

WANITA 28 TAHUN P1A0 DENGAN HEMORRHAGE POST PARTUM EC SISA PLASENTA DAN ATONIA UTERI

Audry Santoso

Rs Darmayu Ponorogo

Email: audrysants@gmail.com

Keywords:

Obstetry, Post Partum
Haemorrhage, Rest of
Placenta, Uterine Atony

ABSTRACT

The maternal mortality rate in Indonesia in 2012 was still quite high, reaching 32 per 100,000 births. According to the Ministry of Health of the Republic of Indonesia in 2010, deaths due to postpartum hemorrhage reached 40-60% (Ministry of Health RI, 2010). Reports on Maternal Mortality districts/cities in East Java, showed that the MMR in East Java in 2012 was 97.43 per 100,000 live births, with the death rate being caused by bleeding by 33.06%. Meanwhile, the incidence of postpartum hemorrhage in the city of Surabaya reached 16.67% (DinKes Kota, 2009). In 80 to 90 percent of postpartum hemorrhage the main cause and most are due to uterine atony (absence of contractions in the uterus/womb), with a percentage of 50-60% (Varney, 2007). Woman, aged 28 years, came with complaints of uncontrolled bleeding after giving birth 5 days ago at the midwife. Spontaneously born baby, immediately crying loudly, male sex, weight 3900 g, followed by delivery of the placenta. On physical examination, the general condition was weak, composure, blood pressure 110/70 mmHg, pulse 113 x/minute, respiration 22 x/minute, temperature 36.6 °C. In general status obtained pale conjunctiva and cold acral. On obstetric examination found weak contractions, no tenderness. Examination of the lower portion is found lividae, open external urethral orifice (OUE), active bleeding, positive lacerations, positive hecting. Supporting examination showed a presence of low Hb that is 4.6 g/dl. The patient was diagnosed as P1A0 spontaneous postpartum 5 days with HPP ec rest of placenta + uterine atony + anemia..

Kata Kunci:

Obstetri, Perdarahan Post
Partum, sisa plasenta,
atonia uteri

ABSTRAK

Angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2012 tergolong masih cukup tinggi, mencapai 32 per 100.000 kelahiran. Menurut Kementerian RI tahun 2010 kematian akibat perdarahan postpartum mencapai angka 40-60% (DepKes RI, 2010). Laporan Kematian Ibu kab/kota se- Jatim, menunjukkan AKI Jawa Timur pada tahun 2012 adalah 97,43 per 100.000 kelahiran hidup, dengan angka kematian yang disebabkan karena perdarahan sebesar 33,06%. Sedangkan, angka kejadian perdarahan postpartum di kota Surabaya mencapai 16,67 % (DinKes Kota, 2009). Pada 80 sampai 90 persen kejadian perdarahan postpartum penyebab utama dan paling banyak adalah karena atonia uteri (tidak adanya kontraksi pada uterus/rahim), dengan presentase sebesar 50-60% (Varney, 2007). Wanita, berusia 28 tahun, datang dengan keluhan perdarahan yang tidak terkontrol setelah melahirkan 5 hari yang lalu di bidan. Bayi yang lahir secara spontan, langsung menangis kuat, jenis kelamin laki-laki, BB 3900 g, diikuti oleh kelahiran plasenta. Pada pemeriksaan fisik ditemukan keadaan umum lemah, komposmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, denyut nadi 113 x/menit, pernapasan 22 x/menit, suhu 36,6 °C. Pada status umum diperoleh konjungtiva pucat dan akral dingin. Pada pemeriksaan obstetri ditemukan kontraksi lemah, tidak ada nyeri tekan. Pemeriksaan bagian bawah ditemukan lividae, orifisium uretra eksterna (OUE) terbuka, perdarahan aktif, laserasi positif, hecting positif. Pemeriksaan penunjang menunjukkan adanya Hb rendah 4,6 g/dl, Pasien didagnosis sebagai P1A0 postpartum spontan 5 hari dengan HPP ec sisa plasenta + atonia uteri + anemia.

PENDAHULUAN

HPP (Hemorrhagic Post Partum) atau dengan kata lain perdarahan postpartum adalah perdarahan dengan jumlah >500cc setelah persalinan (Tita et al., 2009). Keadaan ini dapat berlangsung saat sebelum, selama dan sesudah keluarnya plasenta (Oxorn & Forte, 2010). Perdarahan postpartum merupakan penyebab kematian maternal yang cukup tinggi khususnya di negara berkembang dikarenakan oleh beberapa faktor sosial, ekonomi, dan budaya (Manuaba & Obstetri, 2007). Perdarahan post partum tidak hanya terjadi pada mereka yang memiliki predisposisi, tetapi pada setiap persalinan kemungkinan untuk terjadinya perdarahan post partum selalu ada. Perdarahan post partum merupakan salah satu masalah penting karena berhubungan dengan kesehatan ibu yang dapat menyebabkan kematian.

Saat ini telah dilaporkan, bahwa tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) paling tinggi disebabkan oleh perdarahan postpartum (Puteri, 2021). Menurut data WHO, di berbagai negara paling sedikit seperempat dari seluruh kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, proporsinya berkisar antara kurang dari 10 persen sampai hampir 60 persen (Candra, 2010). Angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2012 tergolong masih cukup tinggi, mencapai 32 per 100.000 kelahiran. Menurut Kementerian RI tahun 2010 kematian akibat perdarahan postpartum mencapai angka 40-60% (Arikumalasari, Dewantara, & Wijayanti, 2013). Laporan Kematian Ibu (LKI) kab/kota se- Jatim, menunjukkan AKI Jawa Timur pada tahun 2012 adalah 97,43 per 100.000 kelahiran hidup, dengan angka kematian yang disebabkan karena perdarahan sebesar 33,06%.

Pada 80 sampai 90 persen kejadian perdarahan postpartum penyebab utama dan paling banyak adalah karena atonia uteri (tidak adanya kontraksi pada uterus/rahim), dengan presentase sebesar 50-60% (Varney, 2007). Saat plasenta terlepas, banyak pembuluh darah yang menyalurkan darah menuju dan dari plasenta terputus secara mendadak. Di tempat pelekatan plasenta, diperlukan kontraksi untuk menekan pembuluh-pembuluh tersebut agar perdarahan dapat dikendalikan. Bekuan darah yang melekat akan menghambat kontraksi sehingga pemulihan rahim terganggu. Jika tempat pelekatan plasenta berkontraksi dengan kuat dan baik, kecil kemungkinan terjadi perdarahan yang fatal (Tita et al., 2009). Faktor predisposisi perdarahan postpartum adalah sisa plasenta yang tertinggal di dalam rahim, robekan atau luka jalan lahir, kehamilan kembar, polihidramnion (air ketuban berlebih), makrosomia (bayi besar), persalinan dengan induksi, persalinan lama, persalinan presipitatus (persalinan cepat), grande multiparitas (lebih dari empat anak), dan adanya penyakit gangguan pembekuan darah pada ibu.

Bahaya perdarahan postpartum dapat menyebabkan anemia yang dapat memperlemah keadaan ibu, menurunkan daya tahannya dan menjadi faktor predisposisi terjadinya infeksi (Asih, Purnama, & Mulyaningsih, 2015). Jika kehilangan darah ini tidak dihentikan, akibat akhir tentu saja kematian (Oxorn & Forte, 2010). Riwayat persalinan di masa lampau sangat berhubungan dengan hasil kehamilan dan persalinan berikutnya (Sari, Amir, & Sirait, 2022). Ibu yang memiliki riwayat persalinan buruk beresiko 2-4 kali mengalami perdarahan postpartum sehingga segala upaya

harus dilakukan untuk menentukan keparahan dan penyebabnya (Prawirohardjo, 2009).

Perdarahan pasca-salin (PPS) secara umum didefinisikan sebagai kehilangan darah dari saluran genitalia >500 ml setelah melahirkan pervaginam atau >1000 ml setelah melahirkan secara seksio sesarea. Perdarahan pasca-salin dapat bersifat minor (500-1000 ml) atau pun mayor (>1000 ml). Perdarahan mayor dapat dibagi menjadi sedang (1000-2000 ml) atau berat (>2000 ml).

Penyebab dari PPS adalah 4T yang merupakan singkatan dari Tone, Trauma, Tissue dan Thrombin (Simanjuntak, 2021).

Tone merupakan masalah pada 70% kasus PPS, yaitu diakibatkan oleh atonia dari uterus, kelemahan tonus uterus untuk menghentikan perdarahan dari bekas insersi plasenta.

Sedangkan, 20% kasus PPS disebabkan oleh trauma. Trauma dapat disebabkan oleh laserasi serviks, vagina dan perineum, perluasan laserasi pada SC, ruptur atau inversi uteri dan trauma non traktus genitalia, seperti ruptur subkapsular hepar, robekan jalan lahir dari perineum, vagina, sampai uterus.

Sementara itu, 10% kasus lainnya dapat disebabkan oleh faktor tissue yaitu seperti retensi produk konsepsi, plasenta (kotiledon) selaput atau bekuan, dan plasenta abnormal.

Faktor penyebab dari thrombin diantaranya abnormalitas koagulasi yang sangat jarang terjadi (Rofinda, 2012).

PPS merupakan bentuk perdarahan obstetri yang paling sering dan sebagai penyebab utama morbiditas serta mortalitas maternal (Simanjuntak, 2021). Perdarahan obstetri merupakan penyebab kematian utama maternal baik di negara berkembang maupun negara maju.

Faktor risiko PPS meliputi grande multipara dan gemelli. Meskipun demikian, PPS dapat saja terjadi pada perempuan yang tidak teridentifikasi memiliki faktor risiko secara riwayat maupun klinis. Oleh karena itu, manajemen aktif kala III direkomendasikan bagi seluruh perempuan bersalin. Manajemen aktif kala III meliputi pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir, klem tali pusat setelah observasi terhadap kontraksi uterus (sekitar 3 menit), dan melahirkan plasenta dengan penegangan tali pusat terkendali, diikuti dengan masase uterus.

Perdarahan pasca-salin diklasifikasikan menjadi PPS primer (primary post partum haemorrhage) dan PPS sekunder (secondary post partum haemorrhage). Perdarahan pasca-salin primer adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama pasca-salin, sedangkan PPS sekunder merupakan perdarahan yang terjadi setelah periode 24 jam tersebut. Pada umumnya, PPS primer/dini lebih berat dan lebih tinggi tingkat morbiditas dan mortalitasnya dibandingkan PPS sekunder/lanjut.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan library research. Melalui metode ini, peneliti dapat mengumpulkan dan menganalisis data sekunder yang relevan dari berbagai sumber yang tersedia, seperti artikel jurnal, buku dan dokumen resmi pemerintah.

Proses pengumpulan data dimulai dengan identifikasi sumber-sumber yang relevan dan terkait dengan topik penelitian. Selanjutnya, peneliti melakukan analisis terhadap data yang dikumpulkan. Analisis dilakukan dengan mengidentifikasi pola, tren, dan perubahan dalam materi terkait.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Antepartum

FAKTOR RISIKO	ETIOLOGI PERDARAHAN
Meningkatnya usia maternal: > 35 tahun	Tone
Etnis asia	Tone/ trauma
Obesitas: BMI > 35	Tone
Grande multipara	Tone/ tissue
Abnormalitas uterus	Tone
Kelainan darah maternal	Thrombin
Riwayat PPS atau retensio plasenta	Tone/ tissue
Anemia dengan Hb <9 gr/dL	No reserve
Perdarahan antepartum (plasenta previa atau solusio plasenta)	Tissue/ tone/ thrombin
Overdistensi uterus (gemeli, polihidramnion, makrosomia)	Tone Thrombin
Intrauterine fetal death (IUFD)	

Referensi: Network SMaNC. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Primary postpartum haemorrhage. Queensland: Queensland Government; 2012.

B. Intrapartum

Tabel 4.5. Faktor Risiko PPS Intrapartum

FAKTOR RISIKO	ETIOLOGI
Partus presipitatus	Trauma/ <i>Tone</i>
Persalinan memanjang	<i>Tone/ Tissue</i>
Korioamnionitis, pireksia intrapartum	<i>Tone/ Thrombin</i>
Penggunaan oksitosin (induksi, augmentasi)	<i>Tone</i>
Emboli cairan amnion	<i>Thrombin</i>
Inversio uterus	Trauma/ <i>Tone</i>
Trauma saluran genital	Trauma
Persalinan pervaginam dibantu	Trauma/ <i>Tone</i>
Seksio sesarea (terutama yang emergensi)	Trauma/ <i>Tone</i>

Referensi: Network SMaNC. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Primary postpartum haemorrhage. Queensland: Queensland Government; 2012

C. Postpartum

Tabel 4.7. Faktor Risiko PPS

FAKTOR RISIKO

- Sisa konsepsi (plasenta, kotiledon, selaput atau bekuan darah)
- AFE/ DIC
- Hipotonia yang diinduksi oleh obat
- Distensi kandung kemih yang mencegah kontraksi uterus

Referensi¹³: Network SMaNC. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Primary postpartum haemorrhage. Queensland: Queensland Government; 2012.

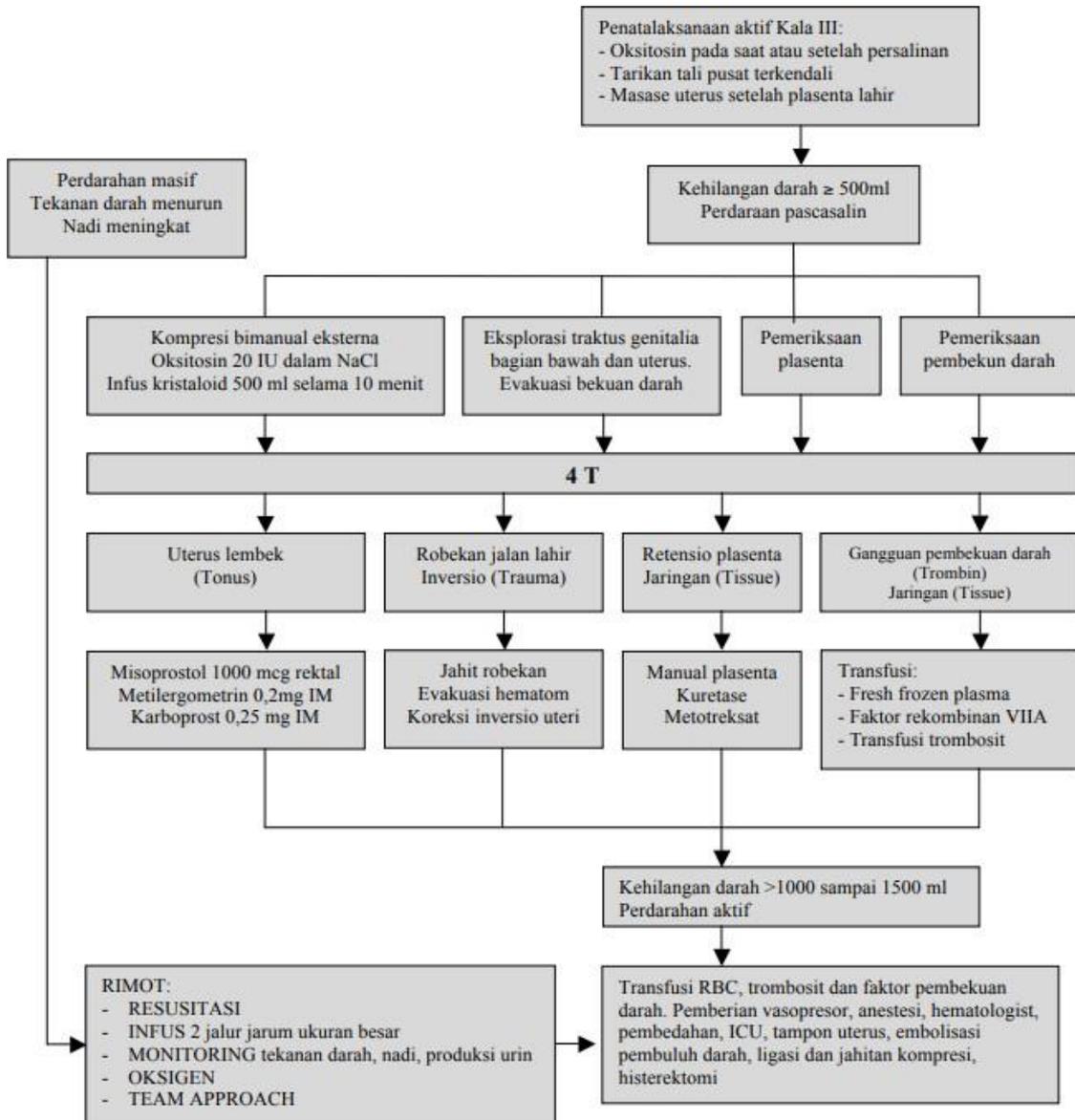
D. MANIFESTASI KLINIS PPS

Tabel 3.1. Manifestasi Klinis Perdarahan Pasca-Salin

Kehilangan Darah	Tekanan Darah (Sistolik)	Tanda dan Gejala	Derajat Syok
500-1000 ml (10-15%)	Normal	Palpitasi, pusing, takikardi	Terkompensasi
1000-1500 ml (15-25%)	Sedikit menurun (80-100 mmHg)	Kelemahan, berkeringat, takikardi	Ringan
1500-2000 ml (25-35%)	Menurun (70-80 mmHg)	Gelisah, pucat, oliguria	Sedang
2000-3000 ml (35-45%)	Sangat menurun (50-70 mmHg)	Kolaps, <i>air hunger</i> , anuria	Berat

Referensi⁹: Schuurmans N, MacKinnon C, Lane C, Duncan E. SOGC Clinical Practice Guideline: Prevention and management of postpartum haemorrhage. Journal of Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada April, 2000: 1-9.

E. TATALAKSANA PERDARAHAN PASCA SALIN



F. KOMPLIKASI

Syok adalah suatu sindroma akut yang timbul karena disfungsi kardiovaskular dan ketidakmampuan sistem sirkulasi memberi oksigen dan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme organ vital. Syok menyebabkan perfusi jaringan tidak adekuat/hipoksia selular, metabolisme selular abnormal, dan kerusakan homeostatis mikrosirkulasi. Syok hipovolemik disebut juga dengan syok preload yang ditandai dengan menurunnya volume intravaskular oleh karena perdarahan. Syok hipovolemik juga dapat terjadi karena kehilangan cairan tubuh yang lain. Pada syok hipovolemik, jantung akan tetap sehat dan kuat, kecuali jika miokard sudah mengalami hipoksia karena perfusi yang sangat berkurang. Syok hemoragik secara khusus merupakan hilangnya darah secara akut dalam jumlah yang signifikan sehingga volume sirkulasi menjadi tidak adekuat. Kondisi hipoperfusi pada syok hemoragik akan menginduksi ketidakseimbangan antara jumlah pengiriman dan

kebutuhan oksigen atau substrat yang dibutuhkan sehingga memicu terjadinya disfungsi selular.

Tabel 1 Klasifikasi syok hemoragik

Variabel	Derajat I	Derajat II	Derajat III	Derajat IV
Hilang Darah	<1000	1000-1500	1500-2000	>2000
Denyut Nadi	<100	>100	>120	>140
Tekanan Darah	Normal	Menurun	Sangat Turun	Tidak terukur
Pengisian Kapiler	Normal	Mungkin terlambat	Sering terlambat	Selalu terlambat
Nafas	Normal	ringan ↑	Takipnea Sedang	Gagal Nafas
Urine (ml/h)	>30	20-30	5-20	Anuria
Status mental	Normal/Agitasi	Agitasi	Konfusi	Letargi, tidaksadar
Cairan	Kristaloid	Kristaloid	Kristaloid dan Darah	Kristaloid dan Darah

Untuk penanganan syok, penatalaksanaan yang dapat dilakukan yaitu menentukan defisit cairan dan segera melakukan resusitasi cairan dengan RL, jika tidak adekuat dapat menggunakan cairan koloid. Jika dosis maksimal cairan koloid tidak dapat mengoreksi kondisi syok, dapat diberi noradrenaline, selanjutnya apabila tidak terdapat perbaikan, dapat ditambahkan dobutamine. Terapi resusitasi cairan dinyatakan berhasil dengan menilai perbaikan outcome hemodinamik klinis.

Prinsip penanganan syok antara lain menatalaksana penyebab perdarahan atau hilangnya cairan, mengembalikan perfusi jaringan, segera memberi atau mengganti volume yang hilang dan memberikan ventilasi dan oksigenasi yang kuat. Pengembalian volume darah dapat meningkatkan curah jantung dan tekanan darah, menyeimbangkan kebutuhan oksigen dan penghantaran oksigen agar terhindar dari hipoperfusi organ. Prinsip terapi cairan pada syok hemoragik adalah menuju normovolemi sehingga hemodinamik stabil; memelihara supaya tekanan koloid tetap adekuat, memelihara keseimbangan dan komposisi kompartemen cairan tubuh. Tujuan penanganan tahap awal adalah untuk mengembalikan perfusi dan oksigenasi jaringan dengan memulihkan volume sirkulasi intravaskuler. Terapi cairan paling penting pada syok distributif dan syok hipovolemik, yang paling sering terjadi pada trauma, perdarahan, dan luka bakar. Pemberian cairan intravena akan memperbaiki volume sirkulasi intravaskuler, meningkatkan curah jantung dan tekanan darah. Cairan kristaloid umumnya digunakan sebagai terapi lini pertama, dapat

dilanjutkan dengan cairan koloid apabila cairan kristaloid tidak adekuat atau membutuhkan efek penyumbat untuk membantu mengurangi perdarahan.

Cairan kristaloid yang umum digunakan sebagai cairan resusitasi pada syok adalah RL, NaCl 0,9%, dan dextrose 5%. Terapi pada syok antara lain: (1) tentukan defisit cairan; (2) atasi syok: berikan infus RL (jika terpaksa NaCl 0,9%) 20 mL/kgBB dalam ½ - 1 jam dan dapat diulang. Pada syok hemoragik bisa diberikan 2- 3 l dalam 10 menit. Apabila pemberian cairan kristaloid tidak adekuat/gagal, dapat diganti dengan cairan koloid, seperti HES, gelatin, dan albumin; bila dosis maksimal, cairan koloid tidak dapat mengoreksi kondisi syok, dapat diberi noradrenaline, selanjutnya apabila tidak terdapat perbaikan, dapat ditambahkan dobutamine; sisa defisit 8 jam pertama: 50% defisit + 50% kebutuhan rutin; 16 jam berikutnya : 50% defisit + 50% kebutuhan rutin; Apabila dehidrasi melebihi 3-5% BB, periksa kadar elektrolit, jangan memulai koreksi defisit kalium apabila belum ada diuresis. Terapi resusitasi cairan dinyatakan berhasil dengan menilai perbaikan outcome hemodinamik klinis, seperti: (a) MAP (mean arterial pressure) \geq 65 mmHg. (b) CVP (central venous pressure) 8-12 mmHg. (c) Urin output \geq 0,5 mL/kgBB/jam. (d) Central venous (vena cava superior) atau mixed venous oxygen saturation \geq 70%. (e) Status mental normal.

KESIMPULAN

Wanita, berusia 28 tahun, datang dengan keluhan perdarahan yang tidak terkontrol setelah melahirkan 5 hari yang lalu di bidan. Bayi yang lahir secara spontan, langsung menangis kuat, jenis kelamin laki-laki, BB 3900 g, diikuti oleh kelahiran plasenta. Pada pemeriksaan fisik ditemukan keadaan umum lemah, komposmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, denyut nadi 113 x/menit, pernapasan 22 x/menit, suhu 36,6 °C. Pada status umum diperoleh konjungtiva pucat dan akril dingin. Pada pemeriksaan obstetri ditemukan kontraksi lemah, tidak ada nyeri tekan. Pemeriksaan bagian bawah ditemukan lividae, orifisium uretra eksterna (OUE) terbuka, perdarahan aktif, laserasi positif, hecing positif. Pemeriksaan penunjang menunjukkan adanya Hb rendah 4,6 g/dl, Pasien didagnosis sebagai P1A0 postpartum spontan 5 hari dengan HPP ec sisa plasenta + atonia uteri + anemia.

BIBLIOGRAFI

- Arikumalasari, Jesica, Dewantara, IGNA, & Wijayanti, NPAD. (2013). Optimasi HPMC sebagai gelling agent dalam formula gel ekstrak kulit buah manggis (*Garcinia mangostana* L.). *Jurnal Farmasi Udayana*, 2(3), 279-288.
- Asih, Besty Ratna, Purnama, Hexawan Tjahja, & Mulyaningsih, Erika Agung. (2015). FAKTOR-FAKTOR TERJADINYA PERDARAHAN POST PARTUM DI RUANG PONEK RSUD JOMBANG: The Factors Occurrence Post Partum Hemorrhage In Ponek RSUD Jombang. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (Scientific Journal of Midwifery)*, 1(1), 13-18.
- Candra, Aryu. (2010). Demam berdarah dengue: Epidemiologi, patogenesis, dan faktor risiko penularan. *ASPIRATOR-Journal of Vector-Borne Disease Studies*,

2(2).

- Manuaba, I. G. B., & Obstetri, Pengantar Kuliah. (2007). EGC. Jakarta.
- Oxorn, Harry, & Forte, William R. (2010). *Ilmu kebidanan: patologi dan fisiologi persalinan*. Penerbit Andi.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2009). *Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Puteri, Mahfuzhah Deswita. (2021). KARAKTERISTIK PENYEBAB PERDARAHAN POST PARTUM PRIMER PADA IBU BERSALIN. *Jurnal Kajian Ilmiah Kesehatan Dan Teknologi*, 3(1), 30–36.
- Rofinda, Zelly Dia. (2012). Kelainan hemostasis pada leukemia. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 1(2).
- Sari, Silvie Permata, Amir, Aprima Yona, & Sirait, Endang. (2022). HUBUNGAN ANEMIA DALAM KEHAMILAN DAN RIWAYAT PERSALINAN DENGAN PERDARAHAN PASCA PERSALINAN DI RSUD TUAPEIJAT KABUPATEN KEPULAUAN MENTAWAI. *CITRA RANAH MEDIKA*, 2(1), 28–35.
- Simanjuntak, Leo. (2021). *Obstetrik Emergensi*. Fakultas Kedokteran UHN.
- Tita, Alan T. N., Landon, Mark B., Spong, Catherine Y., Lai, Yinglei, Leveno, Kenneth J., Varner, Michael W., Moawad, Atef H., Caritis, Steve N., Meis, Paul J., & Wapner, Ronald J. (2009). Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *New England Journal of Medicine*, 360(2), 111–120.
- Varney, Jennifer. (2007). Intrusive advising. *Academic Advising Today*, 30(3), 11.

Copyright holder:

Audry Santoso (2023)

First publication right:

Jurnal Health Sains

This article is licensed under:

