

SEMINAR NASIONAL

“KAPITA SELEKTA DALAM PRAKTIK DISIPLIN ILMU KEDOKTERAN”



Sabtu, 29 September 2018
Auditorium GWS FKUKI
Jl. Mayjen Sutoyo No. 2, Cawang
Jakarta Timur

PROSIDING

PROSIDING

SEMINAR NASIONAL

**Tema : “KAPITA SELEKTA DALAM PRAKTIK
DISIPLIN ILMU KEDOKTERAN”**

Auditorium Graha William Soeryadjaya

Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia

29 September 2018

FK UKI

2018

PROSIDING

SEMINAR NASIONAL

**Tema : “KAPITA SELEKTA DALAM PRAKTIK
DISIPLIN ILMU KEDOKTERAN”**

Panitia Penyelenggara :

Penasehat : Dekan FK UKI
Direktur RSU UKI
Panitia pengarah : Ketua CME FK UKI
Ketua IKAFKED-UKI

Susunan Panitia Pelaksana

Ketua : DR. Dr. Robert H. Sirait, Sp.An
Wakil Ketua : Dr. Moskwadina Gultom, M.Pd.Ked
Sekretaris : Dr. Jurita Falorin
Bendahara : Dr. Herawani

Seksi – seksi

Ilmiah : DR. Dr. Forman Erwin Siagian, M. Biomed
DR. Muhammad Alfarabi, M.Si
Andini Siam Sawitri, A.Md
Desmemori Marpaung

Persidangan : Dr. Frisca R. Batubara, M. Biomed
Dr. Edho Yuwono
Dr. Vidi Posdo Simarmata

**Perlengkapan/
Akomodasi/ Dekorasi** : Dr. Ronaldo Y.P. Sianturi
Rizky P.W. Jacobs, AMd
S. M. Jeriswanto Gultom, S.Pd.K

**Publikasi/
Dokumentasi/AVA** : Dr. Hendrikus Sitanggang
Benny Ardie Nugroho, A.Md
Ucup Setiawan

Dana : DR. Dr. Sudung O. Pardede, Sp.A(K)
Dr. Frits R.W Suling, Sp.JP (K), FIHA, FAsCC
Dr. Esther Situmeang, Sp.A
Dr. Batara Imanuel Sirait, Sp.OG (K)

Konsumsi : Dr. Jumaini Andriana Sihombing, M. Pd. Ked
Dr. Yusias Hikmat Diani, M.Kes
Nani Rohani

Sekretariat : Dr. Rebeka H. Siagian
Refilya Ririhena, SKM
Glady Ririmasse, S. Pd
Soeprapti Sianipar

Editor :

DR. Dr. Forman Erwin Siagian, M. Biomed
DR. Muhammad Alfarabi, M. Si

Reviewer :

DR. Dr. Sudung Oloan Pardede, Sp.A (K)

Penerbit : FK UKI
Graha William Soeryadjaya
Jl. Mayjen Sutoyo No.2, Cawang,
Jakarta Timur - 13630
Telp.(021)29362033, fk@uki.ac.id

ISBN : 978-602-1651-73-5

Hak cipta dilindungi undang-undang

FK UKI

2018

KATA PENGANTAR

Salam damai sejahtera untuk kita semua, Assalammu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh, Om Swastiastu, Namu Buddhaya, salam kebajikan sekali lagi untuk kita semua.

Pertama-tama, marilah kita panjatkan Puji Syukur ke hadirat Tuhan, yang atas kasih dan perkenanNya telah mengizinkan tim Ilmiah dan Panitia Seminar Nasional “ Kapita Selekt dalam Praktik Disiplin Ilmu Kedokteran” menyelesaikan penyuntingan dan penyusunan buku prosiding kegiatan ilmiah yang dilaksanakan pada hari Sabtu, 29 September 2018 di Auditorium GWS FKUKI.

Buku prosiding ini memuat naskah ilmiah yang disampaikan baik dalam bentuk presentasi oral maupun poster oleh pembicara-pembicara pakar dibidangnya mengenai berbagai topik yang menarik dan *update* bidang kedokteran. Informasi terkini tersebut disampaikan dalam kaidah penulisan ilmiah yang lazim dengan tujuan untuk mengedukasi peserta dan juga pembaca; selain itu juga sebagai bentuk tanggungjawab ilmiah FKUKI, CME FKUKI dan IKAFKED.

Apresiasi setinggi-tingginya diberikan kepada para penulis/pembicara serta seluruh panitia yang telah berupaya maksimal untuk menjadikan buku ini menjadi kenyataan.

Besar harapan kami untuk masa ke depan, standar yang diterapkan dalam membuat buku semacam ini dapat terus dipertahankan dan ditingkatkan. Viva FKUKI.

Selamat membaca.

KATA SAMBUTAN KETUA PANITIA

Yang kami hormati: Bapak Rektor UKI

Bapak Dekan FK UKI

Direktur RSUD UKI

Ketua IKAFKED UKI

Para Narasumber/ Pembicara

Para Peserta Seminar yang berbahagia

Syalom, selamat pagi dan salam sejahtera bagi kita semua.

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena pertolonganNya lah seminar nasional dengan judul Kapita Selekta dalam praktik disiplin ilmu kedokteran dapat terselenggara. Seminar ini adalah salah satu wujud kerjasama *Continuing Medical Education* FK UKI dengan IKAFKED UKI. Dengan topik tersebut di atas, kami panitia mengharapkan para teman sejawat dokter, paramedis, dan seluruh peserta seminar yang kami hormati dapat meningkat pengetahuan dan ketrampilannya dalam menangani pasien.

Kegiatan seminar hari ini juga dilengkapi dengan buku prosiding yang memuat berbagai topik yang disampaikan. Semoga buku prosiding tersebut memberikan manfaat dalam tugas dan pelayanan kita sehari-hari.

Kami Panitia Seminar juga mengucapkan terimakasih kepada para pembicara yang telah berkenan membagikan ilmunya, para sponsor, moderator dan seluruh rekan-rekan panitia atas jerih payahnya sehingga acara seminar ini dapat terselenggara dengan baik.

Akhir kata kami panitia mengucapkan selamat mengikuti seminar ini dan kiranya bermanfaat untuk kita semua.

Jakarta, 29 September 2018

Ketua Panitia

DR. Dr. Robert Hotman Sirait, Sp.An

KATA SAMBUTAN KETUA IKAFKED UKI

Salam sejahtera

Pertama-tama, mari kita panjatkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan perlindunganNya sehingga kita dapat berkumpul untuk mengikuti salah satu kegiatan ilmiah berupa simposium dengan tema: “*Update* tata laksana penyakit infeksi dalam praktik sehari-hari.” Simposium ini merupakan salah satu program kerja IKAFKED UKI yang di lakukan bekerjasama dengan FK UKI melalui CME FK UKI. Topik yang dipilih adalah tentang tata laksana penyakit infeksi karena penyakit infeksi masih merupakan masalah kesehatan yang sering ditemukan dalam praktik kedokteran sehari-hari. Menyikapi seringnya pertanyaan terkait dengan jaminan kesehatan nasional dan badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS), maka salah satu topik yang disampaikan pada simposium ini adalah terkait dengan BPJS.

Kami menyampaikan terima kasih banyak kepada bapak dekan FK UKI dan semua jajarannya serta Ketua CME FK UKI atas kerjasama yang baik ini. Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada para pembicara yang telah berkenan membagikan ilmunya kepada peserta melalui simposium ini. Kepada moderator kami sampaikan terima

kasih banyak atas kesediaannya. Terima kasih yang tidak terhingga kami sampaikan kepada ketua panitia pelaksana dan semua panitia atas jerih payahnya sehingga acara ini dapat berlangsung dengan baik. Kepada mitra kami, perusahaan farmasi, perusahaan susu, dan mitra pengusaha lainnya, kami sampaikan terima kasih banyak atas partisipasi dan bantuannya.

Terima kasih kami sampaikan kepada para peserta simposium ini yang telah berkenan mengikuti kegiatan ini. Kami berharap bahwa simposium ini dapat memberikan penyegaran ilmu dan manfaat kepada kita dalam menjalankan praktik kedokteran sehari-hari. Pada masa mendatang, kami merencanakan untuk melakukan kegiatan ilmiah seperti ini sebagai sumbangsih IKAFKED UKI kepada almamater, alumni, tenaga kesehatan, dan masyarakat.

Dan untuk melengkapi kegiatan ini, diterbitkan juga prosiding, Kiranya buku prosiding ini dapat menjadi pegangan bagi tenaga medis untuk memberikan tata laksana yang terbaik terhadap pasien. Kami berharap buku prosiding ini akan memberikan manfaat bagi tenaga medis maupun pasien.

Jakarta, 29 September 2018

Ketua IKA FAKED UKI

DR. Dr. Sudung O. Pardede, Sp. A (K)

KATA SAMBUTAN KETUA CME FK UKI

Syalom, Selamat pagi, salah sejahtera untuk kita semua.

Dengan penuh sukacita dan syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Pengasih atas berkat-berkatNya sehingga pada hari ini kami Continuing Medical Education bekerja sama dengan Ikatan Alumni FKUKI dapat menyelenggarakan Seminar Nasional Kapita Selektta Dalam Praktik Disiplin Ilmu Kedokteran

Salah satu tugas CME adalah menyelenggarakan seminar/symposium/temu ilmiah yang diadakan secara rutin setiap 3-4 bulan sekali, disamping menambah wawasan dan pengetahuan, melalui seminar ini juga dapat memenuhi salah satu Tridarma Perguruan Tinggi Dosen, antara lain jenjang jabatan akademik dosen.

Para pembicara adalah tenaga ahli yang telah eksis pada bidang ilmu masing-masing sesuai topic seminar, oleh karena itu kami mengucapkan terima kasih kepada para pembicara dan para moderator yang telah meluangkan waktu sehingga acara seminar berjalan dengan baik.

Dalam Seminar ini kami mengundang rekan-rekan sejawat dari fakultas kedokteran lain, para dokter puskesmas, para dokter rumah sakit serta para dokter rumah sakit afiliasi,

untuk itu kami mengucapkan terima kasih atas perhatian dan kehadirannya.

Tak lupa kami mengucapkan terima kasih kepada Pimpinan UKI, dan FKUKI khususnya serta para panitia yang telah berpartisipasi sehingga seminar berjalan lancar.

Akhir kata tiada gading yang tak retak, kami mohon maaf atas kekurangan dan kesalahan dalam penyelenggaraan seminar hari ini, kiranya Tuhan senantiasa menyertai dan turut campur tangan dalam kegiatan ini.

Terima kasih.

Jakarta, 29 September 2018

Ketua CME-FK UKI

Dr. Chyntia Monalisa Sahetapy, Sp. S

KATA SAMBUTAN DEKAN FK UKI

Syalom, Assalam'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,
Om Swastiastu.

Selamat pagi dan Salam sejahtera buat kita semua,

Yang kami hormati : Bapak Rektor UKI

Direktur RSUD UKI

Ketua IKAFKED UKI

Para Narasumber/ Pembicara

Para Guru Besar dan Peserta Seminar

yang berbahagia Seluruh Panitia Seminar yang saya banggakan.

Puji dan syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Allah Yang Maha Esa, karena kasihNya adalah Seminar Nasional dengan judul Kapita Selekta dalam praktik disiplin ilmu kedokteran dapat terlaksana pada hari ini. Seminar nasional ini terlaksana atas kerjasama antara *Continuing Medical Education* (CME) FK UKI dengan IKAFKED UKI, kontribusi para sponsor, pembicara, dan peran serta seluruh serta panitia.

Dokter sebagai pelayan kesehatan holistik dan terintegrasi (*care provider*), juga sebagai pembelajar sepanjang hayat (*long life learning*) haruslah senantiasa mengikuti perkembangan ilmu kedokteran terkini. Seminar adalah salah

satu sarana pembelajaran untuk meningkatkan ilmu kedokteran dalam upaya memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien.

Kami berharap seminar nasional ini akan memberikan manfaat yang besar bagi para sejawat dan tenaga medis lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk memenuhi harapan masyarakat yang membutuhkan pertolongan dengan segera.

Akhir kata saya mengucapkan selamat mengikuti seminar, kiranya Tuhan Yang Maha Esa memberkati usaha kita semua untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kita kepada sesama.

Jakarta, 29 September 2018

Dekan FK UKI

DR. Dr. Robert Hotman Sirait, Sp. An

DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	iv
Kata Sambutan Ketua Panitia	vi
Kata Sambutan Ketua IKAFKED UKI	vii
Kata Sambutan Ketua CME FK UKI	x
Kata Sambutan DEKAN FK UKI	xii
Daftar isi	xiv
Etik dan Keselamatan Pasien dalam Menangani Pasien di Instalasi Gawat Darurat	1
Siswo P. Santoso	
Benda Asing Telinga Hidung dan Tenggorok	14
Fransiskus H. Poluan	
Penatalaksanaan Sebelum ke Rumah Sakit pada Fraktur Ekstremitas Bawah	28
Andre C.P Sihombing	
Penatalaksanaan Pertama pada Perdarahan Antepartum	48
Tigor Peniel Simanjuntak, Samuel Albert Siagian, Selvin Juliva Tamba, Nicholas Dwiki	
Tatalaksana Cedera Kepala	68
Agus Yudawijaya	
Tatalaksana Farmakologi Cedera Kepala	95
Tjio Ie Wei	
Penanganan Pencegahan Kebutaan Glaukoma	125
Jusuf Wijaya	
Terapi Oksigen	138
Robert H. Sirait	
Penanganan Kasus Infeksi Menular Seksual	166
Syahfori Widiyani	
Nyeri Dada	193
Chandramin	
Penatalaksanaan Diare Akut pada Lini Pertama	200
Ida Bagus Eka Utama Wija, Felicia Mildy, Sitanggang Gabe Monica	
Tatalaksana Penyakit Paru Obstruktif Kronik Stabil	239
Cleopas Martin Rumende	

Laporan Kasus : Sindrom Wellens di RSUD UKI	263
Frits R.W Suling, Zega Agustian, Reinaldi Octabiano	
Laporan Kasus : Meningoensefalitis Kriptokokus pada Pasien HIV on ARV Putus Obat	264
Agus Yudawijaya, Rebeka Siagian	
Langkah-Langkah Antisipatif Pencegahan Anisakiasis: Upaya Pengendalian Transmisi Dengan Perlakuan Kepada Ikan laut Untuk Dikonsumsi Mentah	265
Forman Erwin Siagian	
Waspada Pneumokoniosis pada Pekerja di Industri Pertambangan..	266
Nur Nunu P. Sinaga, Patar Hutagalung, Jumaini Andriana Sihombing	
Implan gigi	268
Gemala Birgitta	
Sindrom Crest	270
Syahfori Widiyani, Fajar Lamhot Gultom	
Karakteristik, Pengetahuan dan Perilaku Anggota Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Diabetes Mellitus di Puskesmas X Tahun 2016	272
Jessica Levina, Siska T. Gading, Wiradi Suryanegara	
Are Ketogenic Diet Benefit for Obesity and Diabetic?	275
Carmen M. Siagian	

PENATALAKSANAAN PERTAMA PADA PERDARAHAN ANTEPARTUM

Tigor Peniel Simanjuntak¹, Samuel Albert Andrian Siagian,
Sevlin Juliva Tamba, Nicholas Dwiki Tanong
¹Departemen Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia

Abstrak

Perdarahan antepartum (PAP) adalah perdarahan dari saluran genitalia perempuan pada kehamilan diatas 20 minggu sampai sebelum pesalinan. PAP masih merupakan penyebab penting kematian perinatal dan morbiditas ibu di dunia. Selain penyebab yang tidak diketahui, penyebab utama PAP adalah plasenta previa dan solusio plasenta. Mengenali faktor risiko dan diagnosis secara dini PAP merupakan tatalaksana yang penting, sehingga kejadian PAP dapat dicegah dan diantisipasi. Beberapa wanita dengan PAP memerlukan seksio sesarea pada kehamilan kurang bulan dan histerektomi jika mengancam nyawa, sedangkan yang lain menjalani operasi caesar elektif pada saat tanpa komplikasi perdarahan. PAP dapat menyebabkan anemia, kematian janin intra uterin, syok, bahkan kematian ibu dan janin jika terjadi perdarahan banyak dan terlambat penanganannya. Kematian Ibu dan janin dapat dicegah jika kejadian PAP sudah diantisipasi dan penanganan gawat darurat tepat waktu.

Kata kunci: Perdarahan antepartum, plasenta previa, solusio plasenta, tatalaksana.

Abstract

Antepartum hemorrhage (APH) is bleeding from the female genital tract in pregnancy over 20 weeks to before delivery. APH is still an important cause of perinatal mortality and maternal morbidity in the world. In addition to unknown causes, the main causes of APH are placenta previa and abruption of the placenta. Recognizing risk factors and early diagnosis of APH is an important treatment, so that the incidence of APH can be prevented and anticipated. Some women with APH require cesarean section in preterm pregnancy and hysterectomy if life threatening, while others undergo elective cesarean section at the time of bleeding complications. APH can cause anemia, intra uterine fetal death, shock, even maternal and fetal death if there is a lot of bleeding and late handling. Maternal and fetal death can be prevented if the incidence of APH has been anticipated and the emergency treatment is timely.

Keywords: Hemorrhageantepartum, placenta previa, placentaabruption,management.

Pendahuluan

Perdarahan Antepartum (PAP) adalah perdarahan yang berasal dari organ genitalia wanita yang terjadi pada usia kehamilan diatas 20 minggu dan

sebelum persalinan¹Perdarahan antepartum terjadi pada 3 - 5% dari seluruh kehamilan dan menjadi penyebab tersering kematian maternal dan perinatal di dunia^{1,2}. Perdarahan saat kehamilan menjadi salah satu penyebab tersering dari kematian ibu di negara berkembang, dan diperkirakan menyebabkan 500.000 kematian ibu setiap tahunnya terjadi di dunia karena PAP³. Di Inggris (2006-08) kematian karena perdarahan saat kehamilan adalah 4/1.000.000 kehamilan⁴. Di Afrika Selatan (2005-07) perdarahan saat kehamilan merupakan penyebab tiga tersering kematian ibu dengan angka 12.4% dari seluruh kematian ibu⁵.

Penyebab utama PAP adalah plasenta previa, solusio plasenta, vasa previa, dan perdarahan lokal (perdarahan pada vulva, vagina atau serviks). Penyebab dari PAP terkadang sulit/ gagal diidentifikasi oleh karena perdarahan pada introitus vagina tidak dapat dipakai sebagai representasi dari total kehilangan darah karena PAP, kelompok ini dikatakan sebagai PAP yang tidak dapat dijelaskan⁶.

1. Solusio Plasenta / Abruptio Plasenta

Solutio plasenta adalah terlepasnya plasenta sebagian atau keseluruhan dari tempat perlekatannya dan terjadi sebelum waktunya (sebelum melahirkan janin)⁷.Solusio plasenta diperkirakan terjadi pada 0,5 - 1 % dari seluruh

kehamilan. Ditemukan 60% solusio plasenta muncul saat *preterm*, dan 50% terjadi saat akan melahirkan⁸.

Solusio plasenta dimulai saat terjadinya perdarahan pada desidua basalis. Desidua basalis akan terlepas, sehingga terjadi perdarahan pada desidua basalis yang menyebabkan hematoma sub plasental. Hematom ini dapat bertambah besar. Penyebab solusio plasenta masih banyak yang tidak diketahui, namun beberapa yang sudah dapat di-identifikasi⁸. Faktor resiko kejadian solusio plasenta adalah riwayat solusio plasenta dengan *risk ratio* (RR) 10 -50%, usia dan paritas 1.3-2.3 , pre-eklamsia 2.1-4.0 , hipertensi kronis 1.8 – 3.0 , korioamnionitis 3.0, ketuban pecah dini (KPD) 2.4 – 4.9 , kehamilan multifetal 2.1 , berat badan lahir rendah (BBLR) 14.0, Hidroamnion 2.0, merokok 1.4 – 1.9 , dan trombofili 3.7⁹.

Ruiter dkk (2015)¹⁰, melaporkan bahwa kejadian solution plasenta di Belanda periode 1999 – 2007 sebesar 0,22% dari keseluruhan kehamilan. Kejadina solusio plasenta tersering pada usia kehamilan minggu ke 32 dan 34, dengan angka kejadian 20,5 per 1000 persalinan¹¹, sedangkan kejadian solusio plasenta di Amerika periode 2002-2012 sekitar 9.6 per 1000 kehamilan yang 2 per 3 nya diklasifikasikan sebagai solusio plasenta berat (6.5 per 1000). Komplikasi berat

pada ibu akibat perdarahan solusio plasenta ringan sebesar 33.3 per 10,000 kehamilan, dan pada solusio plasenta berat sebesar 141.7 per 10.000 kehamilan¹². Insidensi solusio plasenta di Asia seperti Malaysia sebesar 4.4%⁹, dan di India sebesar 4.81%¹³.

Solusio plasenta menyebabkan perdarahan pervaginam sebanyak 78%, *Fetal non-reassuring test* sebanyak 60%, kaku uterus/abdomen sebesar 66%, kontraksi uterus (>5-10menit) sebesar 17%, dan hipertonus uteri sebesar 17%⁸.

Solusio plasenta terdiri dari 4 derajat, antara lain: derajat 0, derajat 1, derajat 2 dan derajat 3 (Tabel 1)

Tabel 1 Derajat / Grade Solusio Plasenta

Derajat	Perdarahan Aktif	Kaku Uterus	Hipotensi	Gangguan Pembekuan	NRFHR test
1	Ya	Ya atau tidak	Tidak	Tidak	Tidak
2	Ya atau tidak	Ya	Tidak	Jarang	Ya
3	Ya atau tidak	Ya	Ya	Sering	Meninggal

Derajat 0: Diagnosis berdasarkan pemeriksaan plasenta dan non-reassuring fetal heart rate.

NRFHR, non-reassuring fetal heart rate. Dimodifikasi dari Maternal-fetal evidence based guidelines. 2nd ed. New York⁸

Penatalaksanaan solutio plasenta dikelompokkan berdasarkan usia kehamilan dan derajat solutio plasenta. Berdasarkan usia kehamilan, solutio plasenta dapat dibagi menjadi dua yaitu ≥ 34 minggu dan < 34 minggu. Penatalaksanaan solutio plasenta juga bisa dibedakan sesuai dengan derajatnya yaitu derajat 1, derajat 2 dan derajat 3.

Solutio plasenta dengan usia kehamilan ≥ 34 minggu: Dilakukan terminasi kehamilan. Solutio plasenta dengan usia kehamilan < 34 minggu: Jika terdapat gangguan ibu atau janin, maka hal ini menjadi indikasi untuk segera dilakukan persalinan. Pada pasien dengan solutio plasenta derajat ringan, dengan tidak adanya tanda terjadinya gangguan ibu dan janin maka boleh diberikan glukokortikoid. Pemeriksaan antepartum harus lebih sering dilakukan dan secara berkesinambungan pada pasien dengan solutio plasenta derajat ringan. Pada pasien dengan kontraksi uterus tidak ada kontraindikasi pemberian tokolitik pada beberapa pasien⁸.

Penatalaksanaan solutio plasenta berdasarkan derajat: Pada pasien dengan derajat solutio plasenta derajat 1, pengawasan ketat harus dilakukan terhadap janin dan ibu. Dalam studi pada wanita dengan solutio ringan, ibu yang melahirkan pervaginam memiliki angka kematian

yang sama pada ibu yang melahirkan dengan seksio caesarea⁷. Pasien dengan solusio plasenta derajat 2 menjadi indikasi untuk dilakukan terminasi kehamilan dengan caraseksio caesarea. Dalam studi terbaru mengenai solusio plasenta dilaporkan bahwa dapat terjadi komplikasi pada janin berupa takikardi. Keputusan persalinan dengan seksio caesarea yang segera dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian neonatus. Pasien dengan solusio plasenta derajat 3, persalinan pervaginam lebih disarankan pada pasien dengan kategori ini, hal ini disebabkan karena seksio caesarea dapat menyebabkan perdarahan pada ibu.¹⁴

2. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang terletak di segmen bawah uterus. Berdasarkan Workshop Fetal Imaging yang dilakukan National Institutes of Health (Dashe, 2013) klasifikasi plasenta previa dibagi menjadi plasenta previa (Ostium uteri interna di tutupi sebagian atau seluruhnya oleh plasenta), plasenta letak rendah (penempelan atau perlekatan di segmen bawah Rahim pada keadaan ini pinggir plasenta tidak mencapai ostium uteri interna), dan plasenta previa marginalis (plasenta menempel di pinggir atau tepi dari ostium uteri interna namun tidak menutupinya dan masih berjarak 2 cm dari

ostium uteri interna)⁷. Plasenta previa terjadi sekitar 0,5% dari angka kehamilan namun hanya 10% plasenta letak rendah dapat di-identifikasi pada kehamilan 16-20 minggu dengan USG dan tidak ada perubahan sampai aterm (Bricker, Neilson 2003). Penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada maternal dan perinatal dengan plasenta previa adalah perdarahan dan partus premature.¹⁵

Perdarahan tanpa rasa nyeri adalah gejala yang paling khas pada plasenta previa. Perdarahan biasanya tidak muncul sampai akhir dari trimester kedua atau lebih, namun ini bisa terjadi sebelum 24 minggu usia kehamilan. Tanpa diragukan lagi, aborsi yang telat dapat disebabkan oleh kelainan letak plasenta. Perdarahan dari plasenta previa biasa dimulai tanpa adanya tanda dan tanpa rasanya nyeri atau kontraksi pada wanita yang mengikuti dengan baik ANC. Pada 10% wanita terutama dengan plasenta previa marginalis, tidak akan terjadi perdarahan sampai muncul tanda - tanda impartu. Perdarahan pada hal ini sangat bervariasi dari yang sangat sedikit sampai sangat banyak, dengan demikian hal ini dapat menyerupai solusio plasenta.⁷

Angka kejadian plasenta previa yang didapatkan dari Cina didapatkan periode 1985 – 2015 sekitar 1.24%¹⁶. Angka kejadian di Inggris periode 1982-

2016 sebesar 8.4% dan diagnosis 90,9% ditegakkan berdasarkan USG. Angka kejadian plasenta previa didapatkan 4.1% pada wanita dengan riwayat 1 kali operasi Caesar sebelum ya, dan 13.3% pada wanita yang 2 kali operasi Caesar¹⁷.

Faktor resiko plasenta previa antara lain; plasenta previa sebelumnya OR 9,7, riwayat SC sebelumnya, riwayat terminasi kehamilan, multipara, usia >40 tahun, merokok, riwayat kerusakan endometrium, scar uterus, endometritis, riwayat manual plasenta, kuretase, mioma submukosa, bayi tabung⁷.

USG transvaginal adalah pemeriksaan gold standar untuk diagnosis plasenta previa. Pemeriksaan ini sangat aman untuk ibu hamil. Plasenta previa dapat didiagnosis sebelum trimester ketiga. Wanita yang memiliki tepi inferior plasenta ≥ 1 cm dari OSI pada usia kehamilan 20 minggu tidak memerlukan pemeriksaan USG lebih lanjut untuk melihat lokasi plasenta. Hal ini dikarenakan seringkali tidak ditemukan plasenta previa bisa USG untuk deteksi dini dilakukan secara akurat. Wanita yang memiliki tepi inferior plasenta diatas OSI ≥ 25 mm pada usia kehamilan 20 minggu dilaporkan tetap memiliki plasenta previa pada usia kehamilan aterm, dan hal ini menjadikan *follow-up* dengan USG kurang

bermanfaat karena mereka akan membutuhkan tindakan operasi seksio caesarea⁷.

Tatalaksana wanita hamil dengan plasenta previa tergantung dari usia kehamilan dan jumlah perdarahan. Tidak ada bukti yang kuat untuk melakukan tatalaksana pada waktu yang tepat dan jenis persalinan yang tepat pada wanita dengan tipe plasenta previa yang berbeda beda. Saran yang diberikan berdasarkan studi retrospektif cohort yang terbatas pada kualitas dan harus diinterpretasi dengan hati - hati. Pasien dirawat inap jika ditemukan hemodinamis tidak stabil, penyebab perdarahan diluar persalinan, ≥ 3 episode perdarahan, komplikasi lain dari obstetrik, gangguan kondisi ibu yang serius, tidak ada telepon di rumah, dan tidak ada transport dari rumah. Wanita dengan plasenta previa dan perdarahan dari vagina kurang dari 3 kali tidak perlu dirawat inap, dapat dirawat jalan seperti pada usia kehamilan 24 sampai 36 minggu. Usia kehamilan yang paling baik untuk wanita melahirkan anak dengan plasenta previa tidak diketahui namun sebagian penulis merekomendasikan 36 - 38 minggu. Beberapa pertimbangan kematangan paru perlu diperhatikan dengan amniocentesis. Wanita dengan plasenta previa totalis harus dilahirkan secara cesarean⁸. Klasifikasi baru dapat menggambarkan jarak dengan menggunakan usg

transvaginal yang di lakukan pada 28 hari sebelum cukup bulan. Klasifikasi tersebut antara lain: 20 mm dari ostium uteri internal operasi cesare tidak di sarankan, 11-20mm, di sarankan untuk di lakukan operasi cesare, 0-10mm di sarankan di lakukan operasi cesare, menutupi ostium uteri interna indikasi operasi cesare¹¹.

3. Vasa Previa

Vasa previa menggambarkan pembuluh darah janin yang melewati ostium uteri internum dan bagian terbawah janin, pembuluh darah tersebut tidak dilindungi oleh jaringan plasenta atau tali pusat.^{17,18,19,20} Pembuluh darah tersebut berada didalan selaput ketuban dan tidak terlindungi, sehingga pembuluh darah tersebut akan mudah pecah ketika selaput ketuban pecah dan menyebabkan perdarahan.^{18,20} Terdapat da dua jenis vasa previa: pertama, ketika pembuluh darah tali pusat keluar dari plasenta dalam bentuk membran kemudian berubah menjadi tali pusat; kedua, di mana pembuluh darah yang muncul dari plasenta utama melalui membran menuju segmen tambahan dari plasenta.^{19,20}

Insidensivasa previa di Jepang pada periode 2002 - 2005 adalah 0.39 per 1000 kehamilan¹⁸. Sedangkan di Amerika Serikat pada periode 1991 – 1998 adalah 0,3 per 1000 kehamilan, dan pada periode 2005 -2012 adalah

0,47 dari 1000 kehamilan^{19,20} Di Australia pada periode 2013 – 2014 insidens kejadian vasa previa adalah 0.21 per 1000 kehamilan²¹.

Mendiagnosis vasa previa sebelum persalinan meningkatkan keselamatan perinatal. Salah satu multicenter retrospective cohort studi terdapat 155 kasus vasa previa yang dilaporkan secara keseluruhan terdapat 36% kematian perinatal¹⁷. Faktor risiko terjadinya vasa previa antara lain plasenta letak rendah, marginal atau insersi tali pusat velamentous, multigravida, kehamilan ganda, kehamilan pada fertilisasi invitro, plasenta bilobate, plasenta suksenturiata.²²⁻²⁴

USG merupakan pemeriksaan gold standard pada plasenta previa. Gejala klinis klasik adalah pendarahan tanpa rasa nyeri rahim berupa darah segar maupun darah yang menghitam, pecahnya pembuluh darah saat amniotomi, teraba pembuluh darah saat pemeriksaan vagina. Selain itu kontraksi prematur juga merupakan gejala yang sering timbul.^{27,28} Bagi ibu yang berisiko tinggi vasa previa bisa melakukan pemeriksaan transvaginal USG dengan doppler saat pemeriksaan rutin pada trimester kedua untuk memantau adanya vasa previa.^{28,29}

Persalinan dengan operasi caesar elektif pada usia gestasi 35 hingga 36 minggu, sebelum pembentukan

segmen uterus bawah wajar dilakukan, karena dapat menghindari risiko pecahnya membran dan eksmilinasi janin. Ketika ada perdarahan dari pembuluh darah janin, prognosis janin umumnya dianggap buruk. Bentuk persalinan yang paling aman dan tercepat biasanya merupakan SC segera. Neonatus sering mengalami anemia, sehingga tranfusi darah harus segera dapat dilakukan.²⁸

Rekomendasi *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)* dan *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)*²⁸ tentang tatalaksana vasa previa, antara lain: Rawat inap pada umur kehamilan 30 minggu sampai saat kelahiran untuk mengurangi keadaan darurat. Persalinan dilakukan jika terjadi ketuban pecah, pendarahan vagina atau persalinan prematur. Pemberian kortikosteroid untuk pematangan paru janin dalam mengantisipasi persalinan prematur. Persalinan dengan operasi caesar elektif sebelum onset persalinan di rumah sakit yang didukung oleh fasilitas perawatan intensif neonatal.

4. Penyebab lain PAP

Perdarahan antepartum dapat juga disebabkan oleh polip serviks, kanker serviks, kanker vagina, leukemia dan kelainan pembekuan darah³⁰. Perdarahan

anterpartum dapat juga disebabkan oleh cervicitis, trauma, vulval varicosities, hematuria, dan infeksi menular seksual. Pengobatan perdarahan pada kelompok ini tergantung dari penyebab dan jumlah perdarahan³¹.

Kesimpulan

Perdarahan antepartum (PAP) adalah perdarahan yang terjadi pada kehamilan diatas 20 minggu dan sebelum persalinan. Penyebab tersering PAP adalah plasenta previa, solusio plasenta dan vasa previa. Mengetahui faktor risiko dan diagnosis secara dini sebelum adanya perdarahan merupakan tatalaksana yang sangat penting. Keterlambatan mendiagnosis dan mendapat tatalaksana yang tepat akan meningkatkan kematian maternal dan perinatal. Persalinan pada PAP yang dilakukan pada kehamilan kurang bulan sebaiknya dilakukan di rumah sakit yang didukung oleh fasilitas perawatan intensif neonatal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Navti OB, Konje JC. Bleeding in late pregnancy. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, Crowther C, Robson SC, editors. High risk pregnancy management options, 4th ed. St Louis: Elsevier Saunders 2011.
2. Calleja AJ, Custo R, Brincat MP, Calleja N. Placental abruption and placenta praevia. *Eur Clin Obstet Gynaecol* 2006;2:121-7
3. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006;367:1066-74.
4. Oylese Y, Ananth CV. Placental Abruption. *Obstet Gynecol* 2006;108:1005-16
5. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. *Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006-08*. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG* 2011;118:1-203
6. Department of Health. *Saving Mothers 2005-2007*. Fourth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa. Pretoria: Department of Health; 2009.

7. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, *et al.* Williams obstetrics 24thed. New York: McGraw-Hill Education. 2014: 793-801
8. Berghella V. Maternal-fetal evidence based guidelines. 2nd ed. New York: Informa Healthcare; 2012:187-200.
9. Choudhary V, Somani SR, Somani S. Evaluation of Risk factors and Obstetric and Perinatal Outcome in Abruptio Placenta. Age (years).; 21 25:26-30.
10. Ruiter L, Ravelli A, de Graaf I, Mol B, Pajkrt E. Incidence and recurrence rate of placental abruption: a longitudinal linked national cohort study in the Netherlands. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2015;213(4):573.e1-573.e8.
11. Oppenheimer L, Farine D. A new classification of placenta previa: Measuring progress in obstetrics. AJOG.2009;201(3):227-9
12. Ananth C, Lavery J, Vintzileos A, Skupski D, Varner M, Saade G *et al.* Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. AJOG. 2016;214(2):272.e1-272.e9.

13. Mukherjee S, Bawa A, Sharma S, Nandanwar Y, Gadam M. Retrospective study of risk factors and maternal and fetal outcome in patients with abruptio placentae. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. 2014;5(2):425.
14. Knab DR. Abruptio placentae. An assessment of the time and method of delivery. *Obstet Gynecol* 1978; 52(5): 625–9.
15. Combs CA, Nyberg DA, Mack LA, Smith JR, Benedetti TJ. Expectant management after sonographic diagnosis of placental abruption. *Am J Perinatol* 1992; 9(3): 170–4.
16. Fan, D., Wu, S., Wang, W., Xin, L., Tian, G., Liu, L et al. Prevalence of placenta previa among deliveries in Mainland China. .2016. *Medicine*, 95(40), e5107.
17. Jauniaux, E., & Bhide, A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. 2017. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(1), 27–36.
18. Suzuki S, Igarashi M. Clinical significance of pregnancies with succenturiate lobes of placenta. *Arch Gynecol Obstet* 2008;277:299–301

19. Sullivan EA, Javid N, Duncombe G, Li Z, Safi N, Cincotta R, Homer CS, Halliday L, Oyelese Y. Vasa Previa diagnosis, clinical practice, and outcomes in Australia. *Obstetrics & Gynecology*. 2017 Sep 1;130(3):591-8.
20. Donnelly, Natasha, Lesley E Halliday, and Yinka Oyelese. "Vasa Praevia: A Descriptive Review of Existing Literature and the Evolving Role of Ultrasound in Prenatal Screening." *Australasian Journal of Ultrasound in Medicine* 16.2 (2013): 71–76. PMC. Web. 31 Aug. 2018
21. Rebarber A, Dolin C, Fox NS, Klauser CK, Saltzman DH, Roman AS. Natural history of vasa previa across gestation using a screening protocol. *J Ultrasound Med* 2014;33:141–7.
22. Kulkarni A, Powel J, Aziz M, Shah L, Lashley S, et all. Vasa Previa: Prenatal Diagnosis and Outcomes. *J Ultrasound Med*. 2017:1-7.
23. McQueen V, Speed M, Rutter S, et all. Vasa Praevia: Should we routinely screen high-risk woman for this rare but serious condition. *Ultrasound* 2018, Vol. 26(2) 127–131.
24. Sinkey RG, Odibo AO, Dashe J. Diagnosis and Management of Vasa Previa. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2015: 3-19.

25. Catanzarite V, Maida C, Thomas W, Mendoza A, Stanco L, Piacquadio KM. Prenatal sonographic diagnosis of vasa previa: ultrasound findings and obstetric outcome in ten cases. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:109–15.
26. Rebarber A, Dolin C, Fox NS, Klauser CK, Saltzman DH, Roman AS. Natural history of vasa previa across gestation using a screening protocol. *J Ultrasound Med* 2014;33:141–7.
27. Hasegawa J, Nakamura M, Ichizuka K, Matsuoka R, Sekizawa A, Okai T. Vasa previa is not infrequent. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25:2795–6.
28. Gagnon R, Morin L, Bly S, Butt K, Cargill YM, Denis N, et al. Guidelines for the management of vasa previa. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31:748–60.
29. Robson S, Harvey J, Yazdani A, Pettigrew I, Page I, et al. Vasa Praevia. *C-Obs* 47. 2016: 4-13
30. Ngeh N, Bhide A. Antepartum Haemorrhage. *Current Obstetrics & Gynaecology.* 2006;16(2):79-83
31. Naiknaware S. Antepartum Haemorrhage: Causes & Its Effects on Mother and Child: An Evaluation.

Obstetrics & Gynecology International
Journal.2015;3(1):1-5



FK UKI
Penerbit
Graha William Soeryadjaya
Jl. Mayjen Sutoyo No.2, Cawang
Jakarta Timur – 13630
Telp.(021)29362033, fk@uki.ac.id

ISBN 978-602-1651-73-5

