

PENDARAHAN PASKASALIN HAEMORRHAGIC POSTPARTUM

Andi Nur Fadhilah Umar¹, I Putu Fery Immanuel White²

¹Mahasiswa Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako, Indonesia

²Departemen Ilmu Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako

Abstract

Postpartum haemorrhagic is bleeding more than 500 cc happens after the baby is born vaginally or more than 1.000 cc after sectio cesarea. The etiology of postpartum hemorrhage are uterine atony, retensio placentae, genital tract laceration, retained placental tissue and coagulation disorders. Postpartum hemorrhage is still a major problem in obstetrics. In addition to preeclampsia/eclampsia and infection, postpartum hemorrhage is one of the main maternal deaths in both developed and developing countries. It is therefor early diagnosis and prompt management is essential.

Keywords: *Haemorrhagic Postpartum, Maternal Death*

Abstrak

Perdarahan postpartum adalah keadaan kehilangan darah lebih dari 500 ml setelah persalinan pervaginam atau lebih dari 1000 ml setelah persalinan seksio sesarea. Penyebab perdarahan postpartum meliputi atonia uteri, retensio plasenta, laserasi jalan lahir, sisa plasenta dan gangguan pembekuan darah. Perdarahan postpartum masih merupakan masalah utama dalam bidang obstetri. Selain preeklampsia/eklamsia dan infeksi, perdarahan postpartum termasuk kematian maternal utama baik di negara maju dan negara berkembang, oleh sebab itu sangat penting untuk mengenali lebih dini dan memberikan penanganan segera.

Kata kunci: *Perdarahan Post-Partum, Kematian Maternal*

LATAR BELAKANG

Postpartum haemorrhage/PPH adalah keadaan kehilangan darah lebih dari 500 ml setelah persalinan pervaginam atau lebih dari 1000 ml pada persalinan seksio sesarea. Perdarahan masih merupakan masalah utama dalam bidang obstetri. Selain preeklampsia/eklamsia dan infeksi, perdarahan termasuk kematian maternal utama baik di negara maju dan negara berkembang.

Jumlah kematian ibu di Kabupaten/Kota Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2021 adalah sebanyak 109 kasus kematian. Penyebab utama kematian ibu masih disebabkan Perdarahan, 26,60%, Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) 18,35%, Penyebab Infeksi 6,42 % dan Penyebab Gangguan Jantung Sistem Peredaran Darah 2,75%.

PPH bukanlah suatu diagnosis akan tetapi suatu kejadian yang harus dicari kausalnya. Penyebab PPH sering dibagi menjadi 4T yaitu Tone, Trauma, Tissue, dan Trombin. Dari keempat etiologi tersebut, kelainan Tone atau

tonus yang disebabkan atonia uteri, menjadi penyebab tersering dan terpenting terjadinya PPH. Dikarenakan letak anatomis pembuluh darah pada otot uterus yang berada diantara sela-sela otot uterus, maka bila otot uterus berkontraksi akan menutup pembuluh darah tersebut. Menurut waktu terjadinya, PPH dibagi menjadi dua, yaitu PPH primer dan PPH sekunder. PPH primer dimaksudkan jika perdarahan terjadi sampai 24 jam setelah melahirkan. Sebaliknya, yang dimaksud dengan PPH sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam sampai 6 minggu setelah melahirkan.

Definisi

Secara tradisional, post partum haemorrhage (PPH) didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 500 mL setelah selesainya kala 3 persalinan pervaginam atau

1000 ml pada seksio sesarea. Pada tahun 2014 American college of obstetrics and gynecologists (ACOG) menerbitkan reVITALize inisiatif yang menyatakan reklasifikasi definisi PPH sebagai kehilangan darah kumulatif lebih besar atau sama dengan 1000 ml atau kehilangan darah yang berhubungan dengan tanda atau gejala yang mencerminkan hipovolemia dalam 24 jam pertama proses persalinan.

Epidemiologi

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SKDI) menunjukkan bahwa angka kematian ibu (AKI) tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu menurun dibandingkan tahun 2002 yang mencapai 307 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2017 rasio AKI sebesar 177/100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu adalah perdarahan, infeksi, preeklampsia dan eklampsia. Hampir 30% kematian ibu di Indonesia terjadi karena perdarahan post partum.

Homeostasis

Pada masa mendekati aterm, diperkirakan setidaknya 600 ml/menit darah mengalir ke uterus melalui ruang-ruang interviler plasenta. Aliran darah masuk melalui arteri spiralis yang berjumlah sekitar 120 dan vena penyertanya. Dengan terlepasnya plasenta pada kala III persalinan, pembuluh-pembuluh ini akan terputus. Hemostasis pada lokasi implantasi plasenta pertama kali dicapai dengan kontraksi miometrium yang menekan sejumlah pembuluh darah yang berukuran relatif besar sehingga perdarahan berhenti. Selanjutnya diikuti terbentuknya bekuan-bekuan darah yang menyumbat lumen arteri spiralis. Sebaliknya apabila tidak terjadi kontraksi uterus segera setelah pelepasan plasenta akan terjadi perdarahan postpartum yang hebat dan membahayakan jiwa

Etiologi

Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 T yaitu tone (tonus; atonia uteri), tissue (jaringan; retensio plasenta dan sisa plasenta), tears (laserasi; laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus) dan thrombin (koagulopati; gangguan pembekuan darah). Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan postpartum yaitu sebesar 70% dan sekaligus penyebab utama kematian maternal. Trauma seperti laserasi, ruptura uteri dll. sebesar 20%, tissue (jaringan) seperti retensio plasenta, sisa plasenta sebesar 10% serta

S	Devaskularisasi sistem perdarahan pelvis :Lasobudiman, a. Uterina, a. Ovarika, a. Hipogastrika	
I	Embolisasi a.Uteri dengan radiologi intervensi	
S	Histerektomi subtotal/total	<i>Last effort/langkah akhir</i>

thrombin (koagulopati) atau gangguan pembekuan darah seperti idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP), thrombotic thrombocytopenic purpura, penyakit von Willebrand dan hemofilia, menyumbang 1% sebagai penyebab PPH.

Penatalaksanaan

Bila PPH terjadi, harus ditentukan dulu kausa perdarahan, kemudian penatalaksanaannya dilakukan secara simultan, meliputi perbaikan tonus uterus, evakuasi jaringan sisa, dan penjahitan luka terbuka disertai dengan persiapan koreksi faktor pembekuan. Tahapan penatalaksanaan PPH berikut ini dapat disingkat dengan istilah HAEMOSTASIS.

MNEMONIC		
H	Meminta pertolongan	Langkah awal
A	Akses vena dengan kateter ukuran besar (18G) dan infus kristaloid (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat) serta transfusi	
E	Etiologi dan preparat uterotonik	
M	Masase uterus	
O	Preparat uterotonik dan misoprostol	Obat-obatan
S	Persiapan kamar operasi. Singkirkan faktor sisa plasenta, robekan jalan lahir, kompresi bimanual, dan kompresi aorta abdominal	Konservatif non-bedah
T	Tampon uterus vagina, kondom kateter	
A	Kompresi uterus (bedah), teknik B-Lynch	Konservatif bedah

Tabel 1. Langkah HAEMOSTASIS untuk tatalaksana perdarahan postpartum

- Teknik Pemasangan Tampon Kondom Kateter (Metode Sayeba)
 - Kateter dimasukkan ke kondom, lalu diikat dengan benang steril. Infusion set yang telah terpasang pada cairan infus disambungkan dengan pangkal kateter. Perineum, vulva, dan vagina di-desinfeksi dengan cairan anti septik. Speculum dimasukkan ke jalan lahir, tampak portio cervix, portio dapat dicengkram dengan ring(ovum)tang atau secara langsung tanpa dicengkram, kateter kondom dimasukkan ke cavum uteri sampai menyentuh fundus cavum uteri. Kateter dipertahankan sambil cairan infus dialirkan. Setelah kondom mengembang dan memenuhi cavum uteri, cairan dihentikan. Kemudian kasa dipasang sebagai tampon untuk menahan agar kondom tidak keluar. Infusion set dilepas dari pangkal kateter, kateter diikat. Setelah dilakukan pemasangan tampon intra uteri dan stabilisasi pasien dirujuk ke rumah sakit yang mempunyai fasilitas kamar operasi 24 jam.
 - Tatalaksana Khusus
 - a. Atonia Uteri
 - 1) Masase fundus uterus
 - 2) Pastikan plasenta lahir lengkap
 - 3) Evaluasi atau bersihkan bekuan darah/selaput ketuban
 - 4) Kompresi Bimanual Interna (KBI) (maks. 5 menit)
 - 5) Jika kontraksi uterus sudah ada, pertahankan KBI selama 1-2 menit Jika tidak, ajarkan keluarga melakukan Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)
 - 6) Keluarkan tangan (KBI) secara hati-hati
 - 7) Berikan 20-40 IU dalam 1000ml larutan NaCl 0,9%
 - b. Robekan Jalan Lahir
 - Ruptura Perineum dan Robekan Dinding Vagina
 - 1) Lakukan eksplorasi untuk mengidentifikasi sumber perdarahan.
- atau RL dengan kecepatan 60 tpm. Lanjutkan infus oksitosin 20 IU dalam 1000ml NaCl 0,9%/RL dengan kecepatan 40 tpm hingga perdarahan berhenti.
- 8) Bila tidak tersedia oksitosin atau bila perdarahan tidak berhenti, berikan ergometrin 0,2 mg IM atau IV (lambat), dapat diikuti pemberian 0,2 mg IM setelah 15 menit, dan pemberian 0,2 mg IM/IV (lambat) setiap 4 jam bila diperlukan. **JANGAN BERIKAN LEBIH DARI 5 DOSIS (1 mg).** Jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi berat/tidak terkontrol, penderita sakit jantung dan penyakit pembuluh darah tepi.
 - 9) Jika perdarahan berlanjut, berikan 1 g asam tranexamat IV (bolus selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit)
 - 10) Lakukan pasang kondom kateter
 - 11) Siapkan tindakan operatif atau rujuk ke fasilitas yang lebih memadai sebagai antisipasi bila perdarahan tidak berhenti.
 - 12) Di rumah sakit rujukan, lakukan tindakan operatif bila kontraksi uterus tidak membaik, dimulai dari yang konservatif. Pilihan- pilihan tindakan operatif yang dapat dilakukan antara lain prosedur

- 2) Lakukan irigasi pada tempat luka dan bersihkan dengan antiseptik.
- 3) Hentikan sumber perdarahan dengan klem kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap.
- 4) Lakukan penjahitan
- 5) Bila perdarahan masih berlanjut, berikan 1g asam traneksamat IV (bolus selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit) lalu rujuk pasien.
- 4) Berikan antibiotika profilaksis dosis tunggal (ampisilin 2 g IV dan metronidazol 500 mg IV).
- 5) Segera atasi atau rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap bila terjadi komplikasi perdarahan hebat atau infeksi.

Robekan Serviks

- 1) Paling sering terjadi pada bagian lateral bawah kiri dan kanan dari persio.
 - 2) Jepitkan klem ovum pada lokasi perdarahan.
 - 3) Jahitan dilakukan secara kontinu dimulai dari ujung atas robekan kemudian ke arah luar sehingga semua robekan dapat dijahit
 - 4) Bila perdarahan masih berlanjut, berikan 1g asam traneksamat IV (bolus selama 1 menit, dapat diulang setelah 30 menit) lalu rujuk pasien.
- c. Retensio Plasenta
- 1) Berikan 20-40 unit oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9%/Ringer Laktat dengan kecepatan 60 tetes/menit dan 10 UNIT IM. Lanjutkan infus oksitosin 20 UNIT dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9%/Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit hingga perdarahan berhenti
 - 2) Lakukan tarikan tali pusat terkendali
 - 3) Bila tarikan tali pusat terkendali tidak berhasil, lakukan plasenta manual secara hati-hati

Komplikasi

Selain mortalitas maternal, morbiditas maternal akibat kejadian PPH juga cukup berat, sebagian bahkan menyebabkan cacat menetap berupa hilangnya uterus akibat histerektomi. Morbiditas lain diantaranya anemia, kelelahan, depresi, dan risiko transfusi darah. Histerektomi menyebabkan hilangnya kesuburan pada usia yang masih relatif produktif sehingga dapat menimbulkan konsekuensi sosial dan psikologis. Selain itu, telah diketahui bahwa PPH yang masif dapat mengakibatkan nekrosis lobus anterior hipofisis yang menyebabkan Sindroma Sheehan's

Pencegahan

Klasifikasi kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi akan memudahkan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan dengan mengatur petugas kesehatan mana yang sesuai dan jenjang rumah sakit rujukan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai risiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah perdarahan pascapersalinan. Antispasi terhadap hal tersebut dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. Persiapan sebelum hamil untuk memperbaiki keadaan umum dan mengatasi setiap penyakit kronis, anemia, dll sehingga pada saat hamil dan persalinan pasien tersebut ada dalam keadaan optimal
- b. Mengetahui faktor predisposisi PPH seperti multiparitas, anak besar, hamil kembar, hidromnion, bekas seksio, ada riwayat PPH sebelumnya dan

- c. kehamilan risiko tinggi lainnya yang risikonya muncul saat persalinan.
- d. Persalinan harus selesai dalam waktu 24 jam dan pencegahan partus lama.
- e. Kehamilan risiko tinggi agar melahirkan di fasilitas rumah sakit rujukan.
- f. Kehamilan risiko rendah agar melahirkan di tenaga kesehatan terlatih dan menghindari persalinan dukun.
- g. Menguasai langkah-langkah pertolongan pertama menghadapi PPH dan mengadakan rujukan sebagaimana mestinya.

KESIMPULAN

Post partum haemorrhage (PPH) didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 500 mL setelah selesainya kala 3 persalinan pervaginam atau 1000 ml pada seksio sesarea. Penyebab PPH biasanya dikaitkan dengan satu atau kombinasi dari empat asal yang dikenal dengan 4T yaitu tone, tissue, trauma, thrombin. Tahapan penatalaksanaan PPH berikut ini dapat disingkat dengan istilah HAEMOSTASIS.

SARAN

PPH dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal sehingga penting dilakukan edukasi kepada ibu hamil untuk rutin memeriksa kehamilannya untuk mencegah komplikasi perdarahan. Selain itu, penegakan diagnosis dan tatalaksana yang cepat dan tepat sangat dibutuhkan pada kasus PPH agar menghasilkan prognosis yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Simanjuntak L. Perdarahan postpartum (perdarahan paskasalin). *Jurnal Visi Eksakta*. 2020;1(1): 1-10.
2. Fegita P dan Satria PH. Hemorrhagic post partum: syok hemorrhagic ec late hemorrhagic post partum. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2018; 7(4): 71- 75.
3. Adil AUTG. Pencegahan dan Tatalaksana Perdarahan Pasca Salin di Pelayanan Kesehatan Primer. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*. 2020;3(2):34-41.
4. Dinas Kesehatan Sulawesi Tengah. *Profil Kesehatan 2021*. Palu: Sulawesi Tengah.
5. Anwar M, Baziad A, Prabowo RP. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2011
6. Brown VG dan Schneider P. *Prevention of postpartum hemorrhage. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2020
7. Azyati M, Akbar MA, Sudarno. Profile of patients with post hemorrhage in Dr. Soetomo Hospital, Surabaya, January 2011 – Desember 2013. *Majalah Obstetri dan Ginekologi*. 2016;24(2): 43-48.
8. *Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) dan Himpunan Kedokteran Feto Maternal (HKFM). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Perdarahan Pasca-Salin*. 2016
9. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffiman BL, et al. *William Obstetrics 24th Edition*. United States: McGraw-Hill Education. 2014
10. Benson G. Primary post-partum haemorrhage: Causation and management. *Journal of Perioperative Practice*. 2018
11. Mavrides E, Allard S, Chandharan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Prevention and management of postpartum haemorrhage*. *BJOG*. 2016;124:106-149.
12. Gumilar E, Tri H, Ernawati, Ardian, Akbar IA, Azinar AD, Wardhana MP, Gumilar KE, Dharmayanti HE. *Current Update in Obstetric and Gynecologic Emergency*. Surabaya: SAGAP. 2019

13. Moegni, EM, Ocviyanti, D. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Jakarta: Kemekes RI. 2013.