



Perdarahan Post Partum Dini e.c Retensio Plasenta

Budiman, Diana Mayasari
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Perdarahan post partum (PPP) dini adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1.000 mL setelah persalinan abdominal yang terjadi setelah kala III hingga 24 jam pertama. Perdarahan lebih dari normal apabila telah menyebabkan perubahan tanda vital ditandai dengan keluhan lemah, berkeringat dingin, menggigil, takipneu, tekanan darah sistolik <90 mmHg, denyut nadi >100 x/menit, kadar Hb <8 g/dl. Seorang wanita 38 tahun datang dengan keluhan mengeluarkan darah setelah melahirkan sekitar 7 jam sebelum masuk rumah sakit (RS). Pasien melahirkan di puskesmas ditolong oleh bidan, bayi lahir spontan, menangis kuat, berat badan 4300 gr, cukup bulan, tanpa diikuti lahirnya plasenta disertai perdarahan dari kemaluan terus-menerus. Perdarahan terjadi sebanyak 3 kali ganti kain basah, merah segar, sudah diberikan darah sebanyak 2 kantong sejak di puskesmas dan saat menuju ke RS. Setelah tiba di RS dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan TD 90/60 mmHg, tampak lemah dan pucat disertai konjungtiva anemis. Pada pemeriksaan luar didapatkan tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat (20 cm), nyeri tekan (+). Pada pemeriksaan dalam didapatkan ostium uteri eksternum terbuka, teraba jaringan pada OUE, tanda lepas plasenta (-), erosi laserasi polip (-). Pasien didiagnosis dengan P5A1 post partum spontan 7 jam diluar dengan PPP dini e.c retensio plasenta. Penatalaksanaan dengan perawatan aktif berupa penatalaksanaan suportif diantaranya pemantauan tanda-tanda vital serta resusitasi cairan disertai tindakan klinis dengan manual plasenta. Prinsipnya untuk menghentikan sumber perdarahan yang mengarah terjadinya syok hemoragik.

Kata kunci: perdarahan post partum dini, retained placenta, syok hemoragik

Early Post Partum Haemorrhage e.c Retensio Plasenta

Abstract

Early postpartum hemorrhage is bleeding more than 500 cc happens after the baby is born vaginally or more than 1,000 mL after childbirth abdominal happened after the third stage to the first 24 hours. Bleeding more than normal when it has led to changes in vital signs marked by complaints of weakness, sweating, chills, tachypnea, systolic blood pressure <90 mm Hg, pulse rate >100 x/min, Hb <8 g/dl. A 38 year old woman presents with bleeding after childbirth. Approximately 7 hours before admission, the patient gave birth in health centers, attended by midwives, spontaneous, baby boy alive, weight 4300 grams, quite a month, without being followed by the birth of the placenta, and accompanied by bleeding from the genitals continuously for 3 times changing a damp cloth, fresh red, and has been awarded as much as 2 bags of blood, history of fever (-), then os referred to RS. On physical examination found BP of 90/60 mmHg, looking weak and pale with conjunctival pallor. On external examination obtained fundus uteri two fingers below the umbilical (20 cm), contraction (+), tenderness (+), the lower portion livide, ostium uteri externum open, looked cord out of ostium uteri externum, mark off the placenta (-), erosion laceration polyps (-). Patients diagnosed with Post partum spontaneous P5A1 7 hours outside with early HPP e.c retained placenta. Management with active care in the form of supportive management include monitoring of vital signs and rehydration of fluid with clinical action with manual placenta. The principle is to stop the source of bleeding that leads to shock hemorrhagic.

Key word: early postpartum haemorrhage, retained placenta, syok hemorrhagic

Korespondensi : Budiman, S.Ked, alamat Jl. Nunyai no 03 Rajabasa, Bandar Lampung, HP 085267463975, email salimridwanto@gmail.com

Pendahuluan

Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di sembilan negara maju dan 51 negara persemakmuran rasio kematian ibu di negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100 ribu kelahiran bayi hidup¹

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. Di Indonesia Angka Kematian Ibu (AKI) tertinggi dibandingkan negara-negara ASEAN lainnya seperti Thailand hanya 44 per 100.000 kelahiran hidup, Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup, dan Singapura 6 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 Angka Kematian Ibu (AKI) masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Target global SDG's



(Sustainable Developmental Goals) adalah menurunkan angka kematian ibu sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Mengacu dari kondisi saat ini, potensi untuk mencapai target SDG's untuk menurunkan AKI adalah *off track*, artinya diperlukan kerja keras dan sungguh-sungguh untuk mencapainya.^{1,2}

Terdapat berbagai penyebab penting yang dapat mempengaruhi AKI diantaranya pemberdayaan perempuan yang tak begitu baik, latar belakang pendidikan, sosial ekonomi keluarga, lingkungan masyarakat dan politik, kebijakan juga berpengaruh. Kaum lelaki pun dituntut harus berupaya ikut aktif dalam segala permasalahan bidang reproduksi secara lebih bertanggung jawab. Rendahnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan ibu hamil menjadi faktor penentu angka kematian, meskipun masih banyak faktor yang harus diperhatikan untuk menangani masalah ini. Selain masalah medis, tingginya kematian ibu juga karena masalah ketidaksetaraan gender, nilai budaya, perekonomian serta rendahnya perhatian laki-laki terhadap ibu hamil dan melahirkan. Oleh karena itu, pandangan yang menganggap kehamilan adalah peristiwa alamiah perlu diubah secara sosiokultural agar perempuan dapat perhatian dari masyarakat. Sangat diperlukan upaya peningkatan pelayanan perawatan ibu baik oleh pemerintah, swasta, maupun masyarakat terutama suami.^{3,4}

Penyebab kematian ibu cukup kompleks, dapat digolongkan atas faktor-faktor reproduksi, komplikasi obstetrik, pelayanan kesehatan dan sosio-ekonomi. Penyebab komplikasi obstetrik langsung telah banyak diketahui dan dapat ditangani, meskipun pencegahannya terbukti sulit. Menurut Departemen Kesehatan RI, penyebab obstetrik langsung sebesar 90%, sebagian besar perdarahan (28%), eklampsia (24%) dan infeksi (11%). Penyebab tak langsung kematian ibu berupa kondisi kesehatan yang dideritanya misalnya Kurang Energi Kronis (KEK) 37%, anemia (Hb <11 g%) 40% dan penyakit kardiovaskuler.⁴

Perdarahan bertanggung jawab atas 28% kematian maternal yang merupakan penyebab kematian maternal terbanyak. Salah satu penyebab kematian ibu sebagian besar karena kasus perdarahan dalam masa nifas yang terjadi karena retensio plasenta, sehingga perlu dilakukan upaya penanganan yang baik

dan benar yang dapat diwujudkan dengan upaya peningkatan keterampilan tenaga kesehatan khususnya dalam pertolongan persalinan, peningkatan manajemen Pelayanan Emergensi Dasar Obstetri Neonatus dan Pelayanan Neonatal Emergensi Obstetri Komprehensif, ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan yang merupakan prioritas dalam pembangunan sektor kesehatan guna pencapaian target SDG's tersebut.⁵

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1.000 mL setelah persalinan abdominal. Kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi, maka batasan jumlah perdarahan disebutkan sebagai perdarahan yang lebih dari normal dimana telah menyebabkan perubahan tanda vital, antara lain pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, tekanan darah sistolik <90 mmHg, denyut nadi >100 x/menit, kadar Hb <8 g/Dl.⁵

Retensio plasenta merupakan salah satu penyebab resiko perdarahan yang terjadi segera setelah terjadinya persalinan. Dibandingkan dengan risiko-risiko lain dari ibu bersalin, perdarahan post partum akibat retensio plasenta merupakan salah satu penyebab yang dapat mengancam jiwa dimana ibu dengan perdarahan yang hebat akan cepat meninggal jika tidak mendapat perawatan medis yang tepat. Berdasarkan data kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan di Indonesia adalah sebesar 43%. Menurut WHO dilaporkan bahwa 15-20% kematian ibu karena retensio plasenta dan insidennya adalah 0,8-1,2% untuk setiap kelahiran.^{6,7}

Kasus

Wanita, 38 tahun, baru melahirkan sejak ±7 jam sebelum dirujuk ke rumah sakit, orang sakit (os) melahirkan di puskesmas, ditolong oleh bidan, bayi lahir spontan, langsung menangis kuat, berat badan 4300 gr, cukup bulan, tanpa diikuti lahirnya plasenta, dan disertai perdarahan dari jalan lahir terus menerus sebanyak tiga kali ganti kain basah, merah segar. Pasien sudah diberikan darah sebanyak dua kantong sejak di puskesmas dan di dalam perjalanan menuju RS. Tidak ada



riwayat darah tinggi sebelum hamil. Riwayat darah tinggi pada kehamilan sebelumnya, riwayat pandangan mata kabur, riwayat nyeri ulu hati, riwayat nyeri kepala hebat, riwayat mual dan muntah semua disangkal oleh pasien. Pasien mengatakan sudah memeriksa kehamilannya di bidan sebanyak empat kali selama kehamilan. Tidak ada riwayat diabetes melitus, riwayat asma, riwayat operasi, riwayat sakit jantung, dan tidak merokok. Menurut bidan yang mengantarkan pasien belum dilakukan manajemen kala III dikarenakan tali pusat sempat putus saat melakukan manajemen tali pusat terkendali hingga 30 menit pertama walaupun sudah diberikan rangsangan dan *oxytocin* sudah yang adekuat.

Pemeriksaan fisik didapatkan pasien tampak sakit sedang, kesadaran komposmentis, tekanan darah 90/60 mmHg, nadi 100 x/menit, respirasi 24 x/menit, suhu 36,4 °C, keadaan gizi lebih, tinggi badan 157 cm, berat badan 58 kg dengan IMT 22,5, edema pada tungkai (-). Pada pemeriksaan luar didapatkan tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat (20 cm), nyeri tekan (+). Pada pemeriksaan dalam didapatkan ostium uteri eksternus (OUE) terbuka, teraba jaringan pada OUE, tanda lepas plasenta (-), erosi laserasi polip (-). Pada pemeriksaan laboratorium darah rutin didapatkan hemoglobin 6,4 gr/dl, hematokrit 19%, leukosit 28.200/ul, eritrosit 4,5 juta/ul, trombosit 268.000/mm³. SGOT 17 U/l, SGPT 12 U/l, ureum 13 mg/dl, kreatinin 0,5 mg/dl, Gula Darah Sewaktu (GDS) 98 mg/dl, MCV 77 fl, MCH 25 pg, MCHC 33 g/dl. Pada pemeriksaan ultrasonografi didapatkan kesan ukuran uterus lebih dari normal dan terdapat gambaran sisa plasenta. Pasien ini didiagnosis perdarahan post partum dini e.c retensio plasenta.

Selanjutnya penatalaksanaan pada pasien ini adalah dilakukan observasi perdarahan, tanda-tanda vital (TTV), diberi infus dengan cairan *Ringer Lactat* (RL) 500 cc tetesan 30 x/menit, injeksi oksitosin 2 ampul, injeksi *ceftriaxone* 2x1 gr, dilakukan transfusi sebanyak 5 kantong *whole blood* dan dilanjutkan manual plasenta. Prognosisnya yaitu *dubia ad bonam*.

Pembahasan

Perdarahan post partum (PPP) dini adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih

dari 1.000 mL setelah persalinan abdominal yang terjadi setelah kala III hingga 24 jam pertama. Perdarahan lebih dari normal apabila telah menyebabkan perubahan tanda vital ditandai dengan keluhan lemah, berkeringat dingin, menggigil, takipneu, tekanan darah sistolik <90 mmHg, denyut nadi >100 x/menit, kadar Hb <8 g/dl.^{7,8}

Berdasarkan anamnesis didapatkan pasien baru melahirkan ±7 jam sebelum dirujuk ke RS disertai perdarahan dari kemaluan terus menerus sebanyak 3 kali ganti kain basah, merah segar, dan sudah diberikan darah sebanyak 2 kantong, kemudian pasien dirujuk ke RS.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda syok pada pasien yaitu pasien tampak lemah dan pucat, konjungtiva anemis, pernapasan meningkat, tekanan darah 90/60 mmHg, denyut nadi 122 x/menit. Pada pemeriksaan luar obstetri juga didapatkan tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat (20 cm), nyeri tekan (+). Pada pemeriksaan dalam didapatkan OUE terbuka, teraba jaringan pada OUE, tanda lepas plasenta (-), erosi laserasi polip (-). Pemeriksaan penunjang lain yang dilakukan adalah darah lengkap dan USG. Pada pemeriksaan darah lengkap didapatkan Hb: 6,4 gr/dl. Pada pemeriksaan ultrasonografi didapatkan kesan ukuran uterus lebih dari normal dan terdapat gambaran sisa plasenta.

Dari pemeriksaan di atas dapat dipastikan bahwa pasien sudah lebih dari 30 menit belum mengeluarkan plasenta segera setelah persalinan dan pasien terlihat sangat lemas dan letih. Kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi, maka batasan jumlah perdarahan disebutkan sebagai perdarahan yang lebih dari normal dimana telah menyebabkan perubahan tanda vital, antara lain pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, tekanan darah sistolik <90 mmHg, denyut nadi >100 x/menit, kadar Hb <8 g/dl.¹¹

Berdasarkan penyebabnya retensio plasenta dapat dibagi menjadi secara fungsional dan patologi anatomi. Secara fungsional dapat dibagi menjadi 2 yaitu disebabkan karena his yang kurang kuat atau plasenta yang sukar terlepas dari tempatnya (insersi di sudut tuba); bentuknya (plasenta membranasea, plasenta anularis); dan ukurannya (plasenta yang sangat



kecil). Plasenta yang sukar lepas karena penyebab di atas disebut *plasenta adhesive*. Secara patologi anatomi dapat dibagi menjadi plasenta akreta, plasenta inkreta, plasenta perkreta. Sebab-sebab plasenta belum lahir bisa oleh karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan. Apabila plasenta belum lahir sama sekali, tidak terjadi perdarahan; jika lepas sebagian, terjadi perdarahan yang merupakan indikasi untuk mengeluarkannya.^{15,16}

Prinsip penatalaksanaan pada pasien dengan kasus perdarahan post partum yaitu segera meminta pertolongan, kemudian cegah terjadinya syok hemoragik dengan mencari sumber perdarahan dan segera lakukan tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan sumber perdarahan tersebut.¹⁶

Pada pasien ini penatalaksanaan yang dilakukan sudah tepat. Pada pasien ini sudah dilakukan tindakan yang tepat yaitu merujuk pasien ke RS dikarenakan keadaan emergensi. Kemudian pasien segera dinilai perdarahannya dan segera dilakukan resusitasi cairan pada pasien. Kemudian dilakukan observasi perdarahan, tanda-tanda vital (TTV), pemeriksaan penunjang, diberikan infus dengan cairan *Ringer Lactat* (RL) 500 cc tetesan 30 x/menit, injeksi oksitosin 2 ampul, injeksi ceftriaxone 2x1 gr, dilakukan transfusi sebanyak 5 kantong *whole blood*, pemeriksaan darah lengkap dan dilanjutkan manual plasenta. Prognosis pada ibu dan janin *dubia ad bonam*.

Kemudian pasien dilakukan observasi secara berkala selama tiga hari dan didapatkan pada pemeriksaan fisik tidak terdapat nyeri pada perut bawah, tekanan darah 120/70 mmHg, pernapasan 20 x/menit, nadi 88 x/menit, konjungtiva anemis (-), nyeri tekan abdomen (-), keluar perdarahan dari jalan lahir (-) dan didapatkan nilai Hb 10,8 g/dl. Pasien kemudian dipulangkan setelah diberikan terapi dan diobservasi selama tiga hari dan dianjurkan untuk kontrol minggu depan.

Berdasarkan teori tatalaksana yang dilakukan untuk perdarahan post partum adalah *ask for HELP*. Segera meminta pertolongan, atau pasien dirujuk ke rumah sakit. Kedua, *Assess and resuscitate*. Penilaian derajat darah yang keluar pada pasien ini adalah $\pm 1000-1500$ mL (15-25%). Dilakukan resusitasi cairan menggunakan *ringer lactat* dengan tetesan 30 tetes/menit. Pada pasien ini

juga telah dilakukan pengambilan spesimen darah untuk pemeriksaan kadar Hb. Sambil melakukan resusitasi juga dilakukan upaya menentukan etiologi dan penilaian kontraksi uterus (baik, fundus uteri masih tinggi hal ini bisa disebabkan karena masih adanya sisa plasenta yang tertinggal di dalam uterus). Keempat, *massage the uterus*. Pada pasien ini juga telah dilakukan masase uterus untuk merangsang agar uterus berkontraksi dengan baik. Kelima, *oxytocin infusion/Prostaglandin*. Pasien diberikan oksitosin 20 unit dalam 500 cc *ringer lactat* dan transfusi PRC 3 kolf. Keenam, *Shift to theatre*. Tindakan ini tidak dilakukan karena perdarahan pada pasien dapat dihentikan dengan terapi yang telah diberikan sehingga keadaan pasien berangsur baik. Sehingga tidak perlu tindakan bedah di kamar operasi. Kemudian, *tamponade or uterine packing*. Tidak dilakukan *tamponade* uterus karena perdarahan dapat dihentikan.¹⁷

Kesimpulan

Pada kasus diatas didapatkan seorang masuk RS dan ditemukan kondisi umum tampak lemah disertai perdarahan pervaginam yang baru melahirkan. Dari pemeriksaan fisik didapatkan bahwa plasenta belum keluar sejak 7 jam yang lalu dan didapatkan Hb 6,4 gr/dl. Dalam hal ini pasien telah didiagnosis perdarahan post partum dini dikarenakan menurut definisinya perdarahan post partum (PPP) dini adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1.000 mL setelah persalinan abdominal yang terjadi setelah kala III hingga 24 jam pertama. Pada pasien ini dilakukan penatalaksanaan dengan perawatan aktif berupa penatalaksanaan suportif berupa pemantauan tanda tanda vital, pemeriksaan penunjang, rehidrasi cairan, transfusi darah disertai tindakan klinis dengan manual plasenta.

Pasien dilakukan observasi secara berkala selama 3 hari dan didapatkan pada pemeriksaan fisik tanda-tanda vital dalam keadaan normal, tidak didapatkan perdarahan dan didapatkan nilai Hb 10,8 g/dl. Pasien kemudian dipulangkan setelah diberikan terapi dan diobservasi selama 3 hari dan dianjurkan untuk kontrol minggu depan.

Penatalaksanaan yang dilakukan disini pada dasarnya untuk menghentikan sumber perdarahan dan melakukan resusitasi cairan



yang mengarah terjadinya syok hemoragik. Adapun tatalaksana pada perdarahan post partum dapat disingkat menjadi HAEMOSTASIS (*ask for HELP, Assess and resuscitate, Establish etiology, Ensure Availability of Blood, Massage the uterus, Oxytocin infusion, Shift to theatre, Tamponade or uterine packing, Apply compression suture, Systemic Pelvic Devascularization, Subtotal or total abdominal hysterectomy*).

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik. Profil kesehatan Indonesia 2010. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2011.
2. Departemen Kesehatan Pusat Data dan Informasi. Profil kesehatan Indonesia 2008. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2009.
3. Prawirohardjo S. Ilmu kebidanan. Jakarta: Bina pustaka; 2010.
4. Cunningham, Leveno KJ, Bloom SL, John C. Hauth, Gilstrap, et al. *Obsteri williams*. Edisi ke-23. Jakarta: EGC; 2012.
5. Prawirohardjo S. Ilmu bedah kebidanan. Jakarta: Bina pustaka; 2010.
6. B-Lynch C, Keith LB, Lalonde AB, Karoshi M, editors. *A textbook of postpartum hemorrhage*. United Kingdom: Sapiens Publishing; 2006.
7. Nugroho T. *Obsgyn-obstetri dan ginekologi untuk kebidanan dan keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2012.
8. Miswarti. Hubungan kejadian perdarahan postpartum dini dengan paritas di RSUD Dr. M. Djamil Padang tahun 2005. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2007; 2(1):133-5.
9. Pertiwi M. Faktor risiko maternal perdarahan postpartum di RSUD Dr. Saiful Anwar tahun 2011 [skripsi]. Malang: Universitas Brawijaya; 2013.
10. Sulistiyani CN. Hubungan antara paritas dan usia ibu dengan kejadian perdarahan postpartum di RS Panti Wilasa "Dr. Cipto" Yakkum Cabang Semarang. *JIKK*. 2010; 2:94-102.
11. Koh E, Devendra K, Tan L K. B-lynch suture for the treatment of uterine atony. *Singapore Med J*. 2009; 50(7): 693-7.
12. Moegni EM, Ocviyanti D. *Buku saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia ; 2013.
13. Suryani. Hubungan karakteristik ibu bersalin dan antenatal care dengan perdarahan pasca persalinan di RS Umum Dr. Prongadi tahun 2007 [tesis]. Medan: Universitas Sumatra Utara; 2008.
14. Alan H. DeCherney, Lauren N, Neri L, Ashley SR. *Current diagnosis & treatment obstetrics & gynecology*. Edisi ke-11. The Mc Graw-Hill; 2013.
15. Badriyah, Sulastri, Sutio R. Pengaruh faktor resiko terhadap perdarahan ibu postpartum di RS Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. 2011; II(1):32-6.
16. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(3).