

Perdarahan Hamil Tua dan Perdarahan Postpartum

Dr. John Slamet Khoman

Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
Rumah Sakit Dr. Pirngadi, Medan

PENDAHULUAN

Salah satu masalah penting dalam bidang obstetri dan ginekologi adalah masalah perdarahan. Walaupun angka kematian maternal telah menurun secara dramatis dengan adanya pemeriksaan-pemeriksaan dan perawatan kehamilan dan persalinan di rumah sakit dan adanya fasilitas transfusi darah, namun kematian ibu akibat perdarahan masih tetap merupakan faktor utama dalam kematian maternal.

Perdarahan dalam bidang obstetri hampir selalu berakibat fatal bagi ibu maupun janin, terutama jika tindakan pertolongan terlambat dilakukan, atau jika komponennya tidak dapat segera digunakan. Oleh karena itu, tersedianya sarana dan perawatan sarana yang memungkinkan penggunaan darah dengan segera, merupakan kebutuhan mutlak untuk pelayanan obstetri yang layak.

Perdarahan obstetri dapat terjadi setiap saat, baik selama kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Oleh karena itu, setiap perdarahan yang terjadi dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas harus dianggap sebagai suatu keadaan akut dan serius, karena dapat membahayakan ibu dan janin. Setiap wanita hamil, dan nifas yang mengalami perdarahan, harus segera dirawat dan ditentukan penyebabnya, untuk selanjutnya dapat diberi pertolongan dengan tepat.

PERDARAHAN HAMIL TUA

A. PLASENTA PREVIA

Definisi

Plasenta previa ialah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri intemum.

Faktor Predisposisi

1. Multiparitas dan umur lanjut (> 35 tahun)

2. Defek vaskularisasi desidua oleh peradangan dan atrofi
3. Cacat/jaringan parut pada endometrium oleh bekas-bekas pembedahan (SC, kuret, dan lain-lain)
4. Khorion leve persistens
5. Korpus luteum bereaksi terlambat
6. Konsepsi dan nidasi terlambat
7. Plasenta besar pada hamil ganda dan eritroblastosis atau hidrops fetalis.

Klasifikasi Klinis

1. Plasenta previa totalis : seluruh ostium uteri intemum tertutup oleh plasenta.
2. Plasenta previa lateralis/parsialis : sebagian ostium uteri intemum tertutup oleh plasenta.
3. Plasenta previa marginalia : pinggir bawah plasenta berada tepat pada pinggir ostium uteri intemum.

Insidens

Satu di antara 125 persalinan terdaftar (0,8%) di RSCM Jakarta pada tahun 1971 - 1975, sedangkan di RS Dr. Pirngadi Medan 2,64% atau 1 diantara 38 persalinan.

Gejala Klinis

- 1) Gejala utama plasenta previa adalah perdarahan tanpa sebab, tanpa rasa nyeri dan biasanya berulang (*painless, causeless, recurrent bleeding*), darahnya berwarna merah segar.
- 2) Bagian terdapan janin tinggi (*floating*), sering dijumpai kelainan letak janin.
- 3) Perdarahan pertama (*first bleeding*) biasanya tidak banyak dan tidak fatal, kecuali bila dilakukan periksa dalam sebelumnya, sehingga pasien sempat dikirim ke rumah sakit. Tetapi perdarahan berikutnya (*recurrent bleeding*) biasanya lebih banyak.
- 4) Janin biasanya masih baik.

Diagnosis

- 1) Gejala klinis
- 2) Pemeriksaan ultrasonografi (USG)
- 3) Periksa dalam di atas meja operasi; infus atau transfusi darah telah dipasang (*double set up*):
 - a) Inspekulo (pemeriksaan dengan sepkillum)
 - b) Meraba fornix, mulai dari fornix posterior, apa ada teraba tahanan lunak (ban talan) antara bagian terdepan janin dengan jari kita.
 - c) Jan dimasukkan hati-hati kedalam ostium uteri internum (intraservikal) untuk meraba adanya jaringan plasenta.

Pananganan

Semua pasien dengan perdarahan pervaginam pada kehamilan trimester ke tiga, dirawat di rumah sakit tanpa periksa dalam (toucher vagina). Bila pasien dalam keadaan syok karena perdarahan yang banyak, harus segera diperbaiki keadaan umumnya dengan pemberian infus atau transfusi darah.

Selanjutnya penanganan plasenta previa tergantung kepada :

- keadaan umum pasien, kadar Hb
- jumlah perdarahan yang terjadi
- umur kehamilan/taksiran BB janin
- jenis plasenta previa
- paritas dan kemajuan persalinan.

1. Penanganan Ekspektatif

Kriteria :

- Umur kehamilan kurang dari 37 minggu
- Perdarahan sedikit
- Belum ada tanda-tanda persalinan
- Keadaan umum pasien baik, kadar Hb 8 gr% atau lebih

Rencana penanganan :

- Istirahat baring mutlak
- Infus Dextrose 5% dan elektrolit
- Spasmolitik, tokolitik, plasentotropik, roboransia
- Periksa Hb, HCT, COT, golongan darah

Pemeriksaan USG

Awasi perdarahan terus menerus, tekanan darah (tensi), nadi dan denyut jantung janin

- Apabila ada tanda-tanda plasenta previa, tergantung keadaan, pasien dirawat sampai kehamilan 37 minggu, selanjutnya penanganan secara aktif.

2. Penanganan Aktif :

Kriteria :

- Umur kehamilan (masa gestasi) >37 minggu, BB janin > 2500 gram
- Perdarahan banyak, 500 ml atau lebih
- Ada tanda-tanda persalinan
- Keadaan umum pasien tidak baik, ibu anemik, Hb < 8%.

Untuk menentukan tindakan selanjutnya, SC atau partus pervaginam, dilakukan pemeriksaan dalam (VT) di kamarbedah, infus/transfusi darah sudah dipasang. Umumnya dilakukan SC. Partus pervaginam dilakukan pada plasenta previa marginalis

dan enak sudah meninggal. Tetapi bila perdarahan banyak, segera SC.

Tindakan versi Braxton Hicks dengan pemberat atau pemasangan cunam Willet-Gausz dengan pemberat untuk menghentikan perdarahan (kompresi atau tamponade bokong dan kepala janin terhadap plasenta) hanya dilakukan pada keadaan darurat, anak masih kecil atau sudah mati, dan tidak ada fasilitas untuk melakukan operasi.

Komplikasi

1. Perdarahan dan syok
2. Infeksi
3. Laserasi serviks
4. Plasenta akreta

Prognosis

Ibu :

Dengan adanya fasilitas diagnose dini (USG), transfusi darah, tehnik anestesi dan operasi yang baik dengan indikasi SC yang lebih liberal, prognosis ibu cukup baik. Prognosis kurang baik jika penolong melakukan VT di luar rumah sakit dan mengirim pasien sangat terlambat dan tanpa infus.

Anak

Kematian janin umumnya disebabkan prematuritas.

B. SOLUSIO PLASENTA

Definisi

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal sebelum janin lahir.

Insidens

Berkisar diantara 1 per 78 sampai 206 persalinan. Di RSCM Jakarta (1968 - 1971) : 2,1% dari seluruh persalinan.

Etiologi/Faktor Predisposisi

1. Hipertensi dalam kehamilan (penyakit hipertensi menahun, preeklamsia, eklamsia)
2. Multiparitas, umur ibu yang tua
3. Tali pusat pendek
4. Uterus yang tiba-tiba mengecil (hidramnion, gemelli anak ke-2)
5. Tekanan pada vena cava inferior
6. Defisiensi gizi, defisiensi asam folat
7. Trauma.

Klasifikasi Klinis

1. A. Solusio plasenta ringan
B. Solusio plasenta sedang
C. Solusio plasenta berat
2. A. Solusio plasenta totalis : plasenta terlepas **seluruhnya**
B. Solusio plasenta partialis : plasenta terlepas sebagian.
3. A. Perdarahan tersembunyi/terselubung (concealed) : 20%
B. Perdarahan keluar pervaginam (revealed) " 80%.

Gejala klinik (Klasik)

1. Perdarahan pervaginam disertai rasa nyeri di perut yang terus menerus, wama darah merah kehitaman.

2. Uterus tegang seperti papan (uterus enbois, wooden uterus).
3. Palpasi janin sulit
4. Auskultasi djj sering negatif
5. KU pasien lebih buruk dari jumlah darah yang keluar
6. Sering terjadi renjatan (hipobolemik dan neurogenik)
7. Pasien kelihatan pucat, sejak, gelisah dan kesakitan.

Catalan :

Pada gejala solusio plasenta ringan dengan gejala tidak menonjol, harus hati-hati, karena anak bisa mati.

Diagnosis

1. Gejala klinis
2. Periksa dalam (VT) : ketuban menonjol walaupun tidak ada his
3. Pemeriksaan USG
4. Plasenta kelihatan cekung atau lebih tipis di tempat adanya hematoma (diagnosa setelah plasenta lahir).

Penanganan

1. Pasien dirawat di rumah sakit, istirahat baring, mengukur keseimbangan cairan.
2. KU segera diperbaiki segera diberikan infus dan transfusi darah segar.
3. Pemeriksaan laboratorium : Hb, HCT, COT, golongan darah, kadar fibrinogen plasma, urine lengkap, fungsi ginjal.
4. Jika anak hidup dan sudah *viable*, dilakukan SC.
5. Pasien gelisah dan mengerang kesakitan, diberikan suntikan analgetika (petidin, morfin).
6. Persalinan dipercepat dengan amniotomi dan oksitosin drips.
7. Jika dalam 6 jam persalinan belum selesai, dilakukan SC.
8. a. Bila sudah terjadi gangguan pembekuan darah (COT) > 30 menit, diberikan darah segar dalam jumlah besar, kalau perlu fibrinogen intravena, monitor berkala dengan pemeriksaan COT dan Hb.
b. Jika KU pasien kurang baik dengan kadar Hb yang rendah (< 8 g%) dengan fasilitas transfusi darah yang sangat terbatas, pertimbangkan untuk SC histerektomi atau operasi PORRO.
c. *Couvellaire* uterus dengan atonia dilakukan histerektomi.

Komplikasi

- a) Yang terjadi segera (*immediate*) adalah perdarahan dan renjatan.
- b) Yang terjadi kemudian (*delayer*) :
 - 1) Uterus *couvellaire* = utero-placental-apoplexy
 - 2) Gangguan pembekuan darah (hipo atau a-fibrinogenemi, DIC)
 - 3) Gagal ginjal akut :
 - renal cortical necrosis
 - Lower nephron necrosis dengan gejala proteinuria, oliguria dan nauria.
 - 6) Infeksi pelvis.
 - 7) sindrom Sheehan (nekrose kelenjar hipofise).

Prognosis

Mu:

Baik, kalau persalinan sudah selesai dalam batas waktu 6 jam sejak saat mulai terjadinya keadaan patologik solusio plasenta

dan pasien segera mendapat transfusi darah segar.

Anak

Pada solusio plasenta berat, 100% janin mengalami kematian; pada solusio plasenta ringan dan sedang, kematian janin tergantung pada luasnya plasenta yang terlepas, umur kehamilan dan cepatnya pertolongan.

PERDARAHAN POSTPARTUM

Definisi

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 ml atau lebih, sesudah anak lahir.

Klasifikasi Klinis

- 1) Perdarahan Pasca Persalinan Dini (*Early Postpartum Haemorrhage*, atau Perdarahan Postpartum Primer, atau Perdarahan Pasca Persalinan Segera).
- 2) Perdarahan masa nifas (PPH kasep atau Perdarahan Persalinan Sekunder atau Perdarahan Pasca Persalinan Lambat, atau Late PPH).

Insidens

Rumah Sakit Dr. Pirngadi Medan (1965 - 1969) : 5,1%.

Etiologi

1. Atonia uteri (> 75%)
2. Robekan (laserasi, luka) jalan lahir
3. Retensio plasenta dan sisa plasenta
4. Gangguan pembekuan darah (koagulopati)

Catalan :

Kemungkinan penyebab perdarahan yang lain dalam persalinan seperti : inversio uteri, perlukan vulva (hematoma, robekan perineum/luka episiotomi), perlukan vagina (kolpaporrhexis dan lain-lain), perlu mendapat perhatian.

Predisposisi atonia uteri :

- 1) Grandemultipara
- 2) Uterus yang terlalu regang (hidramnion, hamil ganda, anak sangat besar (BB > 4000 gram).
- 3) Kelainan uterus (uterus bicornis, mioma uteri, bekas operasi).
- 4) Plasenta previa dan solutio plasenta (perdarahan antepartum).
- 5) Partus lama (*exhausted mother*).
- 6) Partus precipitatus.
- 7) Hipertensi dalam kehamilan (Gestosis).
- 8) Infeksi uterus.
- 9) Anemi berat.
- 10) Penggunaan oksitosin yang berlebihan dalam persalinan (induksi partus).
- 11) Riwayat PPH sebelumnya atau riwayat plasenta manual.
- 12) Pimpinan kala III yang salah, dengan memijit-mijit dan mendorong-dorong uterus sebelum plasenta terlepas.
- 13) IUFD yang sudah lama, penyakit hati, emboli air ketuban (koagulopati).
- 14) Tindakan operatif dengan anestesi umum yang terlalu dalam.

Gejala Klinis

- 1) Perdarahan pervaginam yang terus menerus setelah bayi

lahir.

2) Pucat, mungkin ada tanda-tanda syok, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual, dan lain-lain).

Diagnosis

1) Berdasarkan gejala klinis :

a) Perdarahan yang langsung terjadi setelah anak lahir tetapi plasenta belum lahir. Biasanya disebabkan oleh robekan jalan lahir. Warna darah merah segar.

b) Perdarahan setelah plasenta lahir, biasanya disebabkan oleh atonia uteri.

2) Palpasi uterus : fundus uteri tinggi di atas pusat, uterus lembek, kontraksi uterus tidak baik merupakan tanda atonia uteri.

3) Memeriksa uri dan ketuban, apakah lengkap atau tidak kotiledon atau selaput ketubannya.

4) Eksplorasi kavum uteri, apakah ada bekuan darah, sisa uri dan selaput ketuban, robekan rahim atau plasenta suksenturiata (anak plasenta).

5) Inspekulo : robekan pada serviks, vagina dan varises yang pecah.

6) Laboratorium : Hb, HCT, COT, kadar fibrinogen, tes hemoragik, dan lain-lain.

Penanganan

1) Hentikan perdarahan.

2) Cegah/atasi syok.

3) Ganti darah yang hilang : diberi infus cairan (larutan garam fisiologis, plasma ekspander, Dextran-L, dan sebagainya), transfusi darah, kalau perlu oksigen.

ATONIA UTERI

1) Masase uterus + pemberian utero tonika (infus oksitosin 10 IU s/d 1001U dalam 500 ml Dextrose 5%, 1 ampul Ergometrin i.v., yang dapat diulang 4 jam kemudian, suntikan prostaglandin.

2) Kompresi bimanuil

3) Tampon utero-vaginal secara lege artis, tampon diangkat 24 jam kemudian.

4) Tindakan operatif :

a) ligasi arteri uterina

b) ligasi arteri hipogastrika

c) histerektomi

Catalan :

a) dan b) untuk yang masih menginginkan anak. Tindakan yang bersifat sementara untuk mengurangi perdarahan menunggutindakan operatif dapat dilakukan metode Ilenke! (menjepit cabang arteri uterina melalui vagina, kiri dan kanan) atau kompresi aorta abdominalis.

ROBEKAN/LASERASI JALAN LAHIR

Segera lakukan reparasi, robekan dilihat secara *a vue* dengan spekulum, dan dilihat dengan cermat.

Catalan :

Kolpaporrhexis dan hematoma yang besar dan tinggi (hematoma supralevarial, parabaginal, ligamentum latom, ekstraperitonea!) kemungkinan memerlukan tindakan bedah/laparotomi.

RETENSIO PLASENTA/SISA PLASENTA

1) Retensio plasenta tanpa perdarahan masih dapat menunggu. Sementara itu kandung kemih dikosongkan, masase uterus dan suntikan oksitosin (i.v. atau i.m. atau melalui infus) dan botch dicoba perasat Crede secara *lege artis*. Jika tidak berhasil, dilakukan plasenta manuel.

2) Setelah plasenta manuel, diberi suntikan ergometrin 3 hari berturut-turut. Jika ada keraguan jaringan plasenta yang tertinggal, maka pada hari ke-4 dilakukan kerokan.kurentase dengan kuret tumpul ukuran besar didahului suntikan/infus oksitosin.

3) Plasenta kaptiva atau inkarserata diberi suntikan oksitosin intraserviks untuk menambah pembukaan serviks dan diberi anestesi umum untuk melahirkan plasenta dengan memakai alat cunam ovum atau cara manuel.

4) Plasenta manuel segera dilakukan jika :

a) Perdarahan kala-III lebih dari 200 ml

b) Penderita dalam narkosa

c) Riwayat PPH habitualis

5) Plasenta akreta, inkreta dan perkreta ditolong dengan histerektomi.

6) Sisa plasenta dikeluarkan dengan kerokan.

7) Penderita diberikan uterotonika, analgetika, m roboransia, dan antibiotika.

KEPUSTAKAAN

1. Brooks C. Management of obstetrics emergency, Primary postpartum hemorrhage. J Paed. Obstet. Gynecol. 1940; 16 (2).
2. Heller L. Gawat darurat obstetri dan ginekologi (Ed. : Petrus Adrianto) Jakarta : EGC Penerbit Buku Kedokteran 1986.
3. Mochtar R, Simanjuntak P, Kwee Bing Kiong. Perdarahan postpartum di RSUP Medan. Naskah Lengkap KOGI-I POGI, Jakarta, 1970.
4. Moeloe FA. Perdarahan dalam obstetri dan ginekologi. Kedaruratan dan kegawatan medik-II Jakarta : FKUI 1982.
5. PB POGI. Konsep Dasar Pelayanan Medis Obstetri-Ginekologi, Surakarta, Juni 1991.
6. Pritchard-Mac Donald. Williams Obstetrics. Sixteen Ed. New York : Appleton-Century-Crofts 1980.
7. Purwandianto A, Sampurna B. Kedaruratan medik, pedoman penatalaksanaan praktis. Edisi Ketiga Jakarta : Binarupa Aksara 1981.
8. Samil RS. Postpartum Hemorrhage, Causes, Prophylaxis and Management. J Paed. Obstet. Gynecol. 1988; 16 (4).
9. Seto Martohoesodo. Gangguan dalam kala III persalinan. Buku Ilmu Kebidanan, Sarwono Prawirohardjo (Editor Ketua), Jakarta : Yayasan Bina Pustaka 1976.
10. Simanjuntak, P. Perdarahan Postpartum. Bahan Penataran Bidan Rumah Sakit di RS Dr. Pimgadi Medan.
11. Harahap RE. Penyakit serta kelainan plasenta dan selaput janin. Ilmu Kebidanan, Prawirohardjo, S (Editor Ketua), Yayasan Bina Pustaka Jakarta, 1976.
12. Khoman JS. Plasenta previa di RS Dr. Pimgadi Medan. Skripsi, 1983.
13. Rachman IA. Kedaruratan dalam bidang ilmu kebidanan pada praktek sehari-hari. Maj Kedokt Kel 1981; 1 (1).
14. Simanjuntak P, Albar E, Kaban RM. Plasenta previa dan solusio plasenta di Medan. Naskah Lengkap KOGI-I POGI, Jakarta, 1970.