

PERDARAHAN ANTEPARTUM, SOLUSIO PLASENTA DAN INTRAUTERINE FETAL DEATH (IUFD) : LAPORAN KASUS**Yesan Suci Paramitha¹, Mediana Sutopo Liedaprja², Fadil Hidayat^{3*}**Program Studi Profesi Dokter, Universitas Tarumanagara¹, Spesialis Kebidanan dan Kandungan, RS Sumber Waras², Departemen Obstetri dan Ginekologi, Universitas Tarumanagara³**Corresponding Author : fadilhidayat@fk.untar.ac.id***ABSTRAK**

Perdarahan antepartum merupakan salah satu komplikasi obstetri yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin, terutama pada kasus solusio plasenta yang sering berhubungan dengan hipertensi kehamilan dan trauma abdomen. Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan perfusi plasenta yang berujung pada hipoksia janin hingga kematian intrauterin. Penelitian ini bertujuan untuk melaporkan gambaran klinis, penegakan diagnosis, serta penatalaksanaan kasus perdarahan antepartum akibat solusio plasenta dengan janin IUFD pada kehamilan 35–36 minggu. Metode yang digunakan berupa desain laporan kasus pada seorang wanita 28 tahun, G2P1, yang datang dengan perdarahan perevaginam, nyeri perut hebat, serta riwayat hipertensi kehamilan dan trauma tumpul berulang pada abdomen. Pengumpulan data dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (laboratorium dan ultrasonografi), serta dokumentasi tindakan operatif. Analisis dilakukan secara deskriptif berdasarkan temuan klinis. Hasil menunjukkan pasien mengalami anemia berat (Hb 6 g/dL), uterus tegang, dan hasil USG mengonfirmasi solusio plasenta grade I dengan janin IUFD. Pasien menjalani seksio sesarea emergensi dengan temuan hematoma pada fundus uteri dan plasenta lahir lengkap. Kondisi ibu stabil pascaoperasi dengan pemantauan ketat terhadap perdarahan dan parameter hematologis. Simpulan dari laporan kasus ini adalah bahwa solusio plasenta pada ibu dengan faktor risiko hipertensi dan trauma abdomen dapat berkembang cepat menjadi IUFD, sehingga diagnosis dini dan intervensi segera diperlukan untuk mencegah komplikasi maternal lebih lanjut.

Kata kunci : IUFD, perdarahan antepartum, solusio plasenta**ABSTRACT**

Antepartum hemorrhage remains a significant obstetric complication associated with increased maternal and fetal morbidity, particularly in cases of placental abruption, which frequently arise from hypertensive disorders and abdominal trauma. This condition disrupts uteroplacental perfusion and may lead to acute fetal hypoxia and intrauterine fetal death (IUFD). This case study aims to describe the clinical presentation, diagnostic process, and management of antepartum hemorrhage due to placental abruption in a 28-year-old gravida 2 para 1 woman with IUFD at 35–36 weeks of gestation. The study utilized a case report design, with data obtained from a single patient presenting with vaginal bleeding, severe abdominal pain, and a history of pregnancy-related hypertension and recurrent blunt abdominal trauma. Data collection included structured anamnesis, physical examination, laboratory testing, obstetric ultrasonography, and intraoperative findings, analyzed descriptively. Results showed severe maternal anemia (hemoglobin 6 g/dL), uterine tenderness, and ultrasonographic evidence of grade I placental abruption with absent fetal cardiac activity. Emergency cesarean section was performed, revealing hematoma formation on the uterine fundus and delivery of a male fetus with IUFD; the placenta was expelled completely. In conclusion, this case demonstrates that placental abruption in mothers with hypertension and abdominal trauma can rapidly progress to IUFD, emphasizing the importance of early recognition, prompt diagnosis, and timely intervention to prevent further maternal complications.

Keywords : antepartum hemorrhage, IUFD, placental abruption**PENDAHULUAN**

Perdarahan antepartum merupakan salah satu komplikasi obstetri yang berkontribusi besar terhadap morbiditas dan mortalitas ibu maupun janin. Salah satu penyebab tersering adalah

solutio plasenta, yaitu terlepasnya plasenta sebelum kelahiran janin, yang dapat mengganggu perfusi uteroplacenta dan menyebabkan hipoksia janin hingga kematian janin dalam kandungan (Prawirohardjo, 2016). Kondisi ini sering dikaitkan dengan berbagai faktor risiko, seperti hipertensi dalam kehamilan, trauma tumpul pada abdomen, multiparitas, merokok, dan riwayat solutio plasenta sebelumnya (Tikkanen, 2011). Secara global, perdarahan pada masa kehamilan tetap menjadi penyebab utama kematian maternal. Menurut *World Health Organization* (WHO), sekitar 27% kematian ibu terkait dengan perdarahan selama kehamilan dan persalinan (WHO, 2019). Di Indonesia, angka kematian ibu (AKI) juga masih tergolong tinggi. Berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan RI tahun 2019, AKI mencapai 305 per 100.000 kelahiran hidup, dan perdarahan merupakan penyebab langsung terbesar, mencapai sekitar 38% dari seluruh kematian maternal (Kemenkes RI, 2019).

Solutio plasenta tidak hanya berdampak pada ibu, tetapi juga sangat berbahaya bagi janin. Gangguan perfusi plasenta dapat menyebabkan hipoksia, asfiksia berat, dan intrauterine fetal death (IUFD). Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan angka kematian neonatal sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup, dengan hipoksia intrauterin menjadi salah satu penyebab utamanya (Lengkong et al., 2020). Pada kasus dengan faktor risiko seperti hipertensi dan trauma abdomen, solutio plasenta dapat berkembang cepat menjadi kondisi gawat yang membutuhkan penanganan segera. Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan gambaran klinis, faktor risiko, serta penatalaksanaan pasien dengan perdarahan antepartum akibat solutio plasenta yang disertai IUFD pada usia kehamilan 35–36 minggu.

LAPORAN KASUS

Seorang perempuan berusia 28 tahun datang ke IGD RS Sumber Waras pada tanggal 12 November 2025 pukul 08.00 WIB dengan keluhan utama keluarnya darah segar dari jalan lahir sejak dua jam sebelum masuk rumah sakit. Awalnya perdarahan hanya berupa bercak, namun semakin lama jumlahnya bertambah dan diikuti nyeri perut hebat. Pasien juga mengaku bahwa sejak akhir Oktober tidak merasakan gerakan janin. Pasien menyangkal adanya pengeluaran air ketuban. Sehari sebelum keluhan timbul, pasien mengaku mendapatkan kekerasan fisik berupa lemparan gelas kaca yang mengenai perut hingga pasien terjatuh. Pasien juga memiliki riwayat kekerasan tumpul serupa pada usia kehamilan 8 minggu. Menarche pertama kali pada usia 13 tahun, dengan siklus haid teratur 28 hari dan lama haid 5 hari. Hari pertama haid terakhir (HPHT) adalah 10 Maret 2025 dengan HPL sekitar 17 Desember 2025. Pasien telah menikah sebanyak 1 kali dan usia pernikahan saat ini kurang lebih 5 tahun. Kehamilan sekarang merupakan kehamilan kedua. Kehamilan pertama terjadi pada tahun 2022 dan berlangsung spontan pervaginam tanpa komplikasi. Pada kehamilan sekarang, pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 24 minggu namun tidak melakukan kontrol rutin dan tidak mengonsumsi obat secara teratur. Pemeriksaan kehamilan dilakukan 3 kali di bidan. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit jantung, diabetes, asma, atau alergi obat. Riwayat operasi sebelumnya disangkal.

Pada pemeriksaan fisik awal, pasien tampak sakit sedang dengan kesadaran kompos mentis. Tekanan darah 120/100 mmHg, denyut nadi 110 x/menit, pernapasan 22 x/menit, dan suhu 36,8°C. Konjungtiva tampak pucat. Pada pemeriksaan abdomen ditemukan uterus membesar sesuai usia kehamilan, perut tegang dan nyeri tekan menyeluruh. Tinggi fundus uteri (TFU) 26 cm. Denyut jantung janin tidak terdengar. Pada pemeriksaan obstetri, presentasi kepala namun belum masuk PAP. Pada pemeriksaan ginekologi, tampak perdarahan aktif dari ostium uteri tanpa adanya cairan ketuban.

Pemeriksaan penunjang laboratorium menunjukkan hemoglobin 6 g/dL, hematokrit 19%, leukosit 15.800/µL, trombosit dalam batas normal, gula darah sewaktu normal, dan hasil pemeriksaan infeksi menular negatif. Pemeriksaan ultrasonografi menunjukkan janin tunggal

IUFD usia kehamilan 35–36 minggu, plasenta letak anterior dengan gambaran hiperekoik tidak teratur dan kesan solusio plasenta grade I. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien ditegakkan diagnosis syok hipovolemik derajat I akibat perdarahan antepartum ec solusio plasenta grade I dengan janin IUFD. Pasien kemudian dilakukan stabilisasi dengan pemberian cairan intravena, transfusi PRC, serta persiapan terminasi kehamilan. Pasien dilakukan seksio sesarea emergensi. Dari hasil operasi didapatkan hematoma pada fundus uteri dan plasenta lahir lengkap. Janin lahir pukul 10.15 WIB dengan jenis kelamin laki-laki, berat badan 2.860 gram, panjang badan 47 cm, dan skor APGAR 0. Pascaoperasi, kondisi ibu stabil dan dilakukan pemantauan ketat terhadap perdarahan serta parameter hematologi. Pasien menjalani perawatan lanjutan selama beberapa hari dan menunjukkan perbaikan klinis. Pasien kemudian diizinkan pulang dengan saran kontrol kembali di poli kandungan. Pada kunjungan kontrol satu minggu kemudian, pasien tampak stabil dan dapat beraktivitas kembali.



Gambar 1. Post Sectio Caesarea a/i Solusio Plasenta

PEMBAHASAN

Perdarahan antepartum merupakan komplikasi obstetri yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan janin, terutama ketika disebabkan oleh kelainan perlekatan atau pemisahan plasenta seperti solusio plasenta. Solusio plasenta terjadi ketika plasenta terlepas secara prematur dari tempat implantasinya, sehingga mengganggu pertukaran oksigen dan nutrisi antara ibu dan janin. Kondisi ini dapat bersifat revealed maupun concealed dan sering ditandai dengan nyeri perut hebat, perdarahan pervaginam, dan uterus yang tegang. Gambaran klinis tersebut sesuai dengan kondisi pasien dalam kasus ini, yang datang dengan perdarahan pervaginam, nyeri tajam abdomen, dan tonus uterus meningkat, serta temuan ultrasonografi berupa kesan solusio plasenta grade I. Faktor-faktor ini menjadi indikator kuat bahwa pasien mengalami solusio plasenta sebagai penyebab perdarahan antepartum. (Pratamaningtyas & Oktaviana, 2019; RCOG, 2011).

Kasus ini semakin kompleks dengan adanya beberapa faktor risiko yang jelas. Salah satu faktor utama adalah hipertensi dalam kehamilan yang telah dialami pasien sejak usia 24 minggu, namun tidak terkontrol karena ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Hipertensi merupakan faktor risiko paling kuat terhadap terjadinya solusio plasenta karena menyebabkan kerusakan vaskular desidua yang berujung pada pembentukan hematoma retroplasenta. Selain itu, pasien memiliki riwayat trauma tumpul pada abdomen sebanyak dua kali, termasuk satu

hari sebelum kejadian, ketika perut pasien dilempari gelas kaca dan menyebabkan perdarahan. Trauma abdomen merupakan pemicu mekanis terjadinya abrupstio karena robekan pembuluh darah di tempat implantasi plasenta. Faktor-faktor ini secara signifikan meningkatkan risiko abruptio plasenta dan memperbesar kemungkinan terjadi komplikasi maternal maupun fetal. (Williams Obstetrics, 2018; Sharma et al., 2023).

Solusio plasenta memiliki hubungan erat dengan terjadinya kematian janin intrauterin (IUFD), terutama bila luas pemisahan plasenta cukup besar sehingga menyebabkan hipoksia akut. Pada pasien ini, denyut jantung janin tidak terdengar sejak kedatangan dan pasien juga melaporkan bahwa gerakan janin tidak aktif selama tiga minggu sebelumnya. Hal tersebut menunjukkan bahwa hipoksia janin kemungkinan terjadi secara bertahap sebelum akhirnya berkembang menjadi IUFD. Literatur melaporkan bahwa pelepasan plasenta melebihi 30–50% sudah cukup untuk menyebabkan gangguan oksigenasi yang tidak kompatibel dengan kelangsungan hidup janin. Hal ini sesuai dengan temuan intraoperatif berupa hematoma pada fundus uteri dan gambaran USG yang menunjukkan IUFD. Dengan demikian, mekanisme patofisiologis solusio plasenta dalam kasus ini sangat konsisten dengan terjadinya IUFD. (ACOG, 2020; Prawirohardjo, 2010).

Selain itu, pasien mengalami anemia berat dengan kadar hemoglobin 6 g/dL. Anemia berat dapat memperburuk kondisi ibu karena mengurangi kapasitas oksigen dan menyebabkan ketidakstabilan hemodinamik. Pada kasus solusio plasenta, kehilangan darah akut sering memperberat kondisi anemia yang sudah ada sebelumnya. Anemia berat meningkatkan risiko syok hipovolemik, gangguan perfusi jaringan, hingga koagulopati seperti DIC bila tidak ditangani segera. Kondisi pasien yang menunjukkan takikardia dan konjungtiva pucat mengarah pada syok hipovolemik derajat awal, sehingga tatalaksana resusitasi cairan, transfusi sesuai indikasi, dan evaluasi pascaoperasi merupakan bagian penting dalam penanganan. Temuan ini sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa anemia merupakan komorbid yang memperberat perjalanan penyakit pada APH dan solusio plasenta. (Sharma et al., 2023; Williams Obstetrics, 2018).

Penatalaksanaan pada pasien ini berupa seksio sesarea emergensi merupakan keputusan yang tepat mengingat adanya perdarahan antepartum aktif, uterus tegang, serta risiko maternal yang meningkat. Walaupun janin sudah dalam keadaan IUFD, terminasi kehamilan tetap diperlukan untuk menghentikan perdarahan, mencegah progresi syok, dan menghindari komplikasi lebih lanjut seperti DIC atau gagal ginjal akut. Pemberian oksitosin, traneksamat, antibiotik, analgesik, serta pemantauan ketat perdarahan pascaoperasi sesuai dengan standar penanganan solusio plasenta yang direkomendasikan oleh berbagai pedoman obstetri. Dengan intervensi tepat waktu, sebagian besar komplikasi maternal dapat dicegah meskipun kondisi janin tidak dapat diselamatkan. (RCOG, 2011; ACOG, 2020).

Prognosis pasien dinilai dubia ad bonam, yang mencerminkan kemungkinan perbaikan kondisi ibu dengan penatalaksanaan optimal, meskipun tetap terdapat risiko komplikasi akibat anemia berat, riwayat hipertensi, serta stres fisik dan psikologis pascaoperasi. IUFD dalam kasus ini merupakan konsekuensi yang tidak terhindarkan akibat gangguan perfusi plasenta yang terjadi sebelum penanganan medis dapat diberikan. Secara keseluruhan, kasus ini menggambarkan pentingnya deteksi dini risiko obstetri, kepatuhan terapi pada kehamilan dengan komplikasi, serta perlunya perlindungan terhadap ibu hamil dari trauma fisik dan kekerasan. (Prawirohardjo, 2010; ACOG, 2020).

KESIMPULAN

Solusio plasenta merupakan penyebab perdarahan antepartum yang berbahaya karena terlepasnya plasenta sebelum waktunya sehingga mengganggu suplai oksigen dan nutrisi kepada janin. Kasus ini melaporkan seorang perempuan usia 28 tahun, G2P1, dengan keluhan

perdarahan pervaginam, nyeri perut hebat, dan uterus tegang, yang kemudian terdiagnosis mengalami solusio plasenta grade I disertai janin IUFD. Beberapa faktor risiko seperti hipertensi tidak terkontrol, anemia, dan trauma tumpul berulang pada abdomen berperan besar dalam terjadinya kondisi ini. Kombinasi faktor maternal dan plasental tersebut menyebabkan gangguan perfusi uteroplacenta yang cukup berat hingga menimbulkan kematian janin intrauterin. Tatalaksana cepat berupa seksio sesarea emergensi menjadi keputusan yang tepat untuk mengendalikan perdarahan, mencegah syok hipovolemik lebih lanjut, serta melindungi keselamatan ibu. Kasus ini menegaskan bahwa solusio plasenta merupakan kondisi obstetri gawat yang membutuhkan pengenalan dini, evaluasi menyeluruh, dan intervensi segera untuk mengurangi risiko komplikasi maternal.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih saya sampaikan kepada pembimbing yang telah memberikan arahan, ilmu, dan bimbingan yang sangat berharga selama proses penyusunan laporan kasus ini. Saya juga menyampaikan apresiasi kepada pihak RS Sumber Waras Jakarta sebagai institusi tempat pengambilan data kasus yang telah memberikan izin, akses, serta dukungan penuh dalam pelaksanaan penyusunan laporan ini. Tidak lupa saya mengucapkan terimakasih kepada seluruh pihak yang telah membantu, memberikan motivasi, dan mendukung penyelesaian laporan ini, yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Practice Bulletin No. 229: Placental abruption*. ACOG.
- Cholisoh, Z., Agustin, C., Putri, A., Zulfa, F. Q., Hidayah, Z. N., Rukmini, A., & Ramadhan, R. N. (2025). *Community Empowerment in Preventing and Managing Early Symptoms of Dengue Fever in the 'Aisyiyah Climbing Branch Leadership Area Sukoharjo*. Pemberdayaan Masyarakat dalam Pencegahan dan Penatalaksanaan Gejala Awal Demam Berdarah *Dengue* di Wilayah Pimpinan. *University Research Colloquium*, 380–385.
- Habibie, Muhammad Morsa, Mutiara, Hanna, Berawi, K. (2023). Hubungan Perilaku 3M Plus Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue*: Tinjauan Pustaka. *J Agromedicine Unila*, 10(2), 1–4.
- Halid, M. (2022). Edukasi Dampak Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat di Kelurahan Tanjung Karang, Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Jurnal Masyarakat Madani Indonesia*, 1(2).
- Hendawati, Faturrahman, M. D., Lukita, H., Khotimah, H., Simanjuntak, G. F., Tsaqila, N. Q., & Aulia, E. (2024). Pemberdayaan Masyarakat dalam Penerapan PHBS untuk Pengendalian Jentik Nyamuk Aedes Aegypti di Kelurahan Sungai Pangeran. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Nusantara*, 6(4), 43–54.
- Hilda Adinda, Theresia Feby Auralya, Ferdina Amalia Solikhah, A. M. C. (2025). Penyuluhan Edukasi Phbs(Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat) Dan Pencegahan DBD (Demam Berdarah *Dengue*) Melalui Upaya 3m Dilingkungan Masyarakat Desa Pedagangan Kecamatan Wringinanom. *Communnity Development Journal*, 6(1), 418–423.
- Homer, P., Rasyid, K., & Setiani, O. (2025). Hubungan Faktor Perilaku Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 477–482.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Profil Kesehatan Indonesia 2019. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lengkong, K., Ngangi, R., & Lalandos, E. (2020). Determinan kematian neonatal di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(1), 45–54.

- Pratamaningtyas, E. W., & Oktaviana, D. (2019). Faktor risiko persalinan kala II memanjang pada ibu bersalin. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Tradisional*, 4(2), 85–92.
- Prawirohardjo, S. (2010). Ilmu Kebidanan (Edisi Revisi). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). *Antepartum haemorrhage (Green-top Guideline No. 63)*. RCOG Press.
- Sharma, N., Gupta, S., & Singh, A. (2023). *Maternal outcomes in abruptio placenta: A clinical review*. *International Journal of Reproductive Medicine*, 2023, 1–7.
- Tikkanen, M. (2011). *Placental abruption: Epidemiology, risk factors and consequences*. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 90(2), 140–149.
- Williams, J., Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., & Dashe, J. (2018). *Williams Obstetrics* (25th ed.). McGraw-Hill Education.
- World Health Organization. (2019). *Trends in maternal mortality 2000–2017*. WHO Press.