PERDARAHAN SELAMA KEHAMILAN

DJAKOBUS TARIGAN

Bagian Anatomi
Fakultas Kedokteran
Universitas Sumatera Utara

ABSTRAK

Perdarahan selama kehamilan dapat dianggap sebagai suatu keadaan akut yang dapat membahayakan ibu dan anak, sampai dapat menimbulkan kematian. (1,2) sebanyak 20% wanita hamil pernah mengalami perdarahan pada awal kehamilan dan sebagian mengalami abortus.(3) Hal ini tentu akan menimbulkan ketidakberdayaan dari wanita sehingga ditinjau dari suatu kesehatan akan sangat ditanggulangi untuk meningkatkan keberdayaan seorang wanita.

Ada beberapa keadaan yang dapat menimbulkan perdarahan pada awal kehamilan seperti imlantasi ovum, karsinoma servik, abortus, mola hidatidosa, kehamilan ektopik, menstruasi, kehamilan normal, kelainan lokal pada vagina/ servik seperti varises, perlukaan, erosi dan polip.(4) Semua keaaaan ini akan menurunkan keberdayaan seorang wanita dan karenanya akan dijelaskan bagaimana cara-cara penanggulangannya seperti pencegahan, pengobatannya, maupun kalau perlu rehabilitasinya.

Maka semua wanita dengan peradarahan pervagina selama kehamilan seharusnya perlu penanganan dokter spesialis. Peranan USG vaginal smear, pemeriksaan hemoglobin, fibrinogen pada pada missed abortion, pemeriksaan incomptabiliti ABO dan lain-lain, sangat diperlukan. (1,2)

PENDAHULUAN

Sejak tahun 1993, termasuk kebijaksanaan Dep. kesehatan RI dalam pelayanan ubstetri adalah menurunkan angka kematian maternal dan angka kematian perinatal menjadi prioritas utama.

Penyebab utama kematian maternal adalah disebabkan oleh 3 hal yang pokok yaitu perdarahan dalam kehamilan, preklampsi/eklamsi dan infeksi (3,5,6). Pada masa sekarang oleh perkembangan pertambahan jumlah tenaga medis terutama dokter kebidanan yang banyak maka kasus tersebut diatas telah menurun, tetapi kematian ibu akibat perdarahan masih tetap sebagai faktor utama.(5,7)

Perdarahan sebenarnya dapa terjadi bukan saja pada masa kehamilan tetapi dapat juga pada masa persalinan maupun pada masa nifas.(7)

Penatalaksanaan dan prognosa kasus perdarahan selama kehamilan, sangat bergantung pada umur kehamilan, banyaknya perdarahan, keadaan dari fetus dan sebab dari perdarahan.(4)

Setiap perdarahan dalam kehamilan harus diaanggap sebagai keadaan akut berbahaya dan serius dengan resiko tinggi karena dapat menimbulkan kematian ibu dan janin.(4,8)

Pada tulisan ini tidak akan dibahas preklamsi, eklamsi dan infeksi. Yang dibabas adalah peraarahan selama kehamilan.

Semua wanita dengan perdarahan pervagina selama kehamilan perlu ditangani dokter spesialis. Disamping itu perlu peranan penunjang seperti USG, pengukuran hemoglobin, vaginal smear enam bulan sekali bagi yang telah melahirkan apalagi yang sering melahirkan, pemeriksaan incomtabiliti rhesus dan ABO dan lain-lain.(1,2)

©2004 Digitized by USU Digital Library

PERDARAHAN PADA TRIMESTER I

Sekitar 20% wanita hamil mengalami perdarahan pada awal kehamilan dan separohnya mengalami abortion. (4) Abortus adalah pengeluaran hasil pembuahan (konsepsi) dengan berat badan janin <500 gram atau kehamilan kurang dari 20 minggu. (9,10,11).

Setiap perdarahan pada awal kehamilan dapat dianggap akan mengancam kelangsungan kehamilan.(12) Dalam hal ini perlu diketahui hari pertama haid terakhir, tanda kehamilan riwayat keluarga berencana, riwayat ginokologi jumlah perdarahan.(4) Demikian juga dalam hal ini perlu pemeriksaan penunjang seperti USG dan Test kehamilan, menyatakan apakah janin hidup atau memang suatu kehamilan. Pembagian abortus secara klinis adalah sebagai berikut (4):

1. Abortus iminen: Disini perdarahan minimal dengan nyeri/tidak, uterus sesuai umur kehamilan.
2. Abortus Insipien: Perdarahan denganan gumpalan, nyeri lebih kuat
3. Abortus Inkomplit: Perdarahan hebat dan sering menyebabkan syok
4. Abortus komplit: Perdarahan dan nyeri minimal seluruh hasil konsepsi telah dikeluarkan.
5. Missed Abortion: Janin telah mati dalam kandungan selama 6-8 minggu tapi belum dikeluarkan, perdarahan minimal
6. Abortus infeksi/septik: Disertai tanda infeksi dan septik seperti demam sampai syok.

Adapun sebagai penyebab dari abortus antara lainl 2) :

1. kelainan mudigah, chromosom atau kelainan untuk fetus
2. incompetentio orificium uteri internum
3. penyakit sistemik pada ibu seperti diabetes melitus, lues
4. incompatibilitas faktor rhesus atau atau sistem ABO
5. kelainan uterus seperti myoma uteri
6. trauma fisik atau mental
7. usaha menggugurkan dari penderita dengan minum jamu, alkohol, obat-obatan atau memasukkan benda asing kedalam lobang kemaluan.
8. abortus habitualis oleh kekurangan produksi karbohidrat oleh endometrium.

Menurut terjadinya abortus dapat dikategorikan dalam abortus habitualis, abortus artifisialis, abortus provacatus therapheuticus, abortus septik dan abortus provocatus criminalis. Abortus criminalis ini yang dilakukan abortus tanpa indikasi medis dan bertentangan dengan norma hukum yang berlaku. Hal ini sering terjadi pada wanita diluar perkawinan yang dilakukan oleh petugas kesehatan yang tidak bertanggung jawab demi uang.(11)

Pengeluaran hasil konsepsi diindikasikan pada abortus insipien, abortus inkomplit, missed abortion dan abortus dengan infeksi, demi keselamatan dari ibu.

Pada Trimester II kehamilan perdarahan sering disebabkan partus prematurus, solusio plasenta, mola dan inkompetensi servik.

Pada Trimester III (Perdarahan Ante Partum), adalah perdarahan setelah 29 minggu atau lebih, WHO (4,9,10) ini dapat terjadi oleh selusio plesenta atau plasenta previa (4)

Perdarahan disini lebih berbahaya dibanding umur kehamilan kurang dari 28 minggu, sebab faktor plasenta, dimana perdarahan plasenta biasanya hebat sehingga mengganggu sirkulasi O_2 dan CO_2 serta nutrisi dari ibu kepada janin.

Kasus ini harus ditangani oleh dokter spesialis dan ditunjang dengan pemeriksaan USG.

PLASENTA PREVIA

Ini adalah plasenta yang terletak pada segmen bawah rahim, sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum.

©2004 Digitized by USU Digital Library

Sebaiknya setiap ibu dengan keadaan ini dikirim ke Rumah Sakit,apalagi jika timbul banyak perdarahan.

Bila usia kehamilan 37 minggu, perdarahan sedikit sedangkan keadaan ibu dan anak baik, maka dapat dipertahankan sampai aterm. Bila perdarahan banyak hendaknya segera mengahiri kenamilan misalnya dengan seksio peradominal (seksio sesar) (13)

SOLUSIO PLASENTA

Terlepasnya sebagian atau seluruh plasenta, pada lokalisasi yang normal, sebelum janin lahir pada umur kehamilan 20 minggu atau lebih.(11). Atau terlepasnya plasenta pada fungus/korpus uteri sebelum janin lahir.(14,15)

Pasien yang mengalami resiko tinggi adalah primi tua, mutiparitas, hipertensi,eklamsi, pereklamsi dan perokok. Pada wanita perokok kemungkinan solusie 47%, pada kehamilan selanjutnya 10%.

Komplikasi pada selusio plasenta biasanya adalah berhubungan dengan banyaknya darah yang hilang, infeksi, syok neurogenik oleh karena kesakitan, gangguan pembekuan darah dan gagal ginjal akut.

Pada janin akan terjadi asfiksi, prematur, infeksi dan berat badan lahir rendah.

KESIMPULAN

Di tinjau dari segi Kesehatan yaitu perdarahan selama kehamilan, maka banyak faktor yang menyebabkan pengurangan pemberdayaan wanita. Dan telah banyak pula hal-hal yang diberikan dalam cara-cara penanggulangannya di tinjau pula dari segi kesehatan sehingga keberdayaan wanita itu dapat pula ditingkatkan dibelakang hari. Terutama pada generasi wanita yang akan datang. Sebab dari sekian banyak kendala telah pula diberikan beberapa cara antisipasinya, sehingga betul-betul keberdayaan wanita itu akan bertambah ditinjau dari satu segi kesehatan yang begitu komplex.

Kematian ibu selama kehamilan ada tiga hal pokok yaitu, perdarahan selama kehamilan, pereklamsi,eklamsi dan infeksi. Tetapi yang kami ketengahkan, baru kematian ibu akibat perdarahan selama kehamilan dan penanggulangannya, untuk meningkatkan keberdayaan seorang wanita. Diantaranya adalah abortus, mola hidatidosa, kehamilan ektopik yang terganggu, menstruasi dan kehamilan normal, kelainan lokal pada vagina dan servik seperti varises, perlukaan, erosi, polip dan keganasan, partus prematus, solusio plasenta, inkopetensi servik, perdarahan ante partum seperti plasenta previa, dan lain-lain.

Untuk meningkatkan pemberdayaan wanita maka diharapkan setiap wanita yang mengalami perdarahan pervagina selama kehamilan seyogyanya harus memeriksakan diri ke dokter spesialis, untuk selanjutnya dapat ditangani olehnya begitupun bagi wanita sendiri (penderita), perlu mengetahui hari pertama haid terakhir, gejala dan tanda kehamilan, riwayat obstetri teruahulu, riwayat ginekologi seperti servisitis atau operasi, riwayat Keluarga Berencana, perdarahan kwalitas dan kwantitasnya dan lain-lain. Juga disamping itu perlu diketahui pemeriksaan penunjang seperti vaginal smear, USG, Test kehamilan, pemeriksaan hemoglobin, pemerisaan inkomtabiliti rhesus dan sistem ABC dan lain-lain.

Dengan demikian kita dapat yakin bahwa kesetaraan dengan pria ini, akan dapat terwujud ditinjau dari segi kesehatan.

©2004 Digitized by USU Digital Library

DAFTAR PUSTAKA

1. Cermin dunia kedokteran; ISSN 0125-913X, 1966, 32-35
2. Harahap R.E., WIKJOSASTRO G.H., Perdarahan dalam kehamilan, Penerbit Yayasan Dharma Graha, Anonymous, 3-16
3. Nardho Gunawan., Kebijaksanaan Dep.Kes. RI, dalam upaya menurunkan kematian maternal. Simposium Kemajuan Pelayanan Obstetri I. Semarang Penerbit UNDIP 1991., 1-4
4. Granger K, Pattison N, Vaginal Bleeding In Pregnancy J. Obstetri dan Gynekologi, 1994, 20:14-16
5. Soejuneos A, Morbiditas Maternal dan Perinatal. Pelatihan Gawat Darurat Perinatal Semarang. Badan Penerbit UNDIP 1991, 1-4
6. Bagian obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran UNPAD Bandung. Obstetri Patologi. Bandung:Elstar offset, 1982;110-21
7. Mochtar BA, Praptohardjo U. Kedaruratan dalam kebidanan karena perdarahan. Simposium kemajuan obstetri II. Semarang; Balai penerbit UNDIP,1994;9-13.
8. Rambulangi J. Penatalaksanaan Perdarahan Antepartum. Dexamedia 1995; 8:21-3.
9. PB.POGI. Standar Pelayanan Medik Obstetri dan Ginekologi. Bagian Jakarta Balai penerbit FK UI,1991;9-13.
10. Mochtar R. Sinopsis Obstetri I. Jakarta Penerbit Buku Kedokteran EGC, 1990; 296-322.
11. Daftar Istilah obstetri dan Ginekologi (Defenisi Dan Penjelasan) Cetakan ke II, 1972. Dikeluarkan oleh: Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara/RSUP. Propinsi,Medan.
12. Hayashi RH, Castillo MS. Bleeding in Pregnancy. In: Knuppel RA, Drukker JA. High risk pregnancy. Philadelpia: w.B Saunders Co, 1986; 419-39.
13. Klapholz H. Placenta Previa, In:Friedman FA, A Cker DB, Sachs BP, Obstetrical Decision Making, 2nd ed.Philadelphia :BC Decker inc, 1987; 88-9.
14. Sumapraja S.Perdarahan Antepartum. Dalam:Prawirohardjo S, Wiknjo sastro H, Sumpraja S, Saifuddin AB, Ilmu Kebidanan Edisi II. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 1986;323-49.
15. Soeharsene.Perdarahan Antepartum. Pelatihan Gawat Darurat Peri natal. Semarang: Badan Penerbit UNDIP, 1991 ;5-11

©2004 Digitized by USU Digital Library