

Hubungan Antara Umur Ibu Hamil dengan Frekuensi Solusio Plasenta di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Suyono, Lulu, Gita, Harum, Endang

Bagian Radiologi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret /RSUD Dr. Moewardi Surakarta

ABSTRAK

Usia wanita produktif yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Diduga risiko solusio plasenta meningkat dengan bertambahnya usia ibu, terutama setelah usia 35 tahun. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui angka kejadian solusio plasenta di RSUD Dr. Moewardi Surakarta antara Januari 2001 sampai dengan Desember 2003, serta untuk mengetahui hubungan antara usia ibu hamil dengan solusio plasenta.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive random sampling*. Bahan penelitian adalah catatan medik yaitu untuk mengetahui banyaknya persalinan di atas 28 minggu serta kejadian solusio plasenta. Data yang diperoleh diolah dengan metode statistik analisis korelasi dengan menggunakan rumus *Pearson Product Moment*. Kemudian pada koefisien yang diperoleh dilakukan uji signifikansi.

Angka kejadian solusio plasenta antara tahun 2001-2003 adalah 32 kasus dari 4878 persalinan (0,65%), atau 1 kasus solusio plasenta tiap 154 persalinan. Frekuensi tertinggi ditemukan pada umur ≥ 40 tahun, (7 kasus - 1,62%), dan pada paritas ≥ 7 (3 kasus dari 257 paritas ibu ≥ 7 - 1,18%). Frekuensi terendah pada umur < 20 tahun (2 kasus dari 602 persalinan - 0,33%) dan nullipara (4 dari 1682 kasus - 0,23%). Jenis solusio plasenta terbanyak adalah solusio plasenta berat, (29 kasus - 90,63%). Frekuensi solusio plasenta meningkat sesuai dengan bertambahnya umur ibu hamil.

Angka kejadian solusio plasenta di RSUD Dr. Moewardi cukup tinggi, namun lebih rendah bila dibandingkan dengan hasil penelitian serupa di sentra pendidikan lain. Terdapat hubungan yang bermakna antara umur ibu hamil dengan frekuensi solusio plasenta, makin meningkat umur ibu hamil maka makin meningkat pula frekuensi solusio plasenta, terutama setelah berumur 35 tahun.

Kata kunci : solusio plasenta, umur ibu hamil.

PENDAHULUAN

Kurun reproduksi sehat adalah usia 20-35 tahun. Usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun meningkatkan risiko terjadinya komplikasi dalam kehamilan; salah satunya solusio plasenta.⁽¹⁻³⁾

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri yang terjadi setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum janin dilahirkan.⁽⁴⁻⁶⁾ Di berbagai literatur disebutkan bahwa risiko mengalami solusio plasenta meningkat dengan bertambahnya usia.

Insidens solusio plasenta bervariasi di seluruh dunia. Penelitian di Norwegia menunjukkan insidensi 6,6 per 1000 kelahiran.⁽⁵⁾ Frekuensi solusio plasenta di Amerika Serikat dan di seluruh dunia mendekati 1 %. Saat ini kematian

maternal akibat solusio plasenta mendekati 6 %.⁽⁴⁾

Solusio plasenta merupakan salah satu penyebab perdarahan antepartum yang memberikan kontribusi terhadap kematian maternal dan perinatal di Indonesia. Pada tahun 1988 kematian maternal di Indonesia diperkirakan 450 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut tertinggi di ASEAN (5-142 per 100.000) dan 50-100 kali lebih tinggi dari angka kematian maternal di negara maju. Terdapat faktor-faktor lain yang ikut memegang peranan penting yaitu kekurangan gizi, anemia, paritas tinggi, dan usia lanjut pada ibu hamil. Di negara sedang berkembang penyebab kematian yang disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan, nifas atau penanganannya (*direct obstetric death*) adalah perdarahan, infeksi, preeklamsi/eklamsi. Selain itu kematian maternal juga dipengaruhi faktor-faktor reproduksi,

pelayanan kesehatan, dan sosioekonomi. Salah satu faktor reproduksi ialah usia ibu hamil dan paritas.

DEFINISI

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal di korpus uteri yang terjadi setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum janin dilahirkan. ^[1-3]

Solusio plasenta diklasifikasikan menjadi beberapa tipe:

Sistem I

Berdasarkan gejala klinik yang ditimbulkan:

- Kelas 0 : Asimtomatik. Diagnosis ditegakkan secara retrospektif dengan menemukan hematoma atau daerah yang mengalami pendesakan pada plasenta. Ruptur sinus marginal juga dimasukkan dalam kategori ini.
- Kelas 1 : Gejala klinis ringan dan terdapat pada hampir 48% kasus. Gejala meliputi: tidak ada perdarahan pervaginam sampai perdarahan pervaginam ringan; uterus sedikit tegang; tekanan darah dan denyut jantung maternal normal; tidak ada koagulopati; dan tidak ditemukan tanda-tanda *fetal distress*.
- Kelas 2 : Gejala klinik sedang dan terdapat \pm 27% kasus. Perdarahan pervaginam bisa ada atau tidak ada; ketegangan uterus sedang sampai berat dengan kemungkinan kontraksi tetanik; takikardi maternal dengan perubahan ortostatik tekanan darah dan denyut jantung; terdapat *fetal distress*, dan hipofibrinogenemi (150-250 mg/dl).
- Kelas 3 : Gejala berat dan terdapat pada hampir 24% kasus, perdarahan pervaginam dari tidak ada sampai berat; uterus tetanik dan sangat nyeri; syok maternal; hipofibrinogenemi (<150 mg/dl); koagulopati serta kematian janin.

Sistem II

Berdasarkan ada atau tidaknya perdarahan pervaginam:

- Solusio plasenta yang nyata/tampak (*revealed*)
Terjadinya perdarahan pervaginam, gejala klinis sesuai dengan jumlah kehilangan darah, tidak terdapat ketegangan uterus, atau hanya ringan.
- Solusio plasenta yang tersembunyi (*concealed*)
Tidak terdapat perdarahan pervaginam, uterus tegang dan hipertonus, sering terjadi *fetal distress* berat. Tipe ini sering disebut Perdarahan Retroplasental.
- Solusio plasenta tipe campuran (*mixed*)
Terjadi perdarahan baik retroplasental atau pervaginam; uterus tetanik.

Sistem III

Berdasarkan jumlah perdarahan yang terjadi

- Solusio plasenta ringan : perdarahan pervaginam <100 ml.
- Solusio plasenta sedang : perdarahan pervaginam 100-500 ml, hipersensitifitas uterus atau peningkatan tonus, syok ringan, dapat terjadi *fetal distress*.
- Solusio plasenta berat : perdarahan pervaginam luas >

500 ml, uterus tetanik, syok maternal sampai kematian janin dan koagulopati.

Sistem IV

Berdasarkan luasnya bagian plasenta yang terlepas dari uterus

- Solusio plasenta ringan : kurang dari $\frac{1}{4}$ bagian bagian plasenta yang terlepas. Perdarahan kurang dari 250 ml.
- Solusio plasenta sedang :
Plasenta yang terlepas $\frac{1}{4} - \frac{2}{3}$ bagian. Perdarahan \leq 1000 ml, uterus tegang, terdapat *fetal distress* akibat insufisiensi uteroplacenta.
- Solusio plasenta berat
Plasenta yang terlepas > $\frac{2}{3}$ bagian, perdarahan >1000 ml., terdapat *fetal distress* sampai dengan kematian janin, syok maternal serta koagulopati.

FREKUENSI

Solusio plasenta terjadi sekitar 1% dari semua kehamilan di seluruh dunia.

**Solusio plasenta
terjadi sekitar 1% dari
semua kehamilan di seluruh dunia**

ETIOLOGI

Belum diketahui dengan jelas, namun terdapat beberapa keadaan tertentu yang menyertai: hipertensi, riwayat trauma, kebiasaan merokok, usia ibu < 20 atau >35 tahun, multiparitas, tali pusat yang pendek, defisiensi asam folat, perdarahan retroplasenta, penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan.

PATOFISIOLOGI

Perdarahan dapat terjadi dari pembuluh darah plasenta atau uterus yang membentuk hematoma di desidua, sehingga plasenta terdesak dan akhirnya terlepas. Perdarahan berlangsung terus menerus karena otot uterus yang telah meregang oleh kehamilan tidak mampu lebih berkontraksi untuk menghentikan perdarahan. Akibatnya, hematoma retroplasental akan bertambah besar, sehingga sebagian dan akhirnya seluruh plasenta terlepas dari dinding uterus. Sebagian darah akan menyelundup di bawah selaput ketuban keluar dari vagina, atau menembus selaput ketuban masuk ke dalam kantong ketuban, atau ekstrasvasasi di antara serabut-serabut otot uterus. Apabila ekstrasvasasinya berlangsung hebat, seluruh permukaan uterus akan berbercak biru atau ungu dan terasa sangat tegang serta nyeri. Hal ini disebut *uterus couvelaire*.

Nasib janin tergantung dari luasnya plasenta yang terlepas dari dinding uterus. Apabila sebagian besar atau

seluruhnya terlepas, anoksia akan mengakibatkan kematian janin. Apabila sebagian kecil yang terlepas, mungkin tidak berpengaruh sama sekali, atau mengakibatkan gawat janin. Waktu, sangat menentukan beratnya gangguan pembekuan darah, kelainan ginjal, dan nasib janin. Makin lama selang waktu solusio plasenta sampai persalinan selesai, umumnya makin hebat komplikasinya.

GAMBARAN KLINIS

Solusio plasenta ringan

Salah satu tanda kecurigaan solusio plasenta adalah perdarahan pervaginam yang kehitam-hitaman, berbeda dengan perdarahan pada plasenta previa yang berwarna merah segar.

Solusio plasenta sedang

Plasenta telah terlepas > 1/4 tapi < 2/3 bagian. Walaupun pendarahan pervaginam tampak sedikit, seluruh perdarahannya mungkin telah mencapai 1000 ml. Dinding uterus teraba tegang terus menerus dan nyeri tekan sehingga bagian-bagian janin sukar teraba. Apabila janin masih hidup, bunyi jantungnya sulit didengar dengan stetoskop biasa, harus dengan stetoskop ultrasonik. Tanda-tanda persalinan biasanya telah ada, dan persalinan akan selesai dalam 2 jam. Kelainan pembekuan darah dan kelainan ginjal mungkin telah terjadi, walaupun kebanyakan terjadi pada solusio plasenta berat.

Solusio plasenta berat

Plasenta telah terlepas lebih dari 2/3 permukaannya. Dapat terjadi syok, dan janin meninggal. Uterus tegang seperti papan, dan sangat nyeri.

DIAGNOSIS

Diagnosis solusio kadang sukar ditegakkan.^[2,3] Penderita biasanya datang dengan gejala klinis : perdarahan pervaginam (80%), nyeri abdomen atau pinggang dan nyeri tekan uterus (70%), gawat janin (60%), kelainan kontraksi uterus (35%), kelahiran prematur idiopatik (25%), dan kematian janin (15%).^[4] Syok yang terjadi kadang tidak sesuai dengan banyak perdarahan.^[5]

Pemeriksaan laboratorium untuk menyingkirkan diagnosis banding solusio plasenta antara lain : 1) Hitung sel darah lengkap; 2) Fibrinogen; 3) Waktu prothrombin/waktu tromboplastin parsial teraktifasi untuk mengetahui terjadinya DIC; 4) Nitrogen urea/kreatinin dalam darah; 5) Kleithauer-Betke test untuk mendeteksi adanya sel darah merah janin di dalam sirkulasi ibu.^[5,9-10]

Pemeriksaan penunjang ultrasonografi (USG) membantu menentukan lokasi plasenta (untuk menyingkirkan kemungkinan plasenta previa). Saat ini lebih dari 50 % pasien yang diduga mengalami solusio plasenta dapat teridentifikasi melalui USG. Hematom retroplasentar dapat dikenali sekitar 2-15 % dari semua solusio plasenta. Pengenalan hematoma tergantung pada derajat hematoma

(besar dan lamanya) serta keahlian operator.^[4,5]

Pemeriksaan histologik, setelah plasenta dikeluarkan dapat memperlihatkan hematoma retroplasentar. Penemuan lain yang mungkin adalah adanya ekstrasvasi darah ke myometrium, yang tampak sebagai bercak ungu pada tunika serosa uterus yang dikenal sebagai *Uterus Couvelaire*. Secara klinis diketahui dari adanya nyeri dan tegang pada uterus.^[5,11,12]

Diagnosis banding lain perdarahan pada trimester ketiga selain plasenta previa adalah vasa previa, trauma vaginal, serta keganasan [jarang].^[6,13]

KOMPLIKASI

Komplikasi dapat terjadi baik pada ibu maupun janin.

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu antara lain: 1) Perdarahan baik antepartum, intrapartum, maupun *post-partum*^[3,4]; 2) Koagulopati konsumtif, DIC; solusio plasenta merupakan penyebab koagulopati konsumtif yang tersering pada kehamilan.^[2,3,7] 3) Utero-renal reflex; 4) Ruptur uteri.

Komplikasi yang dapat terjadi pada janin antara lain hipoksi, anemi, retardasi pertumbuhan, kelainan susunan saraf pusat, dan kematian janin.^[4,13-19]

PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan bervariasi tergantung kondisi/status ibu dan janin.^[4] Perdarahan antepartum yang sedikit, dengan uterus yang tidak tegang, pertama kali harus ditangani sebagai kasus plasenta previa. Apabila kemudian ternyata kemungkinan plasenta previa dapat disingkirkan, barulah ditangani sebagai solusio plasenta.

Penggunaan tokolitik pada penatalaksanaan solusio plasenta masih kontroversial

Penggunaan tokolitik pada penatalaksanaan solusio plasenta masih kontroversial, dan dipertimbangkan hanya pada pasien yang hemodinamik stabil, tidak terdapat gawat janin, dan pada janin prematur di mana penggunaan kortikosteroid masih bermanfaat, serta untuk memperlambat kelahiran.^[4,5,20]

Penggunaan tokolitik harus di bawah pengawasan karena gawat janin ataupun ibu dapat berkembang cepat. Secara umum. Magnesium sulfat digunakan sebagai tokolitik (*drug of choice*) karena agen beta simpatomimetik mempunyai pengaruh yang tidak diinginkan terhadap jantung pasien. Tokolisis diberikan untuk mengefektifkan terapi glukokortikoid pada janin prematur, untuk mempercepat kematangan paru janin. Dosis magnesium sulfat : 4-6 g. intravena bolus selama 20 menit, kemudian dilanjutkan dosis pemeliharaan 2-4 g/jam, dititrasi bila perlu, untuk menekan kontraksi. Kontraindikasi : riwayat hipersensitifitas terhadap agen ini, hipokalsemi, miastenia gravis, dan gagal ginjal. ^[5]

Persalinan pervaginam dilakukan jika kondisi pasien memenuhi syarat, yakni kekuatannya yang ditandai dengan stabilitas hemodinamikya.⁽⁷⁻⁹⁾ Bila diperkirakan persalinan tidak selesai dalam 6 jam setelah terjadinya solusio plasenta, dapat dilakukan seksio sesarea untuk menghentikan sumber perdarahan.⁽²⁻⁶⁾ Jika perdarahan tidak dapat dikendalikan atau diatasi setelah persalinan, histerektomi dapat dilakukan untuk menyelamatkan hidup pasien. Sebelum histerektomi, prosedur lain seperti mengatasi koagulopati, ligasi arteri uterina, pemberian obat uterotonik jika terdapat atonia dan kompresi uterus dapat dilakukan.^(1-8,19)

PROGNOSIS

Prognosis ibu tergantung dari luasnya plasenta yang terlepas dari dinding uterus, banyaknya perdarahan, derajat koagulopati, adanya hipertensi menahun atau preeklamsia, tersembunyi tidaknya perdarahannya, dan jarak waktu antara terjadinya solusio plasenta sampai pengosongan uterus.⁽³⁾

Angka kematian ibu 0,5%-5% di seluruh dunia. Kebanyakan karena perdarahan (segera atau lambat) atau gagal jantung atau ginjal.⁽⁶⁾ Prognosis janin pada solusio plasenta berat sekitar 50%-80% mengalami kematian. 15% sudah tidak terdengar denyut jantung janin saat tiba di Rumah Sakit, dan 50% dalam kondisi gawat janin.^(8,9) Pada solusio plasenta ringan dan sedang kematian janin tergantung dari luas plasenta yang terlepas dan usia kehamilan.⁽³⁾

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Subjek penelitian adalah seluruh ibu yang bersalin di bagian kebidanan dan penyakit kandungan RSUD Dr. Moewardi Surakarta dalam kurun waktu Januari 2001-Desember 2003, yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi meliputi: umur kehamilan ≥ 28 minggu, kehamilan tunggal, melahirkan bayi hidup ataupun meninggal. Kriteria eksklusi meliputi usia kehamilan ≤ 28 minggu, plasenta previa, trauma genital, gemelli, preeklamsi/eklamsia.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Frekuensi Solusio Plasenta di RSUD Dr. Moewardi Surakarta (2001-2003)

Tahun	Solusio Plasenta	Persalinan	Frekuensi(%)
2001	12	1722	0,69
2002	13	1686	0,77
2003	7	1470	0,47
Jumlah	32	4878	0,65

Teknik yang digunakan adalah *purposive random sampling* atas data catatan medis untuk mengetahui banyaknya persalinan dengan atau tanpa disertai perdarahan antepartum pada usia kehamilan di atas 28 minggu serta banyaknya kejadian solusio plasenta.

Dalam kurun waktu 3 tahun (Januari 2001-Desember

2003) tercatat 4878 persalinan di UPF Kebidanan RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Terdapat 32 kasus solusio plasenta dalam kurun 3 tahun (0,65%), dengan frekuensi yang berbeda tiap tahunnya. (tabel 1). Terdapat 1 kasus solusio plasenta tiap 154 persalinan

Tabel 2. Frekuensi Solusio Plasenta menurut usia ibu

Umur (th)	Solusio Plasenta	J u m l a h Persalinan	Frekuensi (%)
15-19	2	602	0,33
20-24	4	1140	0,35
25-29	5	1145	0,44
30-34	6	807	0,74
35-39	8	752	1,06
40-44	7	432	1,62
Jumlah	32	4878	0,65

Sumber : data sekunder

Dari **tabel 2** dapat dilihat bahwa frekuensi solusio plasenta yang terbanyak adalah pada umur 40-45 tahun yaitu 7 dari 431 persalinan (1,62%) atau 1 kasus setiap 62 persalinan. Diikuti oleh umur 35-39 tahun, yaitu 8 dari 752 persalinan (1,06%). Frekuensi terendah terdapat pada umur 15-19 tahun yaitu 2 dari 602 persalinan (0,33%) atau 1 kasus tiap 303 persalinan usia 15-19 tahun. Tabel tersebut juga menunjukkan bahwa frekuensi solusio plasenta meningkat sesuai dengan meningkatnya umur ibu hamil.

Tabel 3. Frekuensi solusio plasenta menurut paritas ibu

Paritas	Solusio Plasenta	Persalinan	Frekuensi (%)
0	4	1682	0,23
1-3	13	1875	0,69
4-6	12	1064	1,13
7-	3	257	1,18
Jumlah	32	4878	0,65

Dari **tabel 3** dapat dilihat bahwa frekuensi solusio plasenta juga meningkat dengan meningkatnya paritas ibu. Frekuensi tertinggi terdapat pada ibu dengan paritas 7 atau lebih yaitu 3 dari 257 persalinan (1,19%), sedangkan frekuensi terendah ditemukan pada ibu dengan paritas 0 (nullipara) yaitu 4 orang dari 1682 persalinan (0,23%).

Dari **tabel 4** tampak bahwa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta antara tahun 2001-2003, sebagian besar merupakan solusio plasenta berat (29 kasus - 90,63%).

Tabel 4. Frekuensi Solusio Plasenta berdasarkan jenis dan gambaran klinisnya

Jenis Solusio Plasenta	Jumlah Kasus	Frekuensi (%)
Solusio plasenta ringan	0	0
Solusio plasenta sedang	3	9,37
Solusio plasenta berat	29	90,63
Jumlah	32	100

Data solusio plasenta dan umur ibu hamil diuji menggunakan teknik analisis korelasi untuk mencari hubungan antara 2 variabel atau lebih yang sifatnya kuantitatif. Dengan menggunakan rumus *Pearson Product Moment* didapatkan

koefisien korelasi (r) sebesar 0,841. Uji t (*significance test for t*) untuk menguji hubungan antara variabel tersebut mendapatkan harga t sebesar 5,81613 sedangkan nilai gawat t table untuk $p = 0,05$ dan derajat kebebasan ($n-2$) adalah 2,145. Oleh karena $t_{hitung} > t_{tabel}$, hal ini merupakan petunjuk statistik korelasi bermakna antara umur ibu hamil dengan frekuensi solusio plasenta.

PEMBAHASAN

Frekuensi solusio plasenta di RSUD Dr. Moewardi Surakarta antara tahun 2001 – 2003 adalah sebesar 0.65 % atau 1 : 154 persalinan. Frekuensi ini mendekati hasil penelitian retrospektif di Norwegia (1967 sd. 1996) yaitu 6.6 perseribu kelahiran atau 0.66 %^[21]. Namun lebih rendah bila dibandingkan dengan penelitian di Amerika Serikat (2002) yang mendapatkan bahwa frekuensi solusio plasenta di USA maupun di seluruh dunia mendekati 1 % atau 1:100 persalinan^[4,5]. Hasil ini juga jauh lebih rendah dibandingkan dengan frekuensi solusio plasenta di RS CiptoMangun Kusumo Jakarta (1971-1975) yaitu sebesar 2.6%^[3].

Pada penelitian ini dijumpai bahwa frekuensi solusio plasenta meningkat dengan bertambahnya umur ibu hamil, terutama setelah umur 35 tahun

Hal ini mungkin karena penelitian ini menggunakan kriteria eksklusi sehingga tidak semua kasus solusio plasenta disertakan sebagai sampel penelitian. Di samping itu penelitian lain pada umumnya mengambil sampel dengan umur kehamilan >20 minggu, sedang pada penelitian ini diambil sampel dengan umur kehamilan >28 minggu. Hal ini dilakukan mengingat di Indonesia kemungkinan hidup bayi yang lahir saat usia kehamilan <28 minggu masih sangat kecil. Faktor ini menyebabkan frekuensi yang diperoleh dalam penelitian ini lebih rendah.

Pada penelitian ini dijumpai bahwa frekuensi solusio plasenta meningkat dengan bertambahnya umur ibu hamil, terutama setelah 35 tahun. Hal ini karena dengan meningkatnya usia akan terjadi perubahan - perubahan pada pembuluh darah dan menurunnya fungsi hormonal pengatur siklus endometrium^[21,22]. Di samping itu dengan meningkatnya usia akan meningkat pula risiko hipertensi baik esensial maupun hipertensi dalam kehamilan, diabetes mellitus maupun penyakit kronis lainnya yang merupakan faktor predisposisi terjadinya solusio plasenta.

Faktor lain yang sering dihubungkan dengan solusio plasenta antara lain riwayat pernah mengalami solusio plasenta, serta preeklampsia dan eklampsia.

Pada penelitian ini ditemukan bahwa frekuensi solusio

plasenta tertinggi pada usia ≥ 40 tahun. Ditemukan juga bahwa sebagian besar merupakan solusio plasenta berat (90.63%). Hal ini mungkin akibat keterlambatan deteksi dini solusio plasenta. Frekuensi solusio plasenta sedang yang ditemukan pada penelitian ± 9.37 % sedangkan frekuensi solusio plasenta ringan 0%. Mungkin karena solusio plasenta ringan jarang terdiagnosis.

Hasil penelitian ini mendekati hasil penelitian di RSCM, yakni frekuensi solusio plasenta sedang 14 % dan solusio plasenta berat 86 %.


KESIMPULAN

1. Angka kejadian kasus solusio plasenta di RSUD Dr. Moewardi Surakarta dari tahun 2001 sampai dengan 2003 termasuk cukup tinggi, yakni 0.65 % atau 1:154 persalinan.
2. Frekuensi solusio plasenta terbanyak terdapat pada usia 40 tahun ke atas dan paritas 7 atau lebih.
3. Terdapat hubungan yang bermakna antara umur ibu hamil dengan frekuensi solusio plasenta, frekuensi solusio plasenta meningkat dengan bertambahnya umur ibu hamil, terutama setelah berumur 35 tahun.

KEPUSTAKAAN


1. Hayashi RH, Castillo MS. *Bleeding in Pregnancy*. dalam Knuppel R. A., Drukker JE. (eds.) *High – Risk Pregnancy, A Team Approach*, WB Saunders Co., 1986 : 425-30.
2. Cunningham, MacDonald, Gant, *Obstetrical Hemorrhage*, dalam Cunningham, MacDonald, Gant, Williams Obstetric, 18th ed. Prentice-Hall International Inc, 1989 : 695-712.
3. Wiknjastro H, *Perdarahan Antepartum*, dalam Wiknjastro H, Saifuddin AB, Rachimhadi T, eds. Ilmu Kebidanan, Edisi Ketiga, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 1997 : 376-85.
4. Gaufberg SV. *Abruptio Placentae*, available from http://www.eMedicine.com/e_merg/topic12.htm,inc, view article, 2003.
5. Deering SH. *Abruptio Placentae*, available from <http://www.eMedicine.com/med/topic6.htm,inc>, view article, 2002.
6. Anonim. *Abruptio Placentae, Women's Health Care Issues*, available from <http://www.wramc.amedd.armymill/education/pat.edu/womenhealth/pregnancy.htm>, view article, 2002.
7. Cunningham, Gant. *Hemorrhage*, dalam Gant NF, Cunningham FG eds. *Basic Gynecology and Obstetrics*, Appleton and Lange Business and Professional Group, Connecticut, USA, 1993 : 432-4.
8. Pernoll ML. *Third-Trimester Hemorrhage*, dalam De Cherney AH, Pernoll ML. eds. *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*, 8th ed. Appleton and Lange Business and Professional Group, Connecticut, USA, 1994 : 398 – 404.
9. Taber BZ. *Abruptio Placentae*, dalam Taber BZ. *Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, 1994 : 330-5.
10. Anonim, *Prenatal Assesment of Infant Well Being*, available from http://www.medal.org/adocs/docs_chis/doc_chis.11.html, 2003.
11. Heath C. *Abruptio Placentae*, available from <http://www.3mcc.com/Assets/Summary/t.P0002.html>, 2002.

12. Klatt EC. *Placenta Abruption*, available from http://medlibs.med.utah.edu/kw/human_reprod/mml/h_rob_placo222.html, 2002.
13. Toos AVW, Wessel G. *Hyperhomocysteinaemia as a Risk Factor for Abruption Placenta*, available from <http://www.bwhct.nhs.uk/cats/library/bwn.html> 2001.
14. Thomson. *Abruption Placenta*, available from <http://www.medformation.com/mf/mmqdis.nsf/qd/nd02899.html>, 2002.
15. Rein D. *Disease-Abruption Placenta*, available from <http://www.henryfordhealth.org/15460.cfm>, 2003.
16. Abdul Aziz S. *Abruption Placenta (Accidental Hemorrhage)*, available from <http://www.arabicobgyn.net/doc/abruptio.html>.
17. Anonim, *Complications of Pregnancy, Hemorrhagic and Hematologic Alterations*, available from http://www.ecc.cc.mo.uc/ecc/library/web/reserves/complications_of_pregnancy_2htm, 2002.
18. Sanders M. *Abruption Placenta*, available from <http://www.doh.gov.za/docs>, 2003.
19. Tolvonen S, Heinonen S., *Reproductive Risk Factor, Doppler Findings, and Outcome of Affected Births in Placental Abruption : A Population Based Analysis*, available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>, 2002 ; 451-60.
20. Bougere NH, *Abruption Placenta*, available at http://www.healthatoz.com/healthatoz/atoz.ency/placental_abruption.html, 2002.
21. Collins NJ. *Abruption Placenta*, available at <http://www.nursingcue.com/NCEU/courses/placentanc>, 2002.
22. Raymond EG, Cnattingius S, Kiely JI, *Effects of Maternal Age, Parity, and Smoking On the Risk of Still Birth*, *BPJ Obstetrics and Gynecology*, 1994:301-6.
23. Jolly M, Sebire N, Harris J, et al. *The Risk Associated with Pregnancy in Women Aged Over 35 Years*, *Human Reproduction*, 2000:2433-7.
24. Abu-Heija AT, Jallad MF, Abukteish F. *Maternal and Perinatal Outcome of Pregnancy After Age of 45*, *J. Obstetr. Gynecol.* 2000:27-30.
25. Sumedha Panchal. *Current Review: Considerations for the Parturient with Advanced Maternal Age*, available from <http://www.soap.org/newsletters/summer2001/index.html>
26. Cragun J. *Placental Abruption*, available from http://folsomobgyn.com/placental_abruption.htm, 2001.



Segenap redaksi CDK
mengucapkan:

*Selamat menunaikan
Ibadah Puasa*



1 Ramadhan
1428H

