Kepada ibu saya Tien Suparmi ibu yang berjuang keras mendidik anaknya, mengajarkan anaknya untuk hidup mandiri dan apa adanya.

Kepada ayah saya Sudirman, ayah yang keras tetapi sangat dekat kepada kami. Terima kasih telah menjadi panutan keluarga dan menjadi pemimpin.

adik saya, saudara laki laki satu satunya Rachmat Agung Bumilar, teman mencurahkan keluh kesah serta adik yang menerima kakaknya apa adanya.

Untuk sahabat saya dari kecil 2 SD sampai dengan saat ini "Yuniarti Ayu Zahrah" 16 tahun sudah persahabatan kita, bukan sekedar sahabat melainkan saudara, sahabat suka maupun duka, sangat beruntung menemukan sahabat seperti ini.

Untuk sahabat SMA saya : Terry Ariestia, Tiya Astira, Katrine Monalisa, Tiara Sari, Rendy Pratama, Dita Aisyah. I Love You All !!

Untuk Teman ku FK UMP 2009 :

Kamp*ngers : Wisman, Opek, Ade, Bang didit, Pipi terima kasih canda dan tawanya selama ini.

CCC Moon : Ranti Amelya, Chika Virlita, Bella Rena, Lupita, Wike Yulianita terima kasih kebersamaan kita selama ini.

Teman seperjuangan : Dewi Agustina, Tri Romini, kak Agis, Tri.

Dan semua teman-teman FK UMP 09 Senang menjadi bagian dari angkatan ini.

Adik dan partner bertukar pikiran Okky Sesarina.

Terima Kasih kepada adik-adik FK UMP 2010, 2011, 2012, & 2013 terima kasih partisipasi dan kenangan selama kakak mengulang. Senang mengenal kalian. Amy, Eva Alvionita, Evi, Mala, Izza, Jatu, Reci, Desi.

Untuk anak SONE PLG : ateng, iin, adit. semoga tetap solid.

Terima Kasih kepada Pembimbing Skripsi :

Prof. dr. H. Syakroni Daud R, Sp. OG (K) terima kasih prof bimbingannya selama ini.

dr. Ratih Pratiwi, Sp. OG dan dr. R. A. Tanzila, M. Kes terima kasih dok masukannya selama pembuatan skripsi ini.

JASIKA LUKITA PERTIWI

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

FAKULTAS KEDOKTERAN

SKRIPSI, SEPTEMBER 2015

JASIKA LUKITA PERTIWI

Distribusi Karakteristik Perdarahan Antepartum Yang Diselesaikan Dengan Seksio Sesarea Di RSUD Palembang BARI Tahun 2009-2011.

xiii + 55 Halaman + 8 Tabel

ABSTRAK

Angka kematian maternal masih menjadi tolok ukur untuk menilai baik buruknya keadaan pelayanan kebidanan dan salah satu indikator tingkat kesejahteraan ibu. Salah satu penyebab tingginya AKI adalah tingginya kejadian perdarahan antepartum. Salah satu metode persalinan yang menjadi pilihan pada pasien dengan perdarahan antepartum untuk mengurangi AKI dan janin adalah seksio sesarea. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui distribusi karakteristik dan angka kejadian perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea di RSUD Palembang BARI tahun 2009-2011. Metode penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan data sekunder. Populasi pada penelitian ini adalah ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang melahirkan dengan seksio sesarea di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Palembang BARI tahun 2009-2011. Hasil penelitian ini didapatkan sebanyak (92%) pasien dengan perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea. Dari hasil tersebut didapatkan karakteristik pasien terbanyak pada umur 20-35 (84,6%), paritas 1-3 (67,3%), pendidikan sedang (55,8%), riwayat kehamilan atau persalinan partus spontan (55,8%), Penyebab perdarahan antepartum plasenta previa (98,2%), solusio plasenta (1,8%).

Referensi : 25 (1982-2011)

Kata kunci : Perdarahan antepartum, seksio sesarea.

UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG

FAKULTAS KEDOKTERAN

SKRIPSI, SEPTEMBER 2015

JASIKA LUKITA PERTIWI

**The Distribution Of Characteristics Of Antepartum Haemorrhage In Pregnancy
By Caesarean Section In RSUD Palembang BARI 2009-2011.**

xiii + 55 Pages + 8 tables

ABSTRACT

The maternal mortality ratio as benchmark is meant to assess the good and bad sides of obstetric care and indicator of the welfare of the mother. The causes of high maternal mortality rate is the high incidence of antepartum haemorrhage. One of child birth method as patient with antepartum haemorrhage to reduce maternal and fetal mortality is caesarean section. This research is meant to determine the distribution of characteristic and incidence of antepartum haemorrhage by caesarean section in RSUD Palembang BARI 2009-2011. This research method is descriptive using secondary data. Population in this research is mother who has experienced antepartum haemorrhage who delivered with caesarean section at the obstetric and gynecology RSUD Palembang. The result of this research, as many as (92%), of patients with antepartum haemorrhage by caesarean section. The most at the age of 20-35 (84,6%), parity 1-3 (67,3%), medium education (55,8%), history of pregnancy or childbirth spontaneous parturition (55, 8%) the causes of antepartum haemorrhage placenta praevia (98,2%), placental abruption (1,8%).

Reference : 25 (1982-2011)

Keyword : Antepartum Haemorrhage, caesarean section.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Distribusi Karakteristik Perdarahan Antepartum Pada Kehamilan Yang Diselesaikan Dengan Seksio Sesarea di RSUD Palembang BARI Tahun 2009-2011" sebagai syarat dalam rangka menyelesaikan pendidikan Sarjana Kedokteran (S.Ked) Fakultas kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Shalawat dan salam selalu tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikutnya sampai akhir zaman.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sebagai bahan pertimbangan perbaikan di masa mendatang.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak mengalami hambatan, namun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak maka penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. dr. H. M. Ali Muchtar, M. Sc, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
2. dr. Ratih Pratiwi Sp. OG selaku Dosen Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan saran yang diberikan secara lisan maupun tertulis, sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
3. dr. R.A. Tanzila selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan saran yang diberikan secara lisan maupun tertulis, sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
4. Direktur, beserta staf di Bagian Rekam Medik RSUD Palembang BARI atas perhatian dan kerjasamanya dalam penelitian ini.

Semoga Allah SWT memberikan pahala atas segala amal yang sudah diberikan dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Amin
Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Palembang, 10 September 2015

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
LAMPIRAN	xiii

BAB I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.4.1 Peneliti	3
1.4.2 Pendidikan	4
1.4.3 Masyarakat.....	4
1.5 Keaslian Penelitian	5

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori.....	9
2.1.1. Definisi Perdarahan Antepartum.....	9
2.1.2. Klasifikasi Perdarahan Antepartum.....	10

1. Plasenta Previa.....	10
A. Definisi Plasenta Previa.....	10
B. Klasifikasi Plasenta Previa.....	10
C. Insiden Plasenta Previa.....	11
D. Etiologi Plasenta Previa.....	11
E. Patofisiologi Plasenta Previa.....	12
F. Gambaran Klinik Plasenta Previa.....	14
G. Diagnosis Plasenta Previa.....	15
H. Penanganan Plasenta Previa.....	15
2. Solusio Plasenta.....	18
A. Definisi Solusio Plasenta.....	18
B. Klasifikasi Solusio Plasenta.....	18
C. Insiden Solusio Plasenta.....	20
D. Etiologi Solusio Plasenta.....	21
E. Patofisiologi Solusio Plasenta.....	22
F. Gambaran Klinik Solusio Plasenta.....	23
G. Diagnosis Solusio Plasenta.....	23
H. Penanganan Solusio Plasenta.....	25
2.1.3 Faktor Determinan Perdarahan Antepartum.....	27
2.1.4 Penegakkan Diagnosis Perdarahan Antepartum	29
2.1.5 Seksio Sesarea.....	31
A. Definisi Seksio Sesarea.....	31
B. Jenis Seksio Sesarea.....	31
C. Komplikasi Seksio Sesarea.....	32
E. Faktor Determinan Seksio Sesarea.....	33
2.2 Kerangka Teori	36

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian	37
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	37

3.2.1 Waktu Penelitian	37
3.2.2 Tempat Penelitian	37
3.3 Populasi dan Sampel	37
3.3.1 Populasi Penelitian	37
3.3.2 Sampel dan Besar Sampel	37
3.3.3 Kriteria Restriksi	38
A. Kriteria Inklusi	38
B. Kriteria Eksklusi	38
3.4 Variabel Penelitian	38
3.5 Definisi Operasional	38
3.6 Cara Pengumpulan Data	42
3.7 Pengolahan dan Analisis Data	42
3.8 Alur Penelitian	42

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian.....	43
4. 1. 1. Gambaran Profil RSUD Palembang BARI.....	43
4.1.2. Distribusi Karakteristik Perdarahan Antepartum Pada Kehamilan Yang Diselesaikan Dengan Seksio Sesarea.....	44
4. 1. 3. Penyebab Perdarahan Antepartum.....	47
4. 2. Pembahasan.....	48
4.2.1. Distribusi Karakteristik Perdarahan Antepartum Pada Kehamilan Yang Diselesaikan Dengan Seksio Sesarea.....	48
4.2.2. Umur Ibu.....	48
4.2.3. Paritas Ibu.....	49
4.2.4. Pendidikan Ibu.....	50
4.2.5. Riwayat Kehamilan Dan Persalinan Terdahulu.....	50
4.2.6. Penyebab Perdarahan Antepartum.....	51
4. 3. Keterbatasan Penelitian.....	52

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5. 1. Kesimpulan.....	53
5. 2. Saran.....	53
DAFTAR PUSTAKA.....	54
LAMPIRAN	56

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
4.1. Distribusi Frekuensi Dan Persentase Kejadian Perdarahan Antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea.....	44
4. 2. Distribusi Frekuensi Umur Ibu.....	45
4. 3. Distribusi Frekuensi Paritas Ibu.....	45
4. 4. Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Ibu.....	46
4. 5. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Riwayat Kehamilan Atau Persalinan.....	46
4. 6. Penyebab Perdarahan Antepartum.....	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori	36
2. Alur Penelitian	42

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. Data Sekunder.....	56
2. Kartu Aktivitas Bimbingan Proposal Penelitian.....	57
3. Biodata.....	58

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Di Negara-Negara maju seperti United States Of America (USA), Eropa dan Kanada, jumlah angka kematian ibu sudah mencapai 10/100.000 kelahiran hidup. Sementara di negara-negara berkembang jumlah angka kematian ibu bervariasi, seperti Singapura 5/100.000 kelahiran hidup, Malaysia 69/100.000 kelahiran hidup, Thailand 100/100.000 kelahiran hidup, Filipina 142/100.000 kelahiran hidup, Sri Lanka 95/100.000 kelahiran hidup, dan Amerika Latin 300/100.000 kelahiran hidup. (Manuaba, 2008).

Di Inggris angka kematian menurun dari 442 per 100.000 kelahiran dalam tahun 1928 menjadi 205 per 100.000 kelahiran dalam tahun 1970. Perkembangan ini terlihat pula pada semua negara-negara maju (Prawirohardjo, 2007).

Menurut menteri kesehatan, angka kematian ibu menurun dari 307 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH) pada tahun 2002 menjadi 228 per 100.000 KH pada tahun 2007 Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI). Target tahun 2014 adalah 110 per 100.000 KH. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan. Ditambahkan, secara nasional persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih meningkat dari 66,7% pada tahun 2002 menjadi 77,34% pada tahun 2009 Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS). Angka tersebut meningkat menjadi 82,3% pada tahun 2010 (Data RISKESDAS, 2010).

Angka kematian maternal masih menjadi tolok ukur untuk menilai baik buruknya keadaan pelayanan kebidanan dan salah satu indikator tingkat kesejahteraan ibu. Sampai dengan saat ini informasi tentang Angka Kematian Ibu (AKI) masih

berpedoman pada hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT). Menurut SKRT, AKI nasional menurun dari 450 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992, kemudian menurun lagi menjadi 425 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1995. Pada SKRT 2001 tidak dilakukan survey mengenai AKI. Kemudian pada tahun 2002-2003, AKI menjadi 307 per 100.000 kelahiran hidup menurut SDKI 2003. AKI provinsi Sumatera Selatan masih berpedoman pada hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 2005 yaitu 262 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan bahwa AKI cenderung mengalami penurunan. Tetapi bila dibandingkan dengan target yang ingin dicapai secara rasional pada tahun 2010, yaitu sebesar 125 per 100.000 kelahiran hidup, maka apabila penurunannya masih seperti tahun-tahun sebelumnya, diperkirakan target tersebut di masa mendatang sulit dicapai. (Profilkes. SUMSEL, 2010).

Angka perdarahan antepartum masih cukup tinggi meskipun diketahui bahwa persalinan dengan seksio sesarea mempunyai risiko dan komplikasi yang cukup besar, baik pada jiwa ibu maupun janin, oleh karena itu penulis memandang perlu mendeskripsikan distribusi karakteristik ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea di bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang sebelumnya belum diteliti di Fakultas Kedokteran Muhammadiyah Palembang, untuk mengetahui distribusi karakteristik ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana distribusi karakteristik ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea di bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI pada periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011 ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Diketuinya distribusi karakteristik ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea di bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI pada periode 2009-2011.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya angka kejadian perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea.
- b. Diketuinya penyebab terjadinya perdarahan antepartum pada waktu kehamilan.
- c. Diketuinya distribusi karakteristik ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang melahirkan dengan seksio sesarea.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan mengenai distribusi karakteristik perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea dan mengetahui angka kejadiannya serta menambah pengalaman dalam melakukan penelitian.

1.4.2. Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat berguna menambah ilmu pengetahuan distribusi karakteristik dan kejadian perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea dan untuk menambah ilmu mengenai tata cara melakukan penelitian deskriptif.

1.4.3. Masyarakat

Memberikan informasi tentang distribusi karakteristik perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea.

1.5. Keaslian Penelitian

Judul Penelitian	Lokasi Penelitian	Desain	Hasil
Prevalensi Persalinan Seksio Sesarea Atas Indikasi Plasenta previa	Di RSUD Dr. Pirngadi Medan Tahun 2010 Nama peneliti : Indah Afriani Nasution	Penelitian deskriptif dengan desain cross sectional	Bahwa prevalensi persalinan seksio sesarea dengan indikasi plasenta previa kebanyakan mengalami plasenta previa totalis dengan usia 20-34 tahun yang pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai ibu rumah tangga, berasal dari kota Medan, usia ≥ 37 minggu, sudah memiliki anak lebih dari satu, dengan riwayat persalinan pervaginam, serta fetal maternal outcome dalam keadaan hidup.

Karakteristik	Di RSUD Pirngadi	Penelitian	studi	Hasil analisa statistic
Penderita	Medan Tahun	deskriptif	dengan	tidak ada perbedaan
Perdarahan	2001-2004	desain case series		lama rawatan
Antepartum Rawat	Nama Peneliti :			berdasarkan usia
Inap Di Badan	Firdawati Raslin			kehamilan ($p>0,05$)
Pelayanan RSUD	Bangun			dan tidak dapat
Pringadi				disimpulkan ada
				tidaknya perbedaan
				penyebab perdarahan
				berdasarkan paritas,
				cara penanganan
				berasarkan usia
				kehamilan. Pihak
				rumah sakit perlu
				melengkapi system
				pencatatan kartu
				status sesuai dengan
				format yang sudah
				ada seperti, frekuensi
				pemeriksaan
				kehamilan, riwayat
				kehamilan/persalinan.

Karakteristik	Di Rumah Sakit	Penelitian studi	Populasi penderita
Penderita	Santa Elisabeth	deskriptif dengan	perdarahan
Perdarahan	Medan Tahun	desain case serries	antepartum yang
Antepartum Yang	1999-2003		dirawat inap tahun
Dirawat Inap	Nama peneliti :		1999-2003
	Marina Simbolon		berjumlah 116
			orang. Sampel
			adalah seluruh
			populasi (total
			sampling). Hasil
			penelitian didapat
			jumlah terbanyak
			kelompok usia
			risiko rendah
			(73,3%), suku
			batak (64,7%),
			pekerjaan ibu
			rumah tangga
			(60,4), dan daerah
			asal dari kota
			Medan (87,9%).
			Paritas risiko
			rendah (87,9%),
			usia kehamilan 28-
			37 minggu
			(49,2%).

Penyebab perdarahan plasenta previa (77,6%) dan partus spontan (48,3%), penanganan aktif (90,5%), janin hidup (95,7%), lama rawatan yang tergolong sedang (72,4%) dan pulang dalam keadaan sembuh (87,9%).

Persamaan penelitian yaitu pada salah satu variabel yang diteliti adalah mengenai perdarahan antepartum. Perbedaan penelitian yaitu pada variabel yang diteliti, lokasi, dan waktu. Pada penelitian sebelumnya variabel hanya karakteristik perdarahan antepartum saja dan pada penelitian ini variabel yang diteliti kejadian perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Definisi Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum ialah perdarahan pervaginam semasa kehamilan dimana umur kehamilan telah melebihi 28 minggu atau berat janin lebih dari 1000 gram (Purnawan, dkk, 1982).

Walaupun perdarahannya sering dikatakan terjadi pada trimester ketiga, akan tetapi tidak jarang juga terjadi sebelum kehamilan 28 minggu karena sejak itu segmen bawah uterus telah berbentuk dan mulai melebar serta menipis. Dengan bertambah tuanya kehamilan, segmen bawah uterus akan lebih melebar lagi, dan serviks mulai membuka. Apabila plasenta tumbuh pada segmen bawah uterus, pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat di situ tanpa terlepasnya sebagian plasenta dari dinding uterus. Pada saat itu mulailah terjadi perdarahan (Wiknijosastro, 2005).

Perdarahan antepartum yang berbahaya umumnya bersumber pada kelainan plasenta. Hal ini disebabkan perdarahan yang bersumber pada kelainan plasenta biasanya lebih banyak, sehingga dapat mengganggu sirkulasi O₂, CO₂ dan nutrisi dari ibu kepada janin. Sedangkan perdarahan yang tidak bersumber pada kelainan plasenta seperti kelainan serviks biasanya relatif tidak berbahaya. Oleh karena itu, pada setiap perdarahan antepartum pertama-tama harus selalu dipikirkan bahwa hal itu bersumber pada kelainan plasenta (Wiknijosastro, 2005).

2.1.2 Klasifikasi Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum yang bersumber pada kelainan plasenta yang secara klinis biasanya tidak terlalu sukar untuk menentukannya adalah plasenta previa dan solusio plasenta. Oleh karena itu, Klasifikasi klinis perdarahan antepartum dibagi sebagai berikut

1. Plasenta previa

A. Definisi plasenta previa

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 kearah proksimal memungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim ikut berpindah mengikuti perluasan segmen bawah rahim seolah plasenta tersebut ber imigrasi. 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 (Chalik, 2011).

B. Klasifikasi plasenta previa

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

3. Plasenta previa marginalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum.
4. Plasenta 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. Insiden plasenta previa

Plasenta previa lebih banyak pada kehamilan dengan paritas tinggi dan pada usia diatas 30 tahun. Juga lebih sering terjadi pada kehamilan ganda daripada kehamilan tunggal. Uterus bercacat ikut mempertinggi angka kejadiannya. Pada beberapa Rumah Sakit Umum Pemerintah dilaporkan insidennya berkisar 1,7% sampai dengan 2,9%. Di negara maju insidensinya lebih rendah yaitu kurang dari 1% mungkin disebabkan berkurangnya perempuan hamil paritas tinggi. Dengan meluasnya penggunaan ultrasonografi dalam obstetrik yang memungkinkan deteksi lebih dini, insiden plasenta previa bisa lebih tinggi (Chalik, 2011).

D. Etiologi

Penyebab blastokista berimplantasi pada segmen bawah rahim belumlah diketahui dengan pasti. Mungkin secara kebetulan saja blastokista menimpa desidua di daerah segmen bawah uterus tanpa latar belakang lain yang mungkin. Teori lain mengemukakan sebagian 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 besar, 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 hipertropi sebagai upaya kompensasi. Plasenta yang terlalu besar seperti pada kehamilan ganda dan eritroblastosis fetalis bisa menyebabkan pertumbuhan 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 (Chalik, 2011).

E. Patofisiologi

Pada usia kehamilan yang lanjut, umumnya pada trimester ketiga dan mungkin juga lebih awal, oleh karena telah mulai terbentuknya segmen bawah rahim, tapak plasenta akan mengalami pelepasan. Sebagaimana diketahui tapak plasenta terbentuk dari jaringan maternal yaitu bagian desidua basalis yang bertumbuh menjadi bagian dari uri. Dengan melebarnya istmus uteri menjadi segmen bawah rahim, maka plasenta yang berimplantasi di situ sedikit banyak akan mengalami laserasi akibat pelepasan pada desidua sebagai tapak plasenta. Demikian pula pada waktu serviks mendatar (*effacement*) dan membuka (*dilatation*) ada bagian tapak plasenta yang terlepas. Pada tempat laserasi itu akan terjadi perdarahan yang berasal dari sirkulasi maternal yaitu dari ruangan intervillus dari plasenta. Oleh karena fenomena pembentukan segmen bawah rahim itu perdarahan pada plasenta previa betapa pun pasti akan terjadi (*unavoidable bleeding*). Perdarahan di tempat itu relatif dipermudah dan diperbanyak oleh karena segmen bawah rahim dan serviks tidak mampu berkontraksi dengan kuat karena

element otot yang dimilikinya tidak sempurna. Perdarahan akan berhenti karena terjadi pembekuan kecuali jika ada laserasi mengenai sinus yang besar dari plasenta pada mana perdarahan akan berlangsung lebih banyak dan lebih lama. Oleh karena pembentukan segmen bawah rahim itu akan berlangsung progresif dan tertahap, maka laserasi baru akan mengulang kejadian perdarahan. Demikianlah perdarahan akan berulang tanpa rasa nyeri (*pain less*). Pada plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum perdarahan terjadi lebih awal dalam kehamilan oleh karena segmen bawah rahim terbentuk lebih dahulu pada bagian terbawah yaitu pada ostium uteri internum. Sebaliknya, pada plasenta previa parsialis atau letak rendah, perdarahan baru terjadi pada waktu mendekati atau mulai persalinan. Perdarahan pertama biasanya sedikit tetapi cenderung lebih banyak pada perdarahan berikutnya. Untuk berjaga-jaga mencegah syok hal tersebut perlu dipertimbangkan. Perdarahan pertama sudah bisa terjadi pada kehamilan dibawah 30 minggu tetapi lebih separuh kejadiannya pada umur kehamilan 34 minggu ke atas. Berhubung tempat perdarahan terletak dekat dengan *ostium uteri internum*, maka perdarahan lebih mudah mengalir ke luar rahim dan tidak membentuk hematoma retroplasenta yang mampu merusak jaringan lebih luas dan melepaskan tromboplastin ke dalam sirkulasi maternal. Dengan demikian, sangat jarang terjadi koagulopati pada plasenta previa.

Hal lain yang perlu diperhatikan adalah dinding segmen bawah rahim yang tipis mudah diinvasi oleh pertumbuhan *vili* dari *trofoblas*, akibatnya plasenta melekat inkreta, bahkan plasenta perkreta yang pertumbuhan vilinya bisa sampai menembus ke buli-buli dan ke rektum bersama plasenta previa. Plasenta akreta dan inkreta lebih sering terjadi pada uterus yang sebelumnya pernah bedah sesar. Segmen bawah rahim dan serviks yang rapuh mudah robek oleh sebab kurangnya element otot

yang terdapat di sana. Kedua kondisi ini berpotensi meningkatkan kejadian perdarahan pasca persalinan pada plasenta previa, misalnya dalam kala tiga karena plasenta sukar melepas dengan sempurna (*retention placentae*), atau setelah plasenta lepas karena segmen bawah rahim tidak mampu berkontraksi dengan baik (Chalik, 2011).

F. Gambaran klinik

Ciri yang menonjol pada plasenta previa adalah perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri. Perdarahan biasanya baru terjadi pada akhir trimester kedua keatas. Perdarahan pertama berlangsung tidak banyak dan berhenti sendiri. Perdarahan kembali terjadi tanpa sesuatu sebab yang jelas setelah beberapa waktu kemudian, jadi berulang. Pada setiap pengulangan terjadi perdarahan yang lebih banyak bahkan seperti mengalir. Pada plasenta letak rendah perdarahan baru terjadi pada waktu mulai persalinan perdarahan bisa sedikit sampai banyak mirip pada solusio plasenta. Perdarahan diperhebat berhubung segmen bawah rahim tidak mampu berkontraksi sekuat segmen atas rahim. Dengan demikian, perdarahan bisa berlangsung sampai pasca persalinan. Perdarahan bisa juga bertambah disebabkan serviks dan segmen bawah rahim pada plasenta previa lebih rapuh dan mudah mengalami robekan. Robekan lebih mudah terjadi pada upaya pengeluaran plasenta dengan tangan misalnya pada retensio plasenta sebagai komplikasi plasenta akreta.

Berhubung plasenta terletak pada bagian bawah, maka pada palpasi abdomen sering ditemui bagian terbawah janin masih tinggi di atas simfisis dengan letak janin tidak dalam letak memanjang. Palpasi abdomen tidak membuat ibu hamil merasa nyeri dan perut tidak tegang (Chalik, 2011).

G. Diagnosis

Perempuan hamil yang mengalami perdarahan dalam kehamilan lanjut biasanya menderita plasenta previa atau solusio plasenta. Gambaran klinik yang klasik sangat menolong membedakan antara keduanya. Dahulu untuk kepastian diagnosis pada kasus dengan perdarahan banyak, pasien dipersiapkan di dalam kamar bedah demikian rupa segala sesuatunya termasuk staf dan perlengkapan anestesi semua siap untuk tindakan bedah sesar. Dengan pasien dalam posisi litotomi di atas meja operasi dilakukan periksa dalam (*vaginal toucher*) dalam lingkungan di Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) secara hati-hati dengan dua jari telunjuk dan jari tengah meraba forniks posterior untuk mendapat kesan ada atau tidak ada bantalan antara jari dengan bagian terbawah janin.

H. Penanganan

Setiap perempuan hamil yang mengalami perdarahan dalam trimester kedua atau trimester ketiga harus dirawat dalam rumah sakit. Pasien diminta istirahat baring dan dilakukan pemeriksaan darah lengkap termasuk golongan darah dan faktor *Rhesus* (Rh). Jika *Rh negatif immune globulin treatment* (RhoGam) perlu diberikan pada pasien yang belum pernah mengalami sensitisasi. 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 ada perbedaan pada morbiditas ibu dan janin bila pada masing-masing kelompok diberlakukan rawat inap atau rawat jalan. Pada kehamilan

antara 24 minggu sampai 34 minggu diberikan steroid dalam perawatan antenatal untuk pematangan paru janin. Dengan rawat jalan pasien lebih bebas dan kurang stress serta biaya dapat ditekan. Rawat inap kembali diberlakukan bila keadaan menjadi lebih serius.

Hal yang perlu dipertimbangkan adalah adaptasi fisiologik perempuan hamil yang memperlihatkan seolah keadaan klinis dengan tanda tanda vital dan hasil pemeriksaan laboratorium yang masih normal padahal bisa tidak mencerminkan keadaanya yang sejati. Jika perdarahan terjadi dalam trimester kedua perlu diwanti-wanti karena perdarahan ulangan biasanya lebih banyak. Jika ada gejala hipovolemia seperti hipotensi dan takikardi, pasien tersebut mungkin telah mengalami perdarahan yang cukup berat, lebih berat daripada penampakannya secara klinis. Transfusi darah yang banyak perlu segera diberikan.

Pada keadaan yang terlihat stabil dalam rawatan di luar rumah sakit Hubungan suami istri dan kerja rumah tangga dihindari kecuali jika setelah pemeriksaan ultrasonografi ulangan, dianjurkan minimal setelah 4 minggu, memperlihatkan ada migrasi plasenta menjauhi ostium uteri internum. Bila hasil *ultrasonografi* (USG) tidak demikian, pasien tetap dinasihati untuk mengurangi kegiatan fisiknya dan melewati ke tempat jauh tidak dibenarkan sebagai antisipasi terhadap perdarahan ulang sewaktu-waktu.

Selama rawat inap mungkin perlu diberikan transfusi darah dan terhadap pasien dilakukan pemantauan kesehatan janin dan observasi kesehatan maternal yang ketat berhubungan tidak bisa diramalkan pada pasien mana dan bilamana perdarahan ulang tidak sampai membahayakan. Pasien dengan plasenta previa dilaporkan berisiko tinggi untuk mengalami solusio plasenta (rate ratio 13,8), seksio sesarea (rate ratio 3,9), kelainan letak janin (rate ratio 2,8), dan perdarahan pasca

persalinan (rate ratio 1,7). Sebuah laporan menganjurkan pemeriksaan *maternal serum alfa fetoprotein* (MSAFP) dalam trimester kedua sebagai upaya mendeteksi pasien yang perlu diawasi dengan ketat. Bila kadar MSAFP naik tinggi lebih dari 2 kali median (*2.0 multiple of the median*) pasien tersebut mempunyai peluang 50% memerlukan rawatan dalam rumah sakit karena perdarahan sebelum kehamilan 30 minggu, harus dilahirkan prematur sebelum 34 minggu hamil, dan harus dilahirkan atas indikasi hipertensi dalam kehamilan sebelum kehamilan 34 minggu. Pada lebih kurang 20% pasien solusio plasenta datang dengan tanda his. Dalam keadaan janin masih prematur dipertimbangkan memberikan sulfas magnesikus untuk menekan his buat sementara waktu sembari member steroid untuk mempercepat pematangan paru janin. Tokolitik lain seperti *beta-mimetics*, *calcium channel blocker* tidak dipilih berhubung pengaruh sampingan bradikardia dan hipotensi pada ibu. Demikian juga dengan indometasin tidak diberikan berhubung mempercepat penutupan duktus arteriosus pada janin.

Perdarahan dalam trimester ketiga perlu pengawasan lebih ketat dengan istirahat baring yang lebih lama dalam rumah sakit dan dalam keadaan yang serius cukup alasan untuk merawatnya sampai melahirkan. Serangan perdarahan ulang yang banyak bisa saja terjadi sekalipun pasien diistirahatkan. Jika pada waktu masuk terjadi perdarahan yang banyak perlu segera dilakukan terminasi bila keadaan janin sudah viabel. 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 sesarea (Chalik, 2011).

2. Solusio Plasenta

A. Definisi solusio plasenta

Solusio plasenta adalah pelepasan sebagian atau seluruh plasenta yang normal implantasinya antara 22 minggu dan lahirnya anak (Sastrawinata, 1984).

Abdul Bari Saifuddin dalam bukunya mendefinisikan solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta dari tempat implantasi normalnya sebelum janin lahir, dan definisi ini hanya berlaku apabila terjadi pada kehamilan di atas 22 minggu atau berat janin di atas 500 gram (Abdul BS, 2002).

B. Klasifikasi solusio plasenta

Plasenta dapat terlepas hanya pada pinggirnya saja (*ruptur sinus marginalis*), dapat pula terlepas lebih luas (*solusio plasenta parsialis*) atau bisa seluruh permukaan maternal plasenta terlepas (*solusio plasenta totalis*). Perdarahan yang terjadi dalam banyak kejadian akan merembes antara plasenta dan *miometrium* untuk seterusnya menyelinap di bawah selaput ketuban dan akhirnya memperoleh jalan ke kanalis servikalis dan keluar melalui vagina atau perdarahan eksternal (*revealed hemorrhage*). Akan tetapi, ada kalanya, walaupun jarang, perdarahan tersebut tidak keluar melalui vagina atau perdarahan tersembunyi (*concealed hemorrhage*) jika :

- Bagian plasenta sekitar perdarahan masih melekat pada dinding rahim.
- Selaput ketuban masih melekat pada dinding rahim
- Perdarahan masuk ke dalam kantong ketuban setelah selaput ketuban pecah karenanya

- Bagian terbawah janin, umumnya kepala, menempel ketat pada segmen bawah rahim.

Dalam klinis solusio plasenta dibagi ke dalam berat ringannya gambaran klinik sesuai dengan luasnya permukaan plasenta yang terlepas, yaitu solusio plasenta ringan, solusio plasenta sedang, dan solusio plasenta berat. Yang ringan biasanya baru diketahui setelah plasenta lahir dengan adanya hematoma yang tidak luas pada permukaan maternal atau ada ruptur sinus marginalis. Pembagian secara klinik ini baru definitif bila ditinjau retrospektif karena solusio plasenta sifatnya berlangsung progresif yang berarti solusio plasenta yang ringan bisa berkembang menjadi lebih berat dari waktu ke waktu. Keadaan umum penderita bisa menjadi buruk apabila perdarahannya cukup banyak pada kategori *concealed hemorrhage* (Chalik, 2011).

a. Solusio plasenta ringan

Luas plasenta yang terlepas tidak sampai 25%, atau ada yang menyebutkan kurang dari 1/6 bagian. Jumlah darah yang keluar biasanya kurang dari 250 ml. Tumpahan darah yang keluar terlihat seperti pada haid bervariasi dari sedikit sampai seperti menstruasi yang banyak. Gejala-gejala perdarahan sukar dibedakan dari plasenta previa kecuali warna darah yang kebiruan, Komplikasi terhadap ibu dan janin belum ada.

b. Solusio plasenta sedang

Luas plasenta yang terlepas telah melebihi 25%, tetapi belum mencapai separuhnya (50%). Jumlah darah yang keluar lebih banyak dari 250 ml tetapi belum mencapai 1.000 ml. Umumnya pertumpahan darah terjadi ke luar dan dalam bersama-sama. Gejala-

gejala dan tanda-tanda sudah jelas seperti rasa nyeri pada perut yang terus menerus, denyut jantung janin cepat, hipotensi dan takikardi.

c. Solusio plasenta berat

Luas plasenta yang terlepas sudah melebihi 50% dan jumlah darah yang keluar telah mencapai 1.000 ml atau lebih. Pertumpahan darah bisa terjadi ke luar dan ke dalam bersama-sama. Gejala-gejala dan tanda-tanda klinik jelas, keadaan umum penderita buruk disertai syok, dan hampir semua janinnya telah meninggal. Komplikasi koagulopati dan gagal ginjal yang ditandai pada oliguri biasanya telah ada (Chalik, 2011).

C. Insiden

Insidensi solusio plasenta bervariasi antara 0,2 - 2,4% dari seluruh kehamilan. Ada juga literatur yang menyebutkan 1 diantara 50 persalinan. Literatur lain menyebutkan insidennya 1 dalam 77-89 persalinan, dan bentuk solusio plasenta berat 1 dalam 500-750 persalinan (Pernoll, 1999).

Slava dalam penelitiannya melaporkan insidensi solusio plasenta di dunia adalah 1% dari seluruh kehamilan. Di sini terlihat bahwa tidak ada angka pasti untuk insidensi solusio plasenta, karena adanya perbedaan kriteria menegakkan diagnosisnya (Slava, 2006).

Penelitian Cunningham di Parkland Memorial Hospital melaporkan 1 kasus dalam 500 persalinan. Tetapi sejalan dengan penurunan frekuensi ibu dengan paritas tinggi, terjadi pula penurunan kasus solusio plasenta menjadi 1 dalam 750 persalinan. Menurut hasil penelitian yang dilakukan Ducloy di Swedia melaporkan dalam 894. 619 kelahiran didapatkan 0,5 % terjadi solusio plasenta (Ducloy, 2005).

Solusio plasenta ringan jarang didiagnosis, mungkin karena penderita selalu terlambat datang ke rumah sakit atau tanda-tanda dan gejalanya terlampau ringan, sehingga tidak menarik perhatian penderita maupun Dokternya.

Sedangkan penelitian yang dilakukan Suryani di Rumah Sakit Umum Daerah DR. M. Djamil Padang dalam periode 2002-2004 dilaporkan terjadi 19 kasus solusio plasenta dalam 4867 persalinan (0,39%) atau 1 dalam 256 persalinan (Suryani, 2004).

D. Etiologi

Sebab primer solusio plasenta belum jelas, tapi diduga bahwa hal-hal yang tersebut dibawah dapat menyebabkannya :

- Hipertensi essentialis atau preeklampsia
- Tali pusat yang pendek
- Trauma
- Tekanan oleh rahim yang membesar pada vena cava inferior.
- Uterus yang sangat mengecil (hydramnion, gemelli).

Di samping itu ada pengaruh :

- Umur lanjut
- Multiparitas

Solusio plasenta dimulai dengan perdarahan dalam desidua basalis, terjadilah hematoma dalam desidua yang mengangkat lapisan-lapisan diatasnya. Hematoma ini makin lama makin besar, hingga makin lama makin besar bagian plasenta yang terlepas dan tak berfaal. Akhirnya hematoma mencapai pinggir plasenta dan mengalir ke luar selaput janin dan dinding rahim.

E. Patofisiologi

Solusio plasenta diawali oleh perdarahan ke dalam *desidua basalis*. *Desidua* kemudian terpisah, meninggalkan satu lapisan tipis yang melekat ke miometrium. Akibatnya, proses ini pada tahap yang awal memperlihatkan pembentukan *hematom desidua* yang menyebabkan pemisahan, penekanan, dan akhirnya destruksi plasenta yang berada didekatnya (Cunningham, 2001).

Apabila perdarahan sedikit, hematoma yang kecil hanya akan sedikit mendesak jaringan plasenta dan peredaran darah *utero-plasenter* belum terganggu, serta gejala dan tandanya pun belum jelas. Kejadian baru diketahui setelah lahir, yang pada pemeriksaan plasenta didapatkan cekungan pada permukaan maternalnya dengan bekuan darah lama yang berwarna kehitaman. Biasanya perdarahan akan berlangsung terus-menerus/tidak terkontrol karena otot uterus yang meregang oleh kehamilan tidak mampu berkontraksi untuk membantu dalam menghentikan perdarahan yang terjadi. Akibatnya *hematom subchorionik* akan menjadi bertambah besar, kemudian akan mendesak plasenta sehingga sebagian dan akhirnya seluruh plasenta akan terlepas dari implantasinya di dinding uterus. Sebagian darah akan masuk ke bawah selaput ketuban, dapat juga keluar melalui vagina, darah juga dapat menembus masuk ke dalam kantong *amnion*, atau mengadakan ekstrasvasi di antara otot-otot *miometrium*. Apabila ekstrasvasinya berlangsung hebat akan terjadi suatu kondisi ini dapat dilihat secara makroskopis seluruh permukaan uterus terdapat bercak-bercak berwarna biru atau ungu. Uterus pada kondisi seperti ini (*Uterus Couvelaire*) akan terasa sangat tegang, nyeri dan juga akan mengganggu *kontraktibilitas* (kemampuan berkontraksi) uterus yang sangat diperlukan pada saat setelah bayi dilahirkan sebagai akibatnya akan terjadi perdarahan post partum yang hebat (Pritchard, dkk, 2001).

Akibat kerusakan *miometrium* dan bekuan *retroplasenter* adalah pelepasan tromboplastin yang banyak ke dalam peredaran darah ibu, sehingga berakibat pembekuan intravaskuler dimana-mana yang akan menghabiskan sebagian besar persediaan *fibrinogen*. Akibatnya ibu jatuh pada keadaan *hipofibrinogenemia*. Pada keadaan hipofibrinogenemia ini terjadi gangguan pembekuan darah yang tidak hanya di uterus, tetapi juga pada alat-alat tubuh lainnya (Rachimhadhi, 2002).

F. Gambaran Klinik

- Perdarahan yang disertai nyeri, juga di luar his.
- Anemia dan shock : besarnya anemia dan shock sering tidak sesuai dengan banyaknya darah yang keluar.
- Rahim keras seperti papan dan nyeri dipegang karena isi rahim bertambah dengan darah yang berkumpul di belakang plasenta hingga rahim teregang (*uterus en bois*)
- Palpasi sukar karena rahim keras.
- Fundus uteri makin lama makin naik.
- Bunyi jantung biasanya tidak ada.
- Pada toucher teraba ketuban yang tegang terus menerus (karena isi rahim bertambah).
- Sering ada proteinuria karena disertai toxemia (Sastrawinata, 1984)

G. Diagnosis

Dalam banyak hal diagnosis bisa ditegakkan berdasarkan gejala dan tanda klinik yaitu perdarahan melalui vagina, nyeri pada uterus, kontraksi tetanik pada uterus, dan pada solusio plasenta yang berat terdapat kelainan denyut jantung janin pada pemeriksaan dengan *kardiotokografi* (KTG). Namun, adakalanya pasien datang dengan gejala

mirip persalinan prematur, atau pun datang dengan perdarahan tidak banyak dengan perut tegang, tetapi janin telah meninggal diagnosis definitif hanya bisa ditegakkan secara retrospektif yaitu setelah partus dengan melihat adanya hematoma retroplasenta.

Pemeriksaan dengan ultrasonografi berguna untuk membedakannya dengan plasenta previa, tetapi pada solusio plasenta pemeriksaan dengan USG tidak memberikan kepastian berhubung kompleksitas gambaran retroplasenta yang normal mirip dengan gambaran perdarahan retroplasenta pada solusio plasenta. Kompleksitas gambaran normal retroplasenta, kompleksitas vascular rahim sendiri, desidua dan mioma semuanya bisa mirip dengan solusio plasenta dan memberikan hasil pemeriksaan positif palsu. Di samping itu, solusio plasenta sulit dibedakan dengan plasenta itu sendiri. Pemeriksaan ulang pada perdarahan baru sering bisa membantu karena gambaran ultrasonografi dari darah yang telah membeku akan berubah menurut waktu menjadi lebih ekogenik pada 48 jam kemudian menjadi hipogenik dalam waktu 1 sampai 2 minggu.

Penggunaan *color Doppler* bisa membantu diagnosis solusio plasenta di mana tidak terdapat sirkulasi darah yang aktif padanya, sedangkan pada kompleksitas lain, baik kompleksitas retroplasenta yang hiperekoik maupun yang hipoekoik seperti mioma dan kontraksi uterus, terdapat sirkulasi darah yang aktif padanya. Pada kontraksi uterus terdapat sirkulasi aktif di dalamnya, pada mioma sirkulasi aktif terdapat lebih banyak pada bagian periferi daripada di bagian tengahnya.

Pulses-wave Doppler dinyatakan tidak menjadi alat yang berguna untuk menegaskan diagnosis solusio plasenta berhubung hasil pemeriksaan yang tidak konsisten.

Magnetic resonance imaging (MRI) bisa mendeteksi darah melalui deteksi methemoglobin, tetapi dalam situasi darurat seperti pada kasus solusio plasenta tidaklah merupakan perangkat diagnosis yang tepat.

Alfa-feto-protein serum ibu, Maternal serum alpha fetoprotein screening (MSAFP) dan *human chorionic gonadotropin* (hCG) serum ibu ditengarai bisa melewati plasenta dalam keadaan di mana terdapat gangguan fisiologik dan keutuhan anatomik dari plasenta. Peninggian kadar MSAFP tanpa sebab lain yang meninggikan kadarnya terdapat pada solusio plasenta. Adapun sebab-sebab lain yang meninggikan MSAFP adalah kehamilan dengan kelainan-kelainan kromosom, neural tube defect, juga pada perempuan yang berisiko rendah terhadap kematian janin, hipertensi karena kehamilan, plasenta previa, ancaman persalinan prematur, dan hambatan pertumbuhan janin. Pada perempuan yang mengalami persalinan prematur dalam trimester ketiga dengan solusio plasenta dijumpai kematian MSAFP dengan sensitivitas 67% bila tanpa perdarahan dan dengan sensitivitas 100% bila disertai perdarahan. Nilai ramal negatif (negative predictive value) pada keadaan ini bisa mencapai 94% pada tanpa perdarahan 100% pada perdarahan.

Uji coba Kleihauer untuk mendeteksi darah atau hemoglobin janin dalam darah ibu tidak merupakan uji coba yang berguna pada diagnosis solusio plasenta karena perdarahan pada solusio plasenta kebanyakan berasal dari belakang plasenta, bukan berasal dari ruang intervillus di mana janin berdekatan sekali dengan darah ibu (Chalik, 2011).

H. Penanganan

I. Umum

1. Pemberian darah yang cukup
2. Pemberian O₂
3. Pemberian antibiotika

4. Pada shock yang berat diberi kortikosteroid dalam dosis tinggi.

II. Khusus

1. Terhadap hypofibrinogenemia.
 - Substitusi dengan human fibrinogen 10 g atau darah segar.
 - Menghentikan fibrinolyse dengan trasylol (proteinase inhibitor) 200.000 signa (S) intra vena selanjutnya kalau perlu 100.000 S/jam dalam infus.
2. Untuk merangsang diurese: mannit, mannitol. Diurese yang baik lebih dari 30-40 cubic centimeter (cc) /jam.

III. Obstetri

Pimpinan persalinan pada solusio plasenta bertujuan untuk mempercepat persalinan sedapat-dapatnya kelahiran terjadi dalam 6 jam.

Alasan ialah :

- Bagian plasenta yang terlepas meluas
- Perdarahan bertambah
- Hypofibrinogenemia bertambah

Tujuan ini dicapai dengan :

- a) Pemecahan ketuban : pemecahan ketuban pada solusio plasenta tidak bermaksud untuk menghentikan perdarahan dengan segera tetapi untuk mengurangi regangan dinding rahim dan dengan demikian mempercepat persalinan.
- b) Pemberian infus pitocin ialah 5 Sigma dalam 500 cc glucose 5 %.
- c) Seksio sesarea dilakukan :
 - Kalau serviks panjang dan tertutup

- Kalau setelah pemecahan ketuban dan pemberian *oxytocin* dalam 2 jam belum juga ada his.
 - Kalau anak masih hidup.
- d) Hysterektomi dilakukan kalau ada atonia uteri yang berat yang tak dapat diatasi dengan usaha-usaha yang lazim (Sastrawinata, 1984).

2.1.3 Faktor Determinan Perdarahan Antepartum

A. Umur

Umur yang lebih tua dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya perdarahan antepartum.

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia dalam untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Wanita pada umur kurang dari 20 tahun memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami perdarahan antepartum karena alat reproduksi belum sempurna atau matang untuk hamil. Selain itu, kematangan fisik, mental dan fungsi sosial dari calon ibu yang belum cukup menimbulkan keraguan jaminan bagi keselamatan kehamilan yang dialaminya serta perawatan bagi anak yang dilahirkannya. Sedangkan umur di atas 35 tahun merupakan faktor yang dapat meningkatkan kejadian perdarahan antepartum karena proses menjadi tua dari jaringan alat reproduksi dari jalan lahir, cenderung berakibat buruk pada proses kehamilan dan persalinan.

Perdarahan antepartum lebih banyak pada usia di atas 35 tahun. Wanita yang berumur atau lebih mempunyai risiko besar untuk terkena dibandingkan dengan wanita yang lebih muda.

Di RS Sanglah Denpasar Bali (2001-2002) ditentukan bahwa risiko plasenta previa pada wanita dengan umur 35, dua kali lebih besar dibandingkan dengan umur <35 tahun. Peningkatan umur ibu merupakan

faktor risiko plasenta previa, karena sklerosis pembuluh darah arteri kecil dan arteriole miometrium menyebabkan aliran darah ke endometrium tidak merata sehingga plasenta tumbuh lebih besar dengan luas permukaan yang lebih besar, untuk mendapatkan aliran darah yang adekuat.

B. Pendidikan

Ibu yang mempunyai pendidikan relatif tinggi, cenderung memperhatikan kesehatannya dibandingkan ibu yang tingkat pendidikannya rendah. Dengan pendidikan yang tinggi, diharapkan ibu mempunyai pengetahuan dan mempunyai kesadaran mengantisipasi kesulitan dalam kehamilan dan persalinannya. Sehingga timbul dorongan untuk melakukan pengawasan kehamilan secara berkala dan teratur.

C. Paritas

Paritas dikelompokkan menjadi tiga golongan yaitu :

- 1) primipara, yaitu golongan ibu yang pernah melahirkan 1 kali
- 2) multipara, yaitu golongan ibu yang pernah melahirkan 2-4 kali
- 3) grandmultipara, yaitu golongan ibu yang pernah melahirkan lebih dari 5 kali

Frekuensi perdarahan antepartum meningkat dengan bertambahnya paritas. Perdarahan antepartum lebih banyak pada kehamilan dengan paritas tinggi. Wanita dengan paritas persalinan empat atau lebih mempunyai risiko besar untuk terkena dibandingkan dengan paritas yang lebih rendah.

Pada paritas yang tinggi kejadian perdarahan antepartum semakin besar karena endometrium belum sempat sembuh terutama jika jarak antara kehamilan pendek. Selain itu kemunduran daya lentur (elastisitas) jaringan yang sudah berulang kali diregangkan, kehamilan cenderung kelainan letak atau kelainan pertumbuhan plasenta.

Akibatnya terjadi persalinan yang disertai perdarahan yang sangat berbahaya seperti plasenta previa atau solusio plasenta.

D. Riwayat kehamilan dan persalinan terdahulu

Riwayat kehamilan dan persalinan yang dialami oleh seorang ibu juga merupakan risiko tinggi dalam terjadinya perdarahan antepartum. Cedera dalam alat kandungan atau jalan lahir dapat ditimbulkan oleh proses kehamilan terdahulu dan berakibat buruk pada kehamilan yang sedang dialami. Hal ini dapat berupa keguguran, bekas persalinan berulang dengan jarak pendek, bekas operasi (*seksio sesaria*) atau bekas kuretase.

Kejadian solusio plasenta juga meningkat di kalangan mereka yang pernah menderita solusio plasenta (*rekurensi*). Setiap pasien dengan riwayat solusio plasenta harus dipertimbangkan mempunyai risiko pada setiap kehamilan berikutnya.

2.1.4 Penegakkan diagnosis

Pada setiap perdarahan antepartum, pertama sekali harus dicurigai bahwa hal itu bersumber dari kelainan plasenta, dengan penyebab utama yaitu plasenta previa dan solusio plasenta sampai ternyata dugaan itu salah. Diagnosis ditegakkan dengan adanya gejala klinis dan beberapa pemeriksaan

1. Anamnesis

Plasenta Previa

- a. Perdarahan pervaginam tanpa rasa nyeri
- b. Warna darah merah terang atau segar

Solusio plasenta

- a. Perdarahan pervaginam disertai sakit terus menerus
- b. Warna darah merah gelap disertai bekuan darah

2. Inspeksi

- a. Perdarahan yang keluar pervaginam
- b. Pada perdarahan yang banyak ibu tampak anemia.

3. Palpasi abdomen

Plasenta Previa

- a. Tinggi Fundus Uteri (TFU) masih normal
- b. Uterus teraba lunak dan lembut
- c. Bagian janin mudah diraba

Solusio Plasenta

- a. Tinggi fundus uteri naik karena terbentuknya hematoma retroplasenter.
- b. Uterus teraba tegang dan nyeri tekan di tempat plasenta terlepas
- c. Bagian janin sulit diraba karena uterus tegang.

4. Auskultasi denyut jantung janin (DJJ)

Plasenta previa : bila keadaan janin masih baik, denyut jantung janin (DJJ) mudah didengar.

Solusio plasenta : sulit karena uterus tegang

5. Pemeriksaan inspekulo

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah perdarahan berasal dari uterus, dari kelainan servis dan vagina, seperti *erosion porsio uteri*, *karsinoma porsio uteri*, *polip serviks uteri*, *varises vulva* dan trauma. Apabila perdarahan berasal dari uterus, adanya plasenta previa dan solusio plasenta harus dicurigai.

6. Penentuan letak plasenta tidak langsung

Penentuan letak plasenta secara tidak langsung dapat dilakukan dengan radiografi, dan ultrasonografi.

Penentuan letak plasenta secara langsung

Untuk menegakkan diagnosa yang tepat maka dilakukan pemeriksaan dalam yang secara langsung meraba plasenta. Pemeriksaan dalam harus dilakukan di atas meja operasi dan siap untuk segera mengambil tindakan operasi persalinan atau hanya memecahkan ketuban.

2.1.5 Seksio Sesarea

A. Definisi seksio sesarea

Suatu persalinan buatan, di mana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Setjalilakusuma, 2010).

B. Jenis seksio sesarea

1. Teknik seksio sesarea klasik
2. Teknik seksio sesarea transperitonel profunda
3. Teknik seksio histerektomi (Setjalilakusuma, 2010).

C. Komplikasi tindakan seksio sesarea

Komplikasi pada ibu terjadi “Trias komplikasi” pada ibu sebagai akibat dari seksio sesarea yaitu perdarahan, infeksi dan trauma jalan lahir.

1. Perdarahan

Perdarahan merupakan komplikasi yang paling gawat, memerlukan transfusi darah dan merupakan penyebab kematian ibu yang paling utama.

Penyebab perdarahan pada tindakan operasi adalah :

- (i). Atonia uteri

Sumber perdarahan berasal dari implantasi plasenta.

- (ii). Robekan jalan lahir, berupa ruptur uteri, robekan cerviks, fornix (kolporeksis), robekan vagina, robekan perineum dan perforasi kuretase.
- (iii). Perdarahan karena mola hidatidosa/korio karsinoma
Perdarahan yang lebih banyak akan dapat terjadi bila kehamilan ibu disertai dengan adanya korio karsinoma.
- (iv). Gangguan pembekuan darah
Keadaan ibu dengan gangguan pembekuan darah akan berpotensi mengalami syok hipovolemik, perdarahan akan terus berlangsung bila petugas kesehatan tidak mengetahui sebelumnya bahwa gangguan ini sudah ada pada ibu, sehingga tindakan pencegahan tidak dapat dilakukan.
- (v). Retensio plasenta atau plasenta rest.
Gangguan pelepasan plasenta menimbulkan perdarahan dari tempat implantasi plasenta.

2. Infeksi

Setiap tindakan operasi vagina selalu di ikuti oleh kontaminasi bakteri, sehingga menimbulkan infeksi. Infeksi semakin meningkat apabila didahului oleh keadaan umum yang rendah berupa anemia saat hamil, perlukan operasi yang menjadi jalan masuk bakteri, retensio plasenta atau plasenta rest dan pelaksanaan operasi persalinan yang berkurang memenuhi prinsip aseptik dan antiseptik.

3. Trauma tindakan operasi persalinan

Operasi merupakan tindakan paksa pertolongan persalinan sehingga menimbulkan trauma jalan lahir. Trauma operasi persalinan antara lain berupa luka kandung kemih, embolisme paru yang sangat jarang terjadi. Komplikasi lainnya dapat berupa kuatnya parut pada dinding uterus

pada persalinan dengan seksio sesarea sebelumnya sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri dan hal ini banyak didapat pada tindakan seksio sesarea klasik atau seksio sesarea corporal.

C. Faktor Determinan Seksio Sesarea

Faktor determinan seksio sesarea adalah faktor-faktor yang mempengaruhi atau faktor yang memberi risiko atas kejadian tindakan yang dilakukan yaitu tindakan pengakhiran kehamilan dengan cara pembedahan yang mana faktor yang memegang peranan perlunya dilakukan tindakan seksio sesarea adalah :

1. Faktor sosio demografi

(i). Faktor umur ibu

Umur reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun, di bawah dan di atas umur tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan. Seiring dengan pertambahan umur organ-organ reproduksi juga akan mengalami perkembangan. Pada usia muda organ-organ reproduksi seorang wanita belum sempurna secara keseluruhan dan perkembangan kejiwaan belum matang sehingga belum siap menjadi ibu dan menerima kehamilannya dimana hal ini dapat berakibat terjadinya komplikasi obstetrik yang dapat meningkatkan angka kematian ibu dan perinatal.

Kematian maternal pada perempuan hamil dan melahirkan pada umur di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada umur 20-29 tahun selanjutnya kematian maternal akan meningkatkan kembali sesudah umur 35 tahun (Wiknjosastro, 1999).

(ii). Tingkat pendidikan

Ibu dengan pendidikan relatif tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatannya selama kehamilan bila dibandingkan dengan ibu yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor penting dalam usaha menjaga kesehatan ibu, anak dan juga keluarga. Semakin lama seorang ibu mendapat pendidikan formal diharapkan semakin meningkat pengetahuan dan kesadarannya dalam mengantisipasi kesulitan dalam kehamilan dua persalinannya sehingga timbul dorongan untuk melakukan pengawasan kehamilan secara berkala dan teratur terhadap pihak kesehatan (Christina , 1996).

(iii). Pekerjaan

Masyarakat dengan derajat sosio ekonomi akan menunjukkan tingkat kesejahteraan dan kesempatannya dalam menggunakan dan menerima pelayanan kesehatan, pekerjaan ibu maupun suaminya akan mencerminkan keadaan sosio ekonomi keluarga. Berdasarkan janin pekerjaan tersebut dapat dilihat kemampuan mereka terutama dalam menemukan makanan yang bergizi. Khususnya bagi ibu hamil, pemenuhan pangan yang bergizi berpengaruh terhadap perkembangan kehamilannya, kekurangan gizi berdampak kurang baik pada ibu maupun anak, pada ibu dapat terjadi anemia, keguguran, perdarahan saat dan sesudah hamil, infeksi, persalinan lama, sedang pada anak, manifestasi kekurangan gizi adalah dapat menyebabkan terjadinya Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (Christina, 1996)

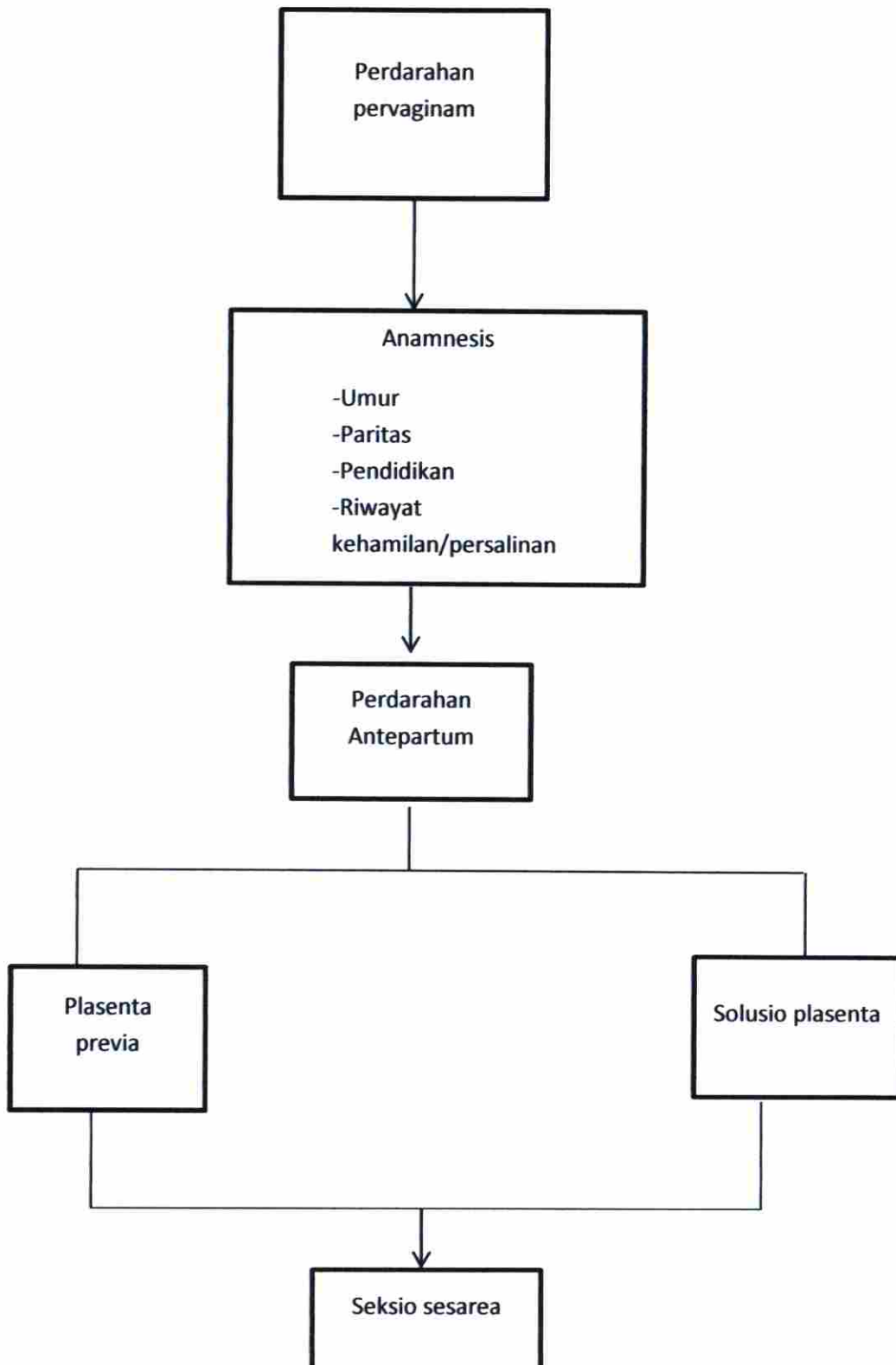
(iv). Riwayat kehamilan

Riwayat kehamilan yang berhubungan dengan risiko adalah pernah mengalami hiperemesis gravidarum, perdarahan, abortus, pre-eklampsia dan eklampsia (Wiknjosastro, 1999)

(v).Riwayat persalinan

Riwayat persalinan yang berisiko tinggi adalah persalinan yang pernah mengalami seksio sesarea sebelumnya, ekstraksi vacum, forceps, melahirkan prematur/BBLR, partus lama, ketuban pecah dini dan melahirkan bayi lahir mati (Wiknjosastro, 1999).

1.2 Kerangka Teori



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif dengan desain *cross sectional*.

3.2. Waktu dan tempat Penelitian

Waktu

Penelitian dilakukan pada bulan Desember 2012 sampai dengan Januari 2013

Tempat

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI

3.3. Populasi dan sampel

3.3.1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang melahirkan dengan seksio sesarea di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI pada periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

3.3.2. Sampel dan besar sampel

Sampel pada penelitian ini adalah seluruh total populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi.

3.3.3. Kriteria restriksi

a. Kriteria inklusi :

Pasien perdarahan antepartum yang melahirkan dengan seksio sesarea yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI yang tercatat lengkap di rekam medik periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

b. Kriteria eksklusi

Pasien dengan data rekam medik yang tidak lengkap periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

3.4. Variabel penelitian

- a) Perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea
- b) Umur ibu
- c) Paritas ibu
- d) Pendidikan ibu
- e) Riwayat kehamilan / persalinan

3.5. Definisi operasional

1. Perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea

a. Definisi

Ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea yang tercantum dalam rekam medik.

b. Metode

Metode yang digunakan data sekunder yang diambil dari data rekam medik di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

c. Alat ukur

Data rekam medik ibu yang bersalin dengan perdarahan antepartum

d. Hasil ukur

1) Skala ukur : ordinal

2) Hasil pengukuran dikategorikan menjadi

a. Ibu dengan perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea dari periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

b. Ibu dengan perdarahan antepartum yang tidak diselesaikan dengan seksio sesarea dari periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

2. Umur ibu

a. Definisi

Umur ibu saat mengalami perdarahan antepartum seperti yang tercantum dalam rekam medik.

b. Metode

Metode yang digunakan data sekunder diambil dari data rekam medik di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

c. Alat ukur

Data rekam medik ibu yang bersalin dengan perdarahan antepartum

d. Hasil ukur

1) skala ukur : ordinal

2) hasil pengukuran dikategorikan menjadi

a. < 20 tahun

b. 20-35 tahun

c. >35 tahun

3. Paritas

a. Definisi

Jumlah kelahiran bayi yang dapat hidup didunia luar seperti yang tertera dalam rekam medik.

b. Metode

Metode yang digunakan data sekunder diambil dari data rekam medik di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

c. Alat ukur

Data rekam medik ibu yang bersalin dengan perdarahan antepartum

d. Hasil ukur

- 1) Skala ukur : ordinal
- 2) Hasil pengukuran dikategorikan menjadi
 - a) Primiparitas (P0)
 - b) Multiparitas (P1-P3)
 - c) Grandemultiparitas (>P4)

4. Pendidikan

a. Definisi

Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditamatkan seperti yang tertera dalam rekam medik.

b. Metode

Metode yang digunakan data sekunder di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

c. Alat ukur

Data rekam medik ibu yang bersalin antepartum

d. Hasil ukur

- 1) Skala ukur : ordinal
- 2) Hasil pengukuran dikategorikan menjadi :
 - a) Pendidikan rendah (SD)
 - b) Pendidikan sedang (SMP, SMA)
 - c) Pendidikan tinggi (S1)

5. Riwayat kehamilan / persalinan

a. Definisi

Riwayat kehamilan dan persalinan penderita antepartum sebelumnya sesuai dengan yang tercatat pada data rekam medik.

b. Metode

Metode yang digunakan data sekunder di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

c. Alat ukur

Data rekam medik riwayat kehamilan/persalinan ibu yang tercatat pada status rekam medik.

d. Hasil ukur

- 1) Skala ukur : ordinal.
- 2) Hasil pengukuran dikategorikan menjadi :
 - a) Partus spontan
 - b) Gravida pertama
 - c) Seksio sesarea
 - d) Abortus

3.6. Cara pengumpulan data

Jenis data yang diambil yaitu data sekunder yang diperoleh di Bagian Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI. Peneliti mengumpulkan data dengan memeriksa dan merangkum semua rekam medik ibu-ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea di bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah sakit Umum Daerah Palembang pada periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

3.7. Pengolahan dan analisis data

Semua data yang telah dikumpulkan akan dicatat, diolah, dan disajikan dalam bentuk tabel sesuai dengan kebutuhan penelitian dengan bantuan program komputer yang sesuai untuk memperoleh distribusi karakteristik kejadian perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI.

3.8. Alur Penelitian



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Gambaran profil RSUD Palembang BARI

Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI merupakan Rumah Sakit milik pemerintah Kota Palembang yang terletak di Jalan Panca Usaha no. 1 Kelurahan 5 ulu darat Kecamatan Seberang Ulu I yang berdiri diatas tanah seluas $\pm 4,5$ H dengan dilalui oleh 2 jalur yang dapat mengakses ke Rumah Sakit diantaranya :

- Dari Jalan Wahid Hasyim Kertapati
- Dari Jalan Pasar Induk Jakabaring

1. Visi dan Misi

a. Visi

Rumah Sakit andalan dan terpercaya di Sumatera Selatan

b. Misi

1. Melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu
2. Melaksanakan manajemen administrasi yang efektif dan efisien

4.1.2. Distribusi Karakteristik Perdarahan Antepartum pada kehamilan yang diselesaikan dengan seksio sesarea di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

Jumlah pasien obstetri selama 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011 adalah sebanyak 56 ibu yang melahirkan dengan perdarahan antepartum sedangkan jumlah ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea sebanyak 52 orang (92%).

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi dan Persentase Kejadian Perdarahan Antepartum Yang Diselesaikan Dengan Seksio Sesarea.

Tahun	APH	APH dengan SC	Persentase (%)
2009	12	9	75
2010	18	17	94
2011	26	26	100
Total	56	52	92

Pada tabel 4.1 dapat dilihat bahwa kejadian perdarahan antepartum dari tahun 2009-2011 adalah 56 kasus, yang terbanyak terjadi ditahun 2011. Dari 56 kasus perdarahan antepartum, sebanyak 52 kasus diselesaikan dengan seksio sesarea (92%), pada tahun 2011 semua kasus perdarahan antepartum diselesaikan dengan seksio sesarea (100%)

Distribusi frekuensi umur ibu yang mengalami perdarahan antepartum pada kehamilan yang diselesaikan dengan seksio sesarea dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Umur Ibu

Umur Ibu	Jumlah	Presentase (%)
< 20	1	1,9
20-35	44	84,6
>35	7	13,4
Total	52	100,0

Pada tabel 4.2 dapat dilihat bahwa distribusi karakteristik ibu yang mengalami perdarahan antepartum pada kehamilan yang diselesaikan dengan seksio sesarea berdasarkan umur ibu yang paling banyak adalah pada umur 20-35 tahun sebanyak 44 orang (84,6%) dan paling sedikit pada umur <20 tahun sebanyak 1 orang (1,9%).

Distribusi frekuensi paritas pada ibu yang mengalami perdarahan antepartum pada kehamilan yang diselesaikan dengan seksio sesarea dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Paritas Ibu

Kehamilan	Jumlah	Persentase (%)
P0	14	26,9
P1-P3	35	67,3
>P4	3	5,8
Total	52	100,0

Pada tabel 4.3 dapat dilihat bahwa ibu yang mengalami perdarahan antepartum pada kehamilan yang diselesaikan dengan seksio sesarea berdasarkan paritas ibu yang paling banyak adalah paritas 1-3 sebanyak 35 orang (67,3%) dan yang paling sedikit pada paritas lebih dari 4 sebanyak 3 orang (5,8%).

Distribusi frekuensi tingkat pendidikan pada ibu yang mengalami perdarahan antepartum pada kehamilan yang diselesaikan dengan seksio sesarea dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Ibu

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase(%)
Pendidikan rendah	18	34,6
Pendidikan sedang	29	55,8
Pendidikan tinggi	5	9,6
^a Total	52	100,0

tabel 4.4 dapat dilihat bahwa ibu yang mengalami perdarahan antepartum pada kehamilan yang diselesaikan dengan seksio sesarea berdasarkan tingkat pendidikan ibu yang paling banyak adalah pendidikan sedang sebanyak 29 orang (55,8%) dan yang paling sedikit pada tingkat pendidikan tinggi sebanyak 5 yaitu (9,6%)

Distribusi frekuensi berdasarkan riwayat kehamilan/persalinan pada ibu yang mengalami perdarahan antepartum pada kehamilan yang diselesaikan dengan seksio sesarea dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Riwayat Kehamilan/
Persalinan

Riwayat kehamilan dan persalinan	Jumlah	Persentase(%)
Partus spontan	29	55,8
Gravida pertama	14	26,9
Seksio sesarea	4	7,7
Abortus	5	9,6
Jumlah	52	100,0

Pada tabel 4.5 dapat dilihat distribusi dari riwayat kehamilan dan persalinan pada ibu yang mengalami perdarahan antepartum pada kehamilan yang diselesaikan dengan seksio sesarea paling banyak adalah dengan riwayat partus spontan sebanyak 29 ibu (55,8%) dan yang paling sedikit dengan riwayat seksio sesarea sebanyak 4 orang (7,7%).

4.1.3. Penyebab Perdarahan Antepartum

Distribusi frekuensi berdasarkan penyebab perdarahan antepartum.

Tabel 4.6 Penyebab Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum	Jumlah	Persentase(%)
Plasenta previa totalis	55	98,2
Solusio plasenta	1	1,8
Jumlah	56	100,0

Pada tabel 4.6 dapat dilihat frekuensi distribusi berdasarkan penyebab perdarahan antepartum yaitu plasenta previa sebanyak 55 orang (98,2%) sedangkan solusio plasenta sebanyak 1 orang (1,8%).

4.2. Pembahasan

Dari hasil penelitian melihat rekam medik yang telah dilakukan di Rumah Sakit Palembang BARI didapatkan data mengenai umur, paritas, pendidikan, dan riwayat kehamilan/persalinan ibu dari kurun waktu periode 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2011.

4.2.1. Distribusi Karakteristik Perdarahan Antepartum Pada Kehamilan Yang Diselesaikan Dengan Seksio Sesarea

Angka kejadian distribusi karakteristik perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea didapatkan sebanyak 52 orang sebesar (92%). Dengan rentang umur paritas pada kelompok umur 20-35 tahun. Teori yang mendukung tingginya kejadian perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea, (Decherney, dkk, 2007) bahwa persalinan seksio sesarea merupakan metode persalinan yang menjadi pilihan pada penderita plasenta previa. Seksio sesarea merupakan salah satu faktor penting untuk menurunkan angka kematian ibu maupun janin (Decherney, dkk, 2007). Hal ini sesuai dengan teori obstetrik patologi sebab-sebab utama perdarahan antepartum ialah plasenta previa dan solusio plasenta. Seksio sesarea dilakukan pada plasenta previa totalis dan pada plasenta previa lainnya kalau perdarahan hebat. Seksio sesarea pada plasenta previa, terutama dilakukan untuk kepentingan ibu, walaupun anak sudah mati. Sedangkan pada solusio plasenta seksio sesarea dilakukan apabila serviks panjang dan tertutup, setelah pemecahan ketuban dan pemberian *oxytocin* dalam 2 jam belum juga ada his, dan kalau anak masih hidup (Obstetric patologi, 1984).

4.2.2. Umur Ibu

Dari hasil penelitian berdasarkan umur ibu terbanyak yang mengalami perdarahan antepartum dari tahun 2009 sampai dengan 2011 didapatkan umur 20-35 tahun yaitu sebanyak 44 orang (84,6%), menurut Wiknjosastro umur yang lebih tua dapat meningkatkan kemungkinan

terjadinya perdarahan antepartum. Dalam kurun *reproduksi* sehat dikenal bahwa usia untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20 sampai dengan 30 tahun. Wanita pada umur kurang dari 20 tahun memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami perdarahan antepartum karena alat reproduksi belum sempurna atau matang untuk hamil. Wanita yang berumur 35 keatas lebih berisiko mengalami perdarahan antepartum (Wiknjastro, 2006). Peningkatan usia ibu merupakan faktor risiko terjadinya plasenta previa, karena peningkatan usia menyebabkan *sclerosis* pembuluh darah arteri kecil dan *arteriole* miometrium sehingga menyebabkan aliran darah ke endometrium tidak merata dan plasenta tumbuh lebih lebar dengan luas permukaan yang lebih besar untuk mendapatkan aliran darah yang adekuat. (Wardana dan Karkata, 2007).

4.2.3. Paritas Ibu

Dari hasil penelitian berdasarkan paritas ibu terbanyak yang mengalami perdarahan antepartum didapatkan pada paritas 1-3 sebanyak 35 orang (67,3%). Manuaba menyebutkan bahwa pada paritas yang tinggi kejadian perdarahan antepartum semakin besar karena endometrium belum sempat sembuh terutama jika jarak antara kehamilan pendek. Selain itu kemunduran daya lentur (*elastisitas*) jaringan yang sudah berulang kali diregangkan, kehamilan cenderung disertai dengan kelainan letak atau kelainan pertumbuhan plasenta. Akibatnya terjadi persalinan yang disertai perdarahan yang sangat berbahaya seperti plasenta previa atau solusio plasenta. (Manuaba, 2008). Angka kejadian plasenta previa meningkat pada multiparitas (paritas 5 atau lebih) dibandingkan dengan paritas yang lebih rendah (Cunningham, dkk, 2006).

4.2.4. Pendidikan Ibu

Dari hasil penelitian berdasarkan pendidikan ibu terbanyak yang mengalami perdarahan antepartum adalah ibu dengan tingkat pendidikan sedang sebanyak 29 orang (55,8%). Dalam penelitian ini pendidikan rendah cenderung mempengaruhi terjadinya perdarahan antepartum karena kurangnya pengetahuan untuk mencari pelayanan antenatal dan persalinan. Pendidikan seseorang dapat mendukung atau mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dan taraf pendidikan yang rendah selalu berhubungan dengan informasi dan pengetahuan yang terbatas, semakin tinggi pendidikan seseorang semakin tinggi pula pemahaman seseorang terhadap informasi yang didapat dan pengetahuannya pun semakin tinggi (Franco, dkk, 2001).

Christina (1996) menyebutkan bahwa ibu yang mempunyai pendidikan relatif tinggi, cenderung memperhatikan kesehatannya dibandingkan ibu yang tingkat pendidikannya rendah. Dengan pendidikan yang tinggi, diharapkan ibu mempunyai pengetahuan dan mempunyai kesadaran mengantisipasi kesulitan dalam kehamilan dan persalinannya sehingga timbul dorongan untuk melakukan pengawasan kehamilan secara berkala dan teratur. Selain itu, mereka juga tidak akan mencari pertolongan dukun bila hamil atau bersalin dan juga dapat memilih makanan yang bergizi.

4.2.5. Riwayat Kehamilan Dan Persalinan Terdahulu

Dari penelitian didapatkan bahwa riwayat kehamilan dengan persalinan terbanyak adalah riwayat partus spontan sebanyak 29 ibu (55,8%). Mochtar (1998) menyatakan riwayat kehamilan dan persalinan yang dialami oleh seorang ibu juga merupakan faktor risiko untuk terjadinya perdarahan antepartum. Cidera dalam alat kandungan atau jalan lahir dapat ditimbulkan oleh proses kehamilan terdahulu dan berakibat buruk pada kehamilan yang sedang dialami. Cidera ini dapat

berupa keguguran, perdarahan antepartum (plasenta previa dan solusio plasenta), bekas persalinan berulang dengan jarak pendek, seksio sesaria atau bekas kuretase. Semakin besar ibu yang mempunyai riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk maka akan berisiko mengalami perdarahan antepartum

4.2.6. Penyebab Perdarahan Antepartum

Distribusi frekuensi berdasarkan penyebab perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea yaitu plasenta previa sebanyak 55 orang (98,2%) sedangkan solusio plasenta sebanyak 1 orang (1,8%). Menurut Tambunan, 2008 penyebab kasus perdarahan antepartum terbanyak di RSUD dr. Pirngadi tahun 2007 yaitu plasenta previa. Menurut Gultom, 2009 kasus perdarahan antepartum tertinggi di RS St. Elisabeth Medan tahun 2004-2008 yaitu kasus plasenta previa. Hal ini sesuai dengan teori kejadian plasenta previa lebih sering terjadi dibandingkan solusio plasenta karena plasenta previa menjadi penyebab dari 25% kasus perdarahan antepartum (Obstetri patologi, 1984)

4. 3. Keterbatasan Penelitian

1. Adanya keterbatasan variabel penelitian.
2. Waktu yang terbatas dalam melakukan penelitian juga mempengaruhi jumlah sampel yang didapatkan peneliti.
3. Terbatasnya subjek penelitian dikarenakan sistem pencatatan rekam medik yang kurang lengkap.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

1. Angka kejadian ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea RSUD Palembang BARI yaitu sebanyak 52 orang (92%).
2. Penyebab dari perdarahan antepartum yaitu plasenta previa 55 orang (98,2%) dan solusio plasenta 1 orang (1,8%).
3. Distribusi karakteristik ibu yang mengalami perdarahan antepartum yang diselesaikan dengan seksio sesarea di RSUD Palembang BARI yang terbanyak berdasarkan umur 20-35 tahun sebanyak 44 orang (84,6%), paritas 1-3 sebanyak 35 orang (67,3%), tingkat pendidikan sedang sebanyak 29 orang (55,8%), dan dari riwayat kehamilan dan persalinan yang terbanyak yaitu partus spontan sebanyak 29 orang (55,8%).

5.2. Saran

1. Dapat dilakukan penelitian lanjutan mengenai faktor apa saja yang menyebabkan perdarahan antepartum.
2. Dapat dilakukan penelitian lanjutan mengenai angka kematian ibu di daerah-daerah yang diakibatkan oleh perdarahan antepartum.
3. Memberikan edukasi mengenai perdarahan antepartum kepada ibu yang hamil untuk mencegah terjadinya perdarahan antepartum.

DAFTAR PUSTAKA

- Albertus, J. 1993. Pendekatan Kehamilan Risiko Tinggi. Majalah Medika No. 8. Jakarta. Indonesia.
- Abdul, BS. 2002. Kematian maternal. Dalam : Ilmu Kebidanan, edisi III. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. Indonesia. 22 – 4.
- Cunningham, FG. et all, 2005. Obstetri Williams. Edisi ke- 21. Jakarta : EGC. pp: 685 – 688, 592 – 604
- Chalik, T. M.A, 2011. Perdarahan Pada Kehamilan Lanjut Dan Persalinan. Dalam : Abdul B. S, Trijatmo, R, Wiknijosastro. Ilmu Kebidanan. Edisi Keempat Cetakan Keempat. Bina Pustaka Sarwono Prawirohadjo. Jakarta. Indonesia. 495-509
- Christina I, 1996. Perawatan Kebidanan (Sejarah kebidanan dan perawatan Kebidanan Sebelum melahirkan) Jilid I, Penerbit Bratara. Jakarta. Indonesia.
- Ducloy, AS, de Flandre FJ, O’Lambret A. Obstetric Anaesthesia- Placental Abruption 2005, 417_01 : http://www.nda.ox.ac.uk/wfsa/html/ul4/u1417_01.htm diakses tanggal 3 oktober 2012
- Dinas Kesehatan SUMSEL, 2010. Profil Kesehatan Sumatera Selatan 2010. Dinas Kesehatan Sumatera Selatan <http://www.depkes.go.id>. Diakses tanggal 15 November 2012
- Jacob, T. 2006. Status Gizi Ibu Hamil, Jakarta : melalui (<Http://www.Depkes.go.id>) diakses tanggal 27 September 2012
- Junaidi, Purnawan, Dkk, 1982. Kapita Selektta Kedokteran. Medis Aesculapius. Edisi 2. Jakarta. Indonesia.
- Listya Setjalilakusuma, 2010. Ilmu Bedah Kebidanan. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia.
- Manuaba, IBG, 2008. Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan. Penerbit EGC, Jakarta, Indonesia.
- Mochtar, R. 1998. Sinopsis Obstetri. Jilid I & II. Edisi 2. Jakarta: EGC. pp: 117- 121, 269- 279.

- Mentri Kesehatan RI, 2010. Riset Kesehatan Dasar 2010. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. <http://www.litbang.depkes.go.id/.../TabelRisksedas2010.pdf> diakses tanggal 12 November 2012.
- Pernoll, ML. 1999. Third Trimester Hemorrhage. Dalam : Current Obstetric & Gynecologic, 10th ed. USA : Appleton & Lange, 400 – 44.
- Prawirohardjo, 2007. Ilmu Kandungan. Edisi 2. Yayasan Bina Pustaka Sarwono. Jakarta, Indonesia.
- Pitchard JA, MacDonald PC, Gant NF. Williams Obstetrics. 2001. 20th ed. R Hariadi, R Prajitno Prabowo, Soedarto, Penerjemah. Obstetri Williams. Edisi 20 Airlangga University Press. Surabaya. Indonesia. 456
- Purnawan, dkk, 1982. Kapita Selekta, Edisi II. Media Aesculapius. Jakarta. Indonesia
- Rachimhadhi, T. 2002. Perdarahan Antepartum. Dalam: Ilmu Kebidanan, Edisi III. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo, Jakarta, Indonesia.
- Rukmini, LK, 2008. Gambaran Penyebab Kematian Maternal Di Rumah Sakit : Studi Di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang, 2005.
- Royston, E, dkk, 1994. Pencegahan Kematian Ibu Hamil. Penerbit Bina Rupa Aksara, Jakarta, Indonesia.
- Sastrawinata, S, 1983. Obstetri Fisiologi Bagian Obstetri dan Ginekologi FK UNPAD, Bandung, Indonesia.
- Suryani E. 2004. Solusio Plasenta di RSUP. Dr. M. Djamil Padang Selama 2 Tahun (1 Januari 2002 – 31 Desember 2004). Skripsi. Padang: Fakultas Kedokteran Universitas Andalas (Tidak Di Publikasikan)1-40
- Sulaeman, Satrawinata, 1984. Obstetri Patologi. 1984. Elstar Offset, Bandung, Indonesia. 120-127.
- Slava, VG, Abrutio Placentae. 2006. Topic12 <http://www.emedicine.com/emerg/topic12.htm>, diakses 19 Oktober 2012.
- Winkjosastro, H, 1999. Ilmu Kebidanan Edisi Ketiga Cetakan V. Penerbit Yayasan Bina Pustaka, Jakarta, Indonesia.
- Wardana, A, dan Kartaka, K, 2008. Faktor Risiko Plasenta Previa. <http://www.kalbe.co.id>. Cermin Dunia Kedokteran Vol.34 No.5 / 158 Sep – Okt 2007. Diakses Pada Tanggal 28 September.

DATA SEKUNDER

Perdarahan Antepartum 2009

No	Nama	Umur	Paritas	Pendidikan	Riwayat kehamilan/persalinan
1	N	28	G2P1A0	SMA	SPT 1x
2	AN	30	G4P3A0	SMP	SPT 3x
3	WD	38	G4P3A0	SD	SPT 3x
4	FT	36	G3P2A0	S1	SPT 2x
5	SM	34	G5P4A0	SD	SPT 4x
6	SK	29	G2P1A0	SMP	SPT 1x
7	YO	32	G2P1A0	SMA	SPT 1x
8	RJ	34	G4P3A0	SMP	SPT 3x
9	H	25	G1P0A0	SMA	Tidak ada
10	SA	29	G2P1A0	SMP	SC (5tahun)
11	NT	24	G4P3A0	SMA	SPT 3x
12	NG	35	G2P1A0	SD	SPT 1x

Perdarahan Antepartum 2010

No	Nama	Umur	Paritas	Pendidikan	Riwayat kehamilan/persalinan
1	RF	22	G1P0A0	SMA	Tidak ada
2	ES	26	G1P0A0	SMA	Tidak ada
3	DM	26	G2P1A0	SD	SPT 1x
4	HW	32	G3P2A0	SMA	SPT 2x
5	SD	28	G3P2A0	SD	SC 1x, SPT 1x
6	Z	35	G3P2A1	SMP	SPT 2x, Abortus 1x
7	MD	32	G6P5A0	SD	SPT 5x
8	HR	28	G1P0A0	SMA	Tidak ada
9	MM	29	G3P2A0	SMA	SPT 2x
10	R	27	G1P0A0	S1	Tidak ada
11	MY	40	G3P2A0	SMA	SPT 2x
12	NA	24	G4P2A1	SD	SC, Abortus 1x
13	SN	32	G1P0A0	SMA	Tidak ada
14	S	19	G1P0A0	SD	Tidak ada
15	ES	24	G2P1A0	SMP	SPT 1x
16	SP	32	G5P4A0	SD	SPT 4x
17	KM	35	G3P2A0	SMA	SPT 2x
18	NR	38	G4P3A0	D1	SPT 3x

Perdarahan Antepartum 2011

No	Nama	Umur	Paritas	Pendidikan	Riwayat kehamilan/persalinan
1	SM	26	G1P0A0	SMA	Tidak ada
2	FY	28	G1P0A0	SMA	Tidak ada
3	H	30	G1P0A0	SMP	Tidak ada
4	L	35	G1P0A0	SMA	Tidak ada
5	NS	29	G1P0A0	SMP	Tidak ada
6	NJ	21	G1P0A0	SD	Tidak ada
7	JL	26	G2P1A0	SD	SPT 1x
8	NA	36	G1P0A0	SMA	Tidak ada'SPT 1x
9	NI	32	G2P1A0	SD	SPT 1x
10	EN	29	G2P1A0	SMP	SPT 1z
11	ET	33	G2P1A0	SD	SC 1x
12	DA	31	G2P1A0	SMA	SPT 1x
13	CI	36	G2P1A0	SMA	SPT 1x
14	NH	30	G2P1A0	SMP	SC 1x
15	TA	32	G3P1A1	SMP	SPT 1x, Abortus 1x
16	YE	32	G3P2A0	SMA	SC 2x
17	Z	35	G3P2A0	SD	SPT 2x
18	P	32	G3P2A0	SD	SPT 2x
19	LL	33	G3P2A0	D3	SPT 2x
20	FI	34	G3P2A0	SMK	SPT 4x, Abortus 1x
21	LM	33	G6P4A1	SD	SPT 3x
22	J	36	G4P3A0	SMA	SPT 4x
23	M	46	G5P4A0	SD	SPT 4x
24	LM	30	G5P4A0	SD	SPT 1x, Abortus 4x
25	E	30	G6P1A4	SD	SPT 2x, Abortus 2x
26	DP	34	G5P2A2	D1	

*SPT : Partus Spontan.

4 orang tidak di seksio sesarea

-2009 : N,WD,SA

-2010 : Z



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Jasika Lukita Perbiari
 NIM : 702009009

PEMBIMBING I : Prof. dr. H. Syakroni Daud Rusydi SpOC
 PEMBIMBING II : dr. Tanzila

JUDUL SKRIPSI : Distribusi Karakteristik Perdarahan Antepartum Yang diselesaikan Dengan Selsio sesarea TIKASUD Palembang BARI Periode tahun 2009-2011

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
	6-Feb-2013	Bab IV & V			
	7-Feb-2013	Revisi Bab IV & V			
	7-Feb-2013	ACC			
	28 July-2015	Bimbingan proposal skripsi			
	1-8-2015	Hasil skripsi			
	3-8-2015	ACC. mapu. skripsi			

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
 Pada tanggal : / /
 a.n. Dekan
 Ketua UPK,



BIODATA

Nama : Jasika Lukita Pertiwi
Tempat, Tanggal Lahir : Palembang, 3 Januari 1992
Alamat : Jl. Inspektur Marzuki Gang Sei Lingsing no.30 RT.
001 RW. 006 Kelurahan Siring Agung Kec. Ilir Barat
I. Pakjo. Palembang.
Telp/HP : 087897505152 / 0711411276
Email : Jasika_lukita@yahoo.com
Agama : Islam
Nama Orang Tua
Ayah : Sudirman SH, M. Hum
Ibu : dr. Tien Suparmi
Jumlah Saudara : 2 (dua) orang
Anak ke : 1 (satu)
Riwayat Pendidikan : 1. Sekolah Dasar Negeri 3 Sekayu, Lulus Tahun 2003
3. Sekolah Menengah Pertama Negeri 1 Sekayu,
Lulus Tahun 2006
4. Sekolah Menengah Atas Negeri 3 Palembang,
Program Studi : Ilmu Alam, Lulus Tahun 2009



Palembang, 10 September 2015



(Jasika Lukita Pertiwi)