



P₂A₀ Post Partum Spontan 11 Jam (di Luar) dengan HPP Dini ec Sisa Plasenta + Anemia Berat

Jihan Nurlela, Ratna Dewi Puspita Sari
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Insidensi perdarahan postpartum di negara-negara maju sekitar 5% dari kelahiran, sementara di negara-negara berkembang bisa mencapai 28% dan menjadi masalah utama dalam kematian ibu. Pencegahan, diagnosis dini, dan manajemen yang tepat merupakan kunci untuk mengurangi dampak tersebut. Kematian ibu merupakan indikator status kesehatan ibu, terutama risiko kematian ibu saat kehamilan dan persalinan. Penyebab perdarahan postpartum adalah atonia uteri, trauma, sisa plasenta, dan koagulopati, yang sering disebut sebagai "empat T". Wanita, berusia 25 tahun, datang dengan keluhan perdarahan yang tidak terkontrol setelah melahirkan 11 jam yang lalu. Bayi yang lahir secara spontan, langsung menangis kuat, jenis kelamin perempuan, BB 3800 g, diikuti oleh kelahiran plasenta, namun disertai dengan perdarahan vagina terus menerus, 8 kali ganti pembalut. Pada pemeriksaan fisik ditemukan keadaan umum tidak sehat, kompos mentis, tekanan darah 110/70 mmHg, denyut nadi 120 x/menit, pernapasan 24 x/menit, suhu 36,6 °C. Pada status umum diperoleh konjungtiva pucat dan akral dingin. Pada pemeriksaan obstetri luar ditemukan fundus uteri setinggi umbilikus, kontraksi sedang, 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 6,2 g/dl, leukosit 13.800/ul. Pasien didagnosis sebagai P2A0 post partum spontan 11 jam (di luar) dengan HPP primer ec sisa plasenta + anemia berat.

Kata kunci: obstetri, perdarahan post partum, sisa plasenta

Abstract

The incidence of post partum hemorrhage in developed countries about 5% of births, while in developing countries could reach 28% of the labor and became a major problem in maternal mortality. Prevention, diagnosed early, and real correct management, representing key to reduce the impact. Mortality of maternal represent indicator expressing status health of mother, especially the risk to mother when pregnancy and labor. Causes of postpartum hemorrhage are uterine atony, trauma, rest of placenta, and coagulopathy, commonly referred to as the "four Ts". Woman, 25 years old, came with complaints of uncontrolled bleeding after childbirth 11 hours ago. Babies born spontaneously, immediately cried strong, female gender, BB 3800 g, followed by the birth of the placenta, but is accompanied by vaginal bleeding continuously 8 times change the bandage postpartum. On physical examination found the general state of being unwell, compos mentis, blood pressure 110/70 mmHg, pulse 120 x/min, breathing 24 x/min, the temperature 36,6 °C. On the generalist status obtained anemis conjunctiva and acral felt cold. On external examination obstetric found Uterine Fundus is in the umbilical, moderate contraction, there are no tenderness. Examination of the lower portion is found livide, OUE open, active bleeding, lacerations positive, positive hecting. Supporting examination showed the presence of low Hb patients is 6.2 g/dl, leukocytes 13,800/ul. Patients didagnosis as P2A0 post partum spontaneous 11 hours (outside) with early HPP ec rest of placenta and severe anemia.

Keywords: obstetry, post partum hemorrhage, rest of placenta

Korespondensi: Jihan Nurlela, S.Ked, alamat Jl. Way Seputih No.17, Pahoman, Bandar. HP 082176277767, e-mail jihannurlela@gmail.com

Pendahuluan

Perdarahan postpartum adalah penyebab utama kematian ibu di banyak negara berkembang dan berpendapatan tinggi dan juga merupakan penyebab utama peripartum histerektomi, yang diketahui menyebabkan banyak gejala fisik dan psikologis pada wanita muda usia subur. Perdarahan post partum didefinisikan sebagai kehilangan darah melebihi 500 cc, perdarahan tersebut dapat terjadi sebelum, selama ataupun sesudah plasenta lahir.¹⁻⁵

Tiga faktor utama yang menyebabkan kematian ibu melahirkan adalah perdarahan

(28%), eklampsia (24%), dan infeksi (11%). Angka kejadian perdarahan postpartum setelah persalinan pervaginam yaitu 5-8%. Perdarahan postpartum adalah penyebab paling umum perdarahan yang berlebihan pada kehamilan, dan hampir semua tranfusi pada wanita hamil dilakukan untuk menggantikan darah yang hilang setelah persalinan.⁵

Banyak faktor potensial yang dapat menyebabkan perdarahan postpartum, faktor-faktor yang menyebabkan perdarahan postpartum adalah atonia uteri, perlukaan



jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta, dan kelainan pembekuan darah.⁶

Kasus

Ny. ERN seorang pasien perempuan, usia 25 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga datang ke Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. H Abdul Moeloek bersama seorang bidan dengan keluhan perdarahan pervaginam sejak 11 jam yang lalu setelah pasien melahirkan dan ditolong oleh bidan. Bayi lahir spontan, langsung menangis kuat, jenis kelamin perempuan, hidup, cukup bulan, BB 3.800 gram, diikuti lahirnya plasenta, tetapi disertai dengan perdarahan pervaginam terus menerus sebanyak 8 kali ganti pembalut pascamelahirkan. Riwayat demam disangkal, riwayat penyakit gangguan pembekuan darah disangkal. Selain itu pasien juga mengeluh lemas dan menggigil. Pasien mempunyai 2 anak, anak pertama berusia 2 tahun dengan riwayat kelahiran spontan, cukup bulan, BB 3.700 gram, dan lahir ditolong oleh bidan, anak kedua lahir 11 jam sebelum masuk rumah sakit (SMRS), lahir spontan, cukup bulan, BB 3.800 gram, ditolong oleh bidan.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 120 x/menit, pernapasan 24 x/menit, suhu 36,6 °C. Pada status umum didapatkan konjungtiva anemis dan akral dingin. Pada pemeriksaan luar obstetri ditemukan tinggu fundus uteri (TFU) setinggi umbilikus, kontraksi sedang, tidak terdapat nyeri tekan. Pemeriksaan dalam ditemukan portio lividae, OUE terbuka, perdarahan aktif, laserasi positif, *hecting* positif.

Pemeriksaan penunjang menunjukkan adanya Hb pasien yang rendah yaitu 6,2 gr/dl, leukosit 13.800/ul, trombosit 177.000/mm³, hematokrit 19%, *Clotting Time* (CT) 12 menit dan *Bleeding Time* (BT) 4 menit. Diagnosis kerja pada pasien ini adalah P₂A₀ postpartum spontan 11 jam (di luar) dengan HPP dini ec sisa plasenta + anemia berat. Penatalaksanaan pada pasien ini cukup tepat. Pada pasien ini dilakukan tatalaksana aktif berupa kuretase, disertai dengan pemberian IVFD RL 2 jalur guyur dan salah satu flabot didrip oksitosin 2x10 IU, transfusi *Whole Blood* (WB) yang dilanjutkan dengan *Packed Red Cell* (PRC), dan pemberian antibiotik amoksisillin.

Pembahasan

Perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan atau hilangnya darah 500 cc atau lebih yang terjadi setelah anak lahir. Perdarahan dapat terjadi sebelum, selama, atau sesudah lahirnya plasenta.¹ Menurut waktu terjadinya dibagi atas dua bagian: (1) Perdarahan Pasca Persalinan Dini (*Early Postpartum Haemorrhage*, atau Perdarahan Postpartum Primer, atau Perdarahan Pasca Persalinan Segera). Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri. Terbanyak dalam 2 jam pertama. (2) Perdarahan masa nifas (PPH kasep atau Perdarahan Persalinan Sekunder atau Perdarahan Pasca Persalinan Lambat, atau Late PPH). Perdarahan pasca persalinan sekunder terjadi setelah 24 jam pertama. Perdarahan pasca persalinan sekunder sering diakibatkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik (subinvolusio uteri) atau sisa plasenta yang tertinggal.⁵

Banyak faktor potensial yang dapat menyebabkan *postpartum hemorrhage*, faktor-faktor yang menyebabkan *postpartum hemorrhage* adalah atonia uteri, perlukaan jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta, kelainan pembekuan darah, subinvolusio uteri.⁷

1. *Tone Dimished*: Atonia uteri

Atonia uteri adalah suatu keadaan di mana uterus gagal untuk berkontraksi dan mengecil sesudah janin keluar dari rahim. Perdarahan postpartum secara fisiologis di kontrol oleh kontraksi serat-serat myometrium terutama yang berada disekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlekatan plasenta. Atonia uteri terjadi ketika myometrium tidak dapat berkontraksi. Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan postpartum.

2. *Tissue*

- a. Retensio plasenta
- b. Sisa plasenta
- c. Plasenta akreta dan variasinya.



Apabila plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir, hal itu dinamakan retensio plasenta. Hal ini bisa disebabkan karena: plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas akan tetapi belum dilahirkan. Plasenta belum lepas dari dinding uterus karena:

- kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesiva)
- Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab vilis komalis menembus desidua sampai miometrium—sampai di bawah peritoneum (plasenta akreta—perkreta). Plasenta yang sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III. Sehingga terjadi lingkaran konstiksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (inkarserasio plasenta). Sisa plasenta yang tertinggal merupakan penyebab 20-25% dari kasus perdarahan postpartum.

Penemuan ultrasonografi adanya masa uterus yang echogenic mendukung diagnosa retensio sisa plasenta. Hal ini bisa digunakan jika perdarahan beberapa jam setelah persalinan ataupun pada late postpartum hemorraghe. Apabila didapatkan kavum uteri kosong tidak perlu dilakukan dilatasi dan kuretase.

3. Trauma

Sekitar 20% kasus *postpartum hemorraghe* disebabkan oleh trauma jalan lahir.

- a. Ruptur uterus
- b. Inversi uterus
- c. Perluasan jalan lahir
- d. Vaginal hematoma

Ruptur spontan uterus jarang terjadi, faktor resiko yang bisa menyebabkan antara lain grande multipara, malpresentasi, riwayat operasi uterus sebelumnya, dan persalinan dengan induksi oksitosin. Ruptur uterus sering terjadi akibat jaringan parut *section secarea* sebelumnya.

Laserasi dapat mengenai uterus, serviks, vagina, vulva, dan biasanya terjadi karena persalinan secara operasi ataupun persalinan

pervaginam dengan bayi besar, terminasi kehamilan dengan *vacuum* atau *forcep*, walau begitu laserasi bisa terjadi pada sembarang persalinan. Laserasi pembuluh darah dibawah mukosa vagina dan vulva akan menyebabkan hematoma, perdarahan akan tersamarkan dan dapat menjadi berbahaya karena tidak akan terdeteksi selama beberapa jam dan bisa menyebabkan terjadinya syok.

Episiotomi dapat menyebabkan perdarahan yang berlebihan jika mengenai arteri atau vena yang besar, jika episitomi luas, jika ada penundaan antara episitomi dan persalinan, atau jika ada penundaan antara persalinan dan perbaikan episitomi. Perdarahan yang terus terjadi (terutama merah menyala) dan kontraksi uterus baik akan mengarah pada perdarahan dari laserasi ataupun episitomi. Ketika laserasi serviks atau vagina diketahui sebagai penyebab perdarahan maka *repair* adalah solusi terbaik.^{9,10}

Pada inversio uteri bagian atas uterus memasuki kavum uteri, sehingga tundus uteri sebelah dalam menonjol kedalam kavum uteri. Peristiwa ini terjadi tiba-tiba dalam kala III atau segera setelah plasenta keluar. Inversio uteri dapat dibagi:

- Fundus uteri menonjol kedalam kavum uteri tetapi belum keluar dari ruang tersebut.
- Korpus uteri yang terbalik sudah masuk kedalam vagina.
- Uterus dengan vagina semuanya terbalik, untuk sebagian besar terletak diluar vagina.

Tindakan yang dapat menyebabkan inversion uteri ialah perasat *crede* pada korpus uteri yang tidak berkontraksi baik dan tarikan pada tali pusat dengan plasenta yang belum lepas dari dinding uterus. Pada penderita dengan syok perdarahan dan fundus uteri tidak ditemukan pada tempat yang lazim pada kala III atau setelah persalinan selesai.⁷

Pemeriksaan dalam dapat menunjukkan tumor yang lunak diatas serviks uteri atau dalam vagina. Kelainan tersebut dapat menyebabkan keadaan gawat dengan angka kematian tinggi (15-70%). Reposisi secepat mungkin memberi harapan yang terbaik untuk keselamatan penderita.⁷

Berdasarkan hasil anamnesis diperoleh bahwa kurang lebih 11 jam yang lalu SMRS,



pasien melahirkan ditolong oleh bidan, spontan, langsung menangis kuat, bayi perempuan, hidup, BB 3.800 gram, cukup bulan, diikuti lahirnya plasenta, tetapi disertai dengan perdarahan dari kemaluan terus menerus sebanyak 8 kali ganti pembalut, darah merah segar.

Dari uraian di atas, keluhan yang muncul sesuai dengan gambaran klinis dari perdarahan post partum primer atau HPP Dini karena perdarahan terjadi kurang dari 24 jam dan penyebabnya sisa plasenta dikarenakan menurut anamnesis plasenta sudah lahir namun perdarahan tetap aktif. Pada pemeriksaan dalam menggunakan inspekulo, terdapat OUE yang terbuka, fluksus (+) dengan darah aktif, juga ditemukan adanya laserasi, tapi luka sudah terjahit tanpa adanya tanda perdarahan tambahan, untuk itu perdarahan post partum akibat trauma telah jalan lahir telah disingkirkan.

Orang sakit (OS) dilakukan pemeriksaan laboratorium darah rutin dan hasilnya os memiliki kadar Hb: 5,9 gr/dl dan peningkatan sedikit kadar leukosit: 13.800. Hal ini dapat menunjukkan bahwa pasien dalam keadaan anemia berat dan infeksi, walaupun tanda infeksi lain tidak terlihat. Melalui pemeriksaan tersebut, diagnosis banding tonus, trauma, dan gangguan pembekuan darah dapat disingkirkan. Keterangan berupa telah lahirnya plasenta yang diikuti dengan tinggi fundus yang menetap setinggi pusat, disertai adanya darah yang aktif mengalir dari OUE sejak 11 jam setelah partus, menunjukkan gambaran dari perdarahan post partum dini yang disebabkan oleh sisa plasenta yang tertinggal.

Hemorraghe postpartum digunakan untuk persalinan dengan umur kehamilan lebih dari 20 minggu, karena apabila umur kehamilan kurang dari 20 minggu disebut sebagai aborsi spontan.⁹

Beberapa gejala yang bisa menunjukkan hemorraghe postpartum :

1. Perdarahan yang tidak dapat dikontrol
2. Penurunan tekanan darah
3. Peningkatan detak jantung
4. Penurunan hitung sel darah merah (hematokrit)
5. Pembengkakan dan nyeri pada jaringan daerah vagina dan sekitar perineum

Perdarahan hanyalah gejala, penyebabnya haruslah diketahui dan

ditatalaksana sesuai penyebabnya. Perdarahan postpartum dapat berupa perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat ibu dapat jatuh kedalam keadaan syok. Atau dapat berupa perdarahan yang merembes perlahan-lahan tapi terjadi terus menerus sehingga akhirnya menjadi banyak dan menyebabkan ibu lemas ataupun jatuh kedalam syok.⁸

Pada perdarahan melebihi 20% volume total, timbul gejala penurunan tekanan darah, nadi dan napas cepat, pucat, ekstremitas dingin, sampai terjadi syok. Pada perdarahan sebelum plasenta lahir biasanya disebabkan retensio plasenta atau laserasi jalan lahir, bila karena retensio plasenta maka perdarahan akan berhenti setelah plasenta lahir. Pada perdarahan yang terjadi setelah plasenta lahir perlu dibedakan sebabnya antara atonia uteri, sisa plasenta, atau trauma jalan lahir. Pada pemeriksaan obstetrik kontraksi uterus akan lembek dan membesar jika ada atonia uteri. Bila kontraksi uterus baik dilakukan eksplorasi untuk mengetahui adanya sisa plasenta atau laserasi jalan lahir.

Berikut langkah-langkah sistematis untuk mendiagnosa perdarahan postpartum.⁹

1. Palpasi uterus: bagaimana kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri
2. Memeriksa plasenta dan ketuban: apakah lengkap atau tidak
3. Lakukan eksplorasi kavum uteri untuk mencari sisa plasenta dan ketuban, robekan rahim dan plasenta succenturiata
4. Inspekulo: untuk melihat robekan pada cerviks, vagina, dan varises yang pecah.
5. Pemeriksaan laboratorium: *bleeding time*, Hb, *Clot Observation test* dan lain-lain.

Pada pasien ini dilakukan tatalaksana aktif berupa kuretase, disertai dengan pemberian IVFD RL 2 jalur geyur, salah satu flabot dimasukkan oksitosin 2x10 IU secara drip, transfusi WB yang dilanjutkan dengan PRC, dan pemberian antibiotik amoksisillin. Oksitosin bekerja untuk meningkatkan motilitas uterus dengan merangsang kontraksi otot polos uterus. Oksitosin, alkaloid ergot, dan beberapa prostaglandin adalah obat-obat dalam golongan ini. Ketika efek oksitosin alami tidak cukup atau bila ada indikasi medis untuk



menginduksi persalinan, dipakai oksitosin sintetik dan beberapa prostaglandin.

Penanganan perdarahan post partum akibat sisa plasenta:

- a) Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase. Dalam kondisi tertentu apabila memungkinkan, sisa plasenta dapat dikeluarkan secara manual. Kuretase harus dilakukan dirumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.
- b) Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau peroral.
- c) Antibiotika dalam dosis pencegahan sebaiknya diberikan.

Simpulan

Pasien Ny. ERN, perempuan berusia 25 tahun didiagnosis berdasarkan hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik yaitu P₂A₀ post partum spontan 11 jam (diluar) dengan HPP dini ec sisa plasenta + anemia berat. Etiologi yang mungkin pada pasien ini adalah karena adanya sisa plasenta yang tertinggal. Terapi yang telah diberikan berupa tatalaksana aktif berupa kuretase, disertai dengan pemberian IVFD RL xxx gtt/mnt + oksitosin 2x10 IU secara drip, transfusi WB yang dilanjutkan dengan PRC, dan pemberian antibiotik amoksisillin.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. Guidelines for the management of postpartum

- haemorrhage and rest of placenta. Geneva: WHO Press; 2009.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006; 367(9516):1066-74.
3. Potts M, Hemmerling A. The worldwide burden of postpartum haemorrhage: policy development where inaction is lethal. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006; 94 Suppl 2:S116-21.
4. Knight M; UKOSS. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage. *BJOG*. 2007; 114(11):1380-7.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana strategis kementerian kesehatan tahun 2010-2014. Jakarta; Kemenkes RI: 2010.
6. Gayat E, Resche-Rigon M, Morel O, Rossignol M, Mantz J, Nicolas-Robin A, et al. Predictive factors of advanced interventional procedures in a multicentre severe postpartum haemorrhage study. *Intensive Care Med*. 2011; 37(11):1816-25.
7. Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY, et al. *Williams Obstetrics*. Edisi ke-23. USA: McGraw-Hill Company; 2010.
8. Saifuddin AB, Rachimhadhi T, Wiknjastro GH. Ilmu kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka; 2010.
9. Febrianto HN. Perdarahan pasca persalinan. Palembang: Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya; 2008.
10. B-Lynch C, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M. Postpartum hemorrhage. UK: Sapiens Publishing; 2006.