

**BAB II**  
**Tinjauan Pustaka**  
**Landasan Teori**

**A. Perdarahan Antepartum**

**1. Definisi**

Perdarahan antepartum didefinisikan sebagai perdarahan signifikan dari jalan lahir yang terjadi setelah minggu ke 20 (Llewelly & Jones, 2001). Perdarahan antepartum biasanya dibatasi pada perdarahan jalan lahir setelah kehamilan 22 minggu, walaupun patologi yang sama dapat pula dapat terjadi pada kehamilan 22 minggu. Perdarahan setelah kehamilan 22 minggu biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada sebelum kehamilan 22 minggu. Perdarahan antepartum yang berbahaya umumnya bersumber pada kelainan plasenta. Sedangkan perdarahan yang tidak bersumber dari perdarahan plasenta, contohnya kelainan serviks, biasanya tidak terlalu berbahaya. Pada setiap perdarahan antepartum, pertama-tama harus selalu dipikirkan bahwa hal itu bersumber pada kelainan plasenta (Prawirohardjo, 2005). Beberapa literatur ada yang menyebutkan pengertian perdarahan antepartum terjadi setelah minggu ke 20, namun ada pula yang menyebutkan terjadi setelah 22 minggu.

Perdarahan pada bagian akhir kehamilan merupakan ancaman serius terhadap kesehatan dan jiwa baik ibu maupun anak. Placenta previa dan abruptio plasenta menjadi bagian terbesar kasus-kasus ini (Oxorn & Forte, 2010). Perdarahan pervaginam ringan merupakan hal yang lazim selama persalinan aktif. "*Bloody show*" ini terjadi akibat pendataran dan pembukaan serviks disertai

robeknya pembuluh-pembuluh vena halus. Perdarahan uterus dari tempat di atas serviks sebelum melahirkan merupakan hal yang mengkhawatirkan. Perdarahan dapat disebabkan oleh robeknya sebagian plasenta yang melekat di dekat kanalis servisis-plasenta previa. Perdarahan juga dapat berasal dari robeknya plasenta yang terletak di tempat lain di rongga uterus-solusio plasenta. Walaupun jarang, perdarahan juga dapat terjadi akibat insersi velamentosa tali pusat disertai ruptur dan perdarahan dari pembuluh darah pada saat pecahnya selaput ketuban-vasa previa.

Perdarahan antepartum yang berbahaya umumnya bersumber pada kelainan plasenta. Hal ini disebabkan karena perdarahan yang bersumber dari plasenta akan menyebabkan perdarahan yang cukup banyak, sehingga dapat mengganggu sirkulasi O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> serta nutrisi dari ibu kepada janin.

Sumber perdarahan uterus yang berasal dari daerah di atas serviks tidak selalu teridentifikasi. Pada keadaan ini, perdarahan biasanya dimulai dengan sedikit atau tanpa gejala, kemudian berhenti, dan saat kelahiran tidak ditemukan adanya kausa anatomis. Perdarahan tersebut hampir selalu disebabkan oleh robekan marginal plasenta yang sedikit dan tidak meluas. Kehamilan dengan perdarahan seperti ini tetap beresiko walaupun perdarahan segera berhenti dan memungkinkan plasenta previa tampaknya telah dapat disingkirkan dengan USG.

Lipitz dkk., (1991) meneliti 65 wanita secara berurutan yaitu hampir 1 persen dari pasien mereka yang mengalami perdarahan uterus pada kehamilan antara 14 dan 26 minggu. Hampir seperempatnya mengalami solusio plasenta atau plasenta previa. Kematian janin total termasuk abortus dan kematian perinatal

adalah 32 persen. Bahkan pada kehamilan dengan perdarahan setelah minggu ke 26 yang tidak disebabkan oleh solusio plasenta atau plasenta previa. Ajayi dkk., 1992 melaporkan prognosis yang buruk pada sepertiga kasus. Karena itu, harus dipertimbangkan untuk melakukan persalinan bagi setiap wanita dengan janin aterm yang mengalami perdarahan tanpa diketahui penyebabnya (Gary dkk., 2001).

## **2. Klasifikasi**

Perdarahan antepartum diklasifikasikan berdasarkan penyebab dan proporsi kasus perdarahan , sebagai berikut:

### **a) Plasenta Previa**

#### **1) Definisi**

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim meliputi bagian serviks yang terlibat pendataran dan pembukaan; dengan demikian bisa menutupi seluruh atau sebagian dari ostiumuteri internum, dan oleh karenanya bagian terdepan janin seringkali terkendala memasuki pintu atas panggul (Chalik, 1998). Terdapat 4 derajat kelainan ini yakni: Plasenta previa totalis, plasenta previa parisialis, plasenta previa marginalis, plasenta letak rendah (Gary dkk., 2001).

Hal yang paling khas pada plasenta previa adalah perdarahan yang tidak menimbulkan nyeri. Biasanya belum muncul sampai menjelang akhir trimester kedua atau setelahnya. Namun, beberapa jenis abortus dapat terjadi akibat lokasi abnormal plasenta previa yang sedang berkembang tersebut. Perdarahan dari plasenta previa sering muncul tanpa peringatan.

Sebagian kasus yang terjadi terutama pada mereka yang plasentanya tertanam dekat tetapi tidak menutupi os serviks, perdarahan mungkin belum terjadi sampai persalinan dimulai. Perdarahan ini dapat bervariasi dari ringan sampai berat dan secara klinis dapat menyerupai solusio plasenta. Penyebab perdarahan perlu ditekankan kembali. Apabila plasenta terletak di atas os interna, pembentukan segmen bawah uterus dan pembukaan os interna akan menyebabkan robeknya plasenta pada tempat melekatnya. Perdarahan dipeparah oleh ketidakmampuan serat miometrium di segmen bawah uterus berkontraksi untuk menjepit pembuluh-pembuluh yang sobek.

Perdarahan darah tempat implantasi plasenta di segmen bawah uterus dapat berlanjut setelah plasenta dilahirkan karena segmen bawah uterus lebih rentan mengalami gangguan kontraksi daripada korpus uterus. Perdarahan juga dapat terjadi akibat laserasi serviks dan segmen bawah uterus yang rapuh, terutama setelah pengeluaran plasenta yang agak melekat secara manual (Gary dkk., 2001).

## 2) Faktor Resiko

Usia ibu yang lanjut diperkirakan menyebabkan bergesernya usia obstetri ke arah yang lebih tua (Gary dkk., 2001).

## 3) Penatalaksanaan

Seksio sesaria diperlukan pada hampir semua kasus plasenta previa. Pada sebagian besar kasus dilakukan insisi uterus transversal. Karena perdarahan janin dapat terjadi akibat insisi ke dalam plasenta anterior, kadang-kadang dianjurkan insisi vertikal pada keadaan ini (Gary dkk., 2001).

Penanganan plasenta previa harus mempertimbangkan bahaya perdarahan dan resiko prematuritas. Penanganan plasenta previa dapat dibagi dua yaitu penanganan pasif dan penanganan aktif. Penanganan pasif bertujuan memberikan kesempatan kepada janin untuk matur, sekurang-kurangnya dapat mencapai aterm. Sedangkan penanganan aktif bertujuan menghentikan perdarahan dengan segera untuk membebaskan ibu dan janin dari ancaman keselamatan jiwa (Chalik, 1998).

## **b) Solusio Plasenta**

### **1) Definisi**

Solusio plasenta adalah pelepasan sebagian atau seluruh plasenta dari tempatnya berimplantasi sebelum anak lahir. Solusio plasenta bisa terjadi pada kehamilan di bawah 20 minggu yang secara klinik menyerupai abortus imminens. Demikian juga solusio plasenta dapat juga terjadi pada plasenta previa parsialis/ Dalam hal ini gejala perdarahan akibat solusio plasenta menjadi tidak jelas bedanya dengan perdarahan plasenta previa, namun setelah plasenta lahir jelas terdapat hematoma retroplasenta di pinggirnya. Oleh karena itu adalah keliru bila solusio plasenta didefinisikan sebagai pelepasan plasenta dari tempat implantasinya yang normal dalam trimester ketiga (Chalik, 1998).

Penyebab utama solusio plasenta tidak diketahui pasti, tetapi terdapat beberapa keadaan terkait. Keadaan yang paling sering dikaitkan adalah beberapa tipe hipertensi. Hal ini mencakup preklampsia, hipertensi gestasional atau hipertensi kronis. Hipertensi mungkin belum disadari hingga volume intravaskular yang berkurang akibat perdarahan diganti dengan adekuat. Insidensi solusio

plasenta meningkat sekitar tiga kali lipat pada wanita hipertensi kronis dan empat kali lipat pada preeklamsia berat. (Oxorn & Forte, 2010)

Gejala yang penting adalah rasa nyeri pada perut dengan atau tanpa disertai keluarnya darah berwarna kehitaman dari vagina. Oleh karena peristiwa pelepasan plasenta dan pembekuan darah pada mulanya meliputi luas daerah yang kecil dari plasenta, sehingga gejalanya belum jelas. Semakin luas plasenta terlepas semakin banyak perdarahan dan semakin besar hematoma yang terbentuk sehingga semakin jelas semua tanda dan gejala yang ditimbulkannya. Oleh sebab itu dapat dimengerti jika dijumpai perbedaan intensitas gejala nyeri dan perdarahan di antara kasus.

Gambaran klinis pada solusio plasenta ringan, tidak ada gejala kecuali hematoma yang berukuran beberapa sentimeter pada permukaan maternal plasenta. Nyeri perut ringan dan darah yang keluar masih sedikit, sehingga belum keluar dari vagina. Keadaan umum ibu maupun janin masih baik.

Gambaran klinis pada solusio plasenta sedang, rasa nyeri dan tegang perut jelas sehingga palpasi bagian-bagian anak sukar. Rasa nyeri akut kemudian menetap dan sifatnya hilang timbul. Perdarahan pervagina jelas berwarna kehitaman, penderita pucat dan mulai ada syok. Keadaan janin biasanya sudah gawat.

Gambaran klinis pada solusio plasenta berat, nyeri perut yang hebat dan tegang serta keras disertai perdarahan yang berwarna hitam. Oleh karena itu palpasi bagian-bagian anak tidak mungkin dilakukan. Fundus uteri tampak lebih

tinggi karena penumpukan darah di dalam rahim pada kategori perdarahan ke dalam (Gary dkk., 2001)

## 2) Faktor resiko

Peningkatan usia dan paritas, preeklamsia, hipertensi kronis, ketuban pecah dini, merokok, trombofilia, penggunaan kokain, adanya riwayat solusio, dan trauma misalnya kecelakaan lalu lintas. (Oxorn & Forte, 2010)

## 3) Penatalaksanaan

Pada solusio plasenta ringan, penderita dirawat inap dengan sikap istirahat baring di tempat tidur selama masih ada perdarahan sampai tiga hari setelah perdarahan berhenti. Jika perlu boleh diberikan sedativa atau obat penenang untuk menghilangkan kecemasan dengan mempertimbangkan efek samping terhadap janin. Apabila terdapat anemia, pasien diberikan transfusi darah.

Pada solusio plasenta sedang, berikan tranfusi darah secukupnya di rumah sakit. Jika terdapat tanda gawat janin atau gawat ibu segera lakukan terminasi kehamilan dengan melakukan amniotomi dipercepat dengan pemberian tetapan larutan oksitosin dalam larutan garam fisiologis atau Ringer Laktat. Jika perlu segera lakukan bedah sesar kecuali janin telah mati cukup dengan cara tersebut di atas.

Pada solusio plasenta berat, biasanya janin telah mati oleh karena itu perhatian terutama diberikan pada keselamatan ibu. Segera berikan oksigen dan transfusi darah oleh karena penderita paling tidak telah kehilangan darah sebesar 1000 ml. Penyelesaian persalinan harus segera dipercepat dengan melakukan amniotomi diiringi pemberian infus larutan oksitosin (Chalik, 1998).

**c) Perdarahan antepartum yang tidak diketahui sumbernya**

Pada kasus ini tidak pernah didapatkan penyebab atau hal-hal yang mengakibatkan perdarahan. Mungkin perdarahan terjadi karena sedikit terpisahnya plasenta dari dinding rahim. Perdarahan biasanya sedikit dan tidak mempengaruhi ibu, janin, maupun kehamilan. Kadang-kadang terlihat pengeluaran lendir darah (*bloody show*) dalam jumlah banyak yang merupakan tanda akan berlangsungnya persalinan (Oxorn dkk., 2010).

**B. Berat Bayi Lahir Rendah**

**1. Definisi**

Bayi berat lahir rendah adalah bayi yang ketika dilahirkan memiliki berat badan kurang dari 2500gr. Bayi-bayi dengan berat lahir yang rendah mempunyai resiko kematian yang lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang dilahirkan dengan berat badan normal (Sediaoetama, 2004).

Bayi berat lahir rendah disebabkan oleh pertumbuhan janin dalam kandungan yang belum mencapai berat optimal, baik pada usia kehamilan yang kurang masa getasinya maupun pada kehamilan yang cukup masa getasinya. Banyak faktor yang mempengaruhi durasi kehamilan dan pertumbuhan janin, antara lain : (Wardlaw, dkk., 2004)

- a) Umur ibu saat hamil, kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
- b) Status gizi dan pola makan ibu saat hamil
- c) Komplikasi yang menyertai ibu
- d) Kondisi sosial, ekonomi dan psikis ibu



- e) Gaya hidup ibu sewaktu hamil, misalnya: merokok, mengonsumsi alkohol atau penyalahgunaan obat.

Secara umum bayi BBLR dihubungkan dengan usia kehamilan yang belum cukup bulan (prematuur) disamping itu juga disebabkan dismaturitas, yaitu bayi lahir cukup bulan (usia kehamilan 38 minggu), tapi berat badan lahirnya lebih kecil dibandingkan dengan masa kehamilannya, yaitu tidak mencapai 2.500 gram. Klasifikasi bayi berdasarkan masa gestasi, dihitung dari hari pertama haid terakhir sampai saat kelahiran, yaitu : (Manuaba, dkk., 2007)

- a) Bayi kurang bulan (preterm), adalah bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari)
- b) Bayi cukup bulan (aterm), adalah bayi dengan masa kehamilan mulai 37 minggu sampai dengan 42 minggu (259-293 hari)
- c) Bayi lebih bulan (post-term), adalah bayi dengan masa kehamilan lebih dari 42 minggu (294 hari atau lebih)

## 2. Gambaran Klinis

Karakteristik BBLR menurut Jumiarni dkk. (1995) adalah bayi yang berat badan lahirnya kurang dari 2500 gram dengan panjang badan kurang dari 45cm. Bayi berat lahir rendah memiliki kulit yang tipis transparan. Bulu-bulu halus banyak terdapat pada dahi, pelipis, telinga dan lengan. Pergerakan BBLR masih lemah serta memiliki suara tangis yang tidak sekuat bayi berat lahir normal.

Menurut Widyastuti & Hardiyanti (2005), bayi dengan berat lahir rendah menimbulkan pengaruh yang merugikan pada perkembangan anak. Pengaruh tersebut berhubungan dengan pernapasan yang lemah, ketidakmampuan

pengaturan suhu, serta ketidakmampuan mempertahankan kebutuhan kalori dan cairan dalam tubuh.

Fungsi ginjal pada bayi BBLR juga relatif buruk, jika ditambah dengan kehilangan cairan melalui permukaan kulit yang permeabilitasnya tinggi, hal ini mengakibatkan gangguan dehidrasi dan gangguan elektrolit. (Meadow & Newell, 2005).

### 3. Faktor Resiko

Menurut Jumiarni, dkk. (1995) penyebab terjadinya BBLR ada beberapa macam, diantaranya:

- a) Kondisi Ibu: usia ibu kurang dari 16 tahun atau lebih dari 35 tahun, anemia, hipertensi, perdarahan, ketuban pecah dini, merokok, obat-obatan, alkohol dan sebagainya.
- b) Kondisi janin: kehamilan ganda, kelainan jantung, asidosis.
- c) Kondisi kelahiran: prematur, postmatur, persalinan lama, kelainan letak, seksio sesaria, prolaps tali pusat, pengaruh anastesi dan lain-lain.

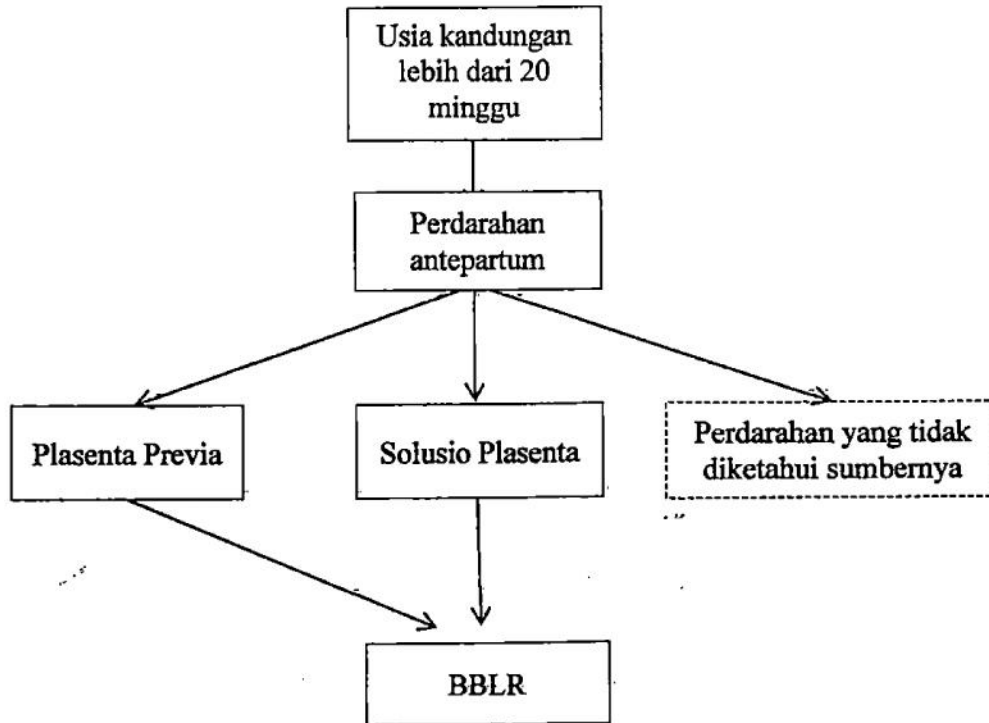
### 4. Penatalaksanaan

Menurut Gupte (2004) pada umumnya perawatan BBLR sama dengan perawatan neonatus normal. Pertama pernapasannya tidak hanya berfungsi tapi juga terjaga dengan baik. Kedua, suhu tubuhnya harus stabil. Ketiga, ia harus mendapat cukup makanan. Keempat, ia harus terlindung dari infeksi. Terakhir, ia sama sekali tidak boleh mengalami kelelahan fisik. Akan tetapi BBLR mempunyai masalah-masalah khusus yang telah dijelaskan di atas, maka kebutuhan mereka juga khusus.

Perawatannya berdasarkan prinsip penanganan bayi baru tetapi dengan modifikasi-modifikasi tertentu, berikut hal-hal yang perlu dilakukan:

- a) Bayi harus segera di pindahkan ke dalam inkubator setelah dilahirkan, hal ini berfungsi untuk menjaga suhu bayi agar tetap stabil dan tempat istirahat bagi bayi agar terlindung dari gangguan luar serta infeksi.
- b) Bayi tidak boleh diganggu dan tidak boleh dikunjungi, tapi ibunya boleh datang dan menyentuhnya
- c) Bayi tidak boleh dimandikan hingga beratnya mencapai 2kg
- d) Bayi harus diberi makanan yang cukup, sebagai patokan jika bayi bisa menghisap dan menelan dengan baik maka bayi dianjurkan untuk disusui. Tapi apabila bayi belum bisa menghisap dengan baik, dokter akan memberikan ASI melalui selang nasogastrik atau lewat infus jika berat bayi kurang dari 1200 gr.
- e) Harus selalu diingat untuk tidak menunda pemberian ASI pertama kalinya karena bisa berbahaya. Keuntungan pemberian ASI adalah untuk memulihkan bayi dari shock "kelahirannya". Biasanya tidak melebihi 2 sampai 6 jam.

### Kerangka Konsep



#### Keterangan :

- Variabel yang diteliti  
 Variabel tidak diteliti

### Hipotesis

Ada hubungan positif antara ibu hamil dengan perdarahan antepartum terhadap kejadian BBLR