

Penanganan Kasus Perdarahan Hamil Muda

Daulat Sibuea

Bagian Obstetri & Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
Rumah Sakit Dr Pirmgadi, Medan

PENDAHULUAN

Salah satu penyebab kematian ibu (*maternal*) pada masa hamil muda (umur kehamilan kurang dari 28 minggu) adalah perdarahan (pervaginam).

Setiap kejadian perdarahan (pervaginam) harus ditangani segera dengan cara yang baik. Dengan demikian hilangnya darah yang berkepanjangan dicegah. Hilangnya banyak darah dalam kurun waktu yang relatif singkat akan berbahaya bagi ibu dan kehamilannya; bahaya ini semakin parah jika timbul kemudian infeksi.

Sehubungan dengan besarnya bahaya tersebut, maka setiap kejadian perdarahan pada masa hamil muda harus segera dikonsultasikan kepada dokter. Peringatan ini harus selalu diberikan pada setiap ibu hamil yang datang memeriksakan kehamilannya.

ETIOLOGI

- 1) Abortus
- 2) Mola hydatidosa
- 3) Kehamilan ektopik terganggu
- 4) Kelainan di serviks uteri (trauma, polip, karsinoma)
- 5) Kelainan di vagina (trauma, varises, karsinoma)
- 6) Kelainan vulva (trauma, varises, karsinoma).

GAMBARAN KLINIS

Perdarahan yang banyak dalam waktu yang relatif singkat, akan mengakibatkan volume darah intravaskular berkurang; untuk menjaga aliran darah ke organ-organ vital (otak, jantung, paru), pembuluh darah ke organ usus, uterus, ginjal, otot, kulit mengalami konstiksi (vasokonstriksi) dan frekuensi denyut jantung semakin meningkat. Perdarahan yang berkepanjangan tanpa penanganan yang baik akan menimbulkan hipoksi pembuluh darah organ-organ. Pembuluh darah yang mengalami

hipoksi berubah dari vasokonstriksi menjadi vasodilatasi, akibatnya aliran darah intravaskular semakin lambat, sehingga terjadi kegagalan fungsi organ-organ tubuh.

Perubahan-perubahan yang terjadi akibat perdarahan ini ditandai dari gambaran klinis berupa syok (*hemorrhagic shock*) (tabel 1).

Tabel 1. Gambaran klinis syok hemoragis dan hubungannya dengan infus cairan (darah) intravena"

Gambaran klinis	Syok primer		Syok sekunder
	Dini (<i>early = warm</i>)	Lanjut (<i>Late = cold</i>)	
Kesadaran	Kompos mentis	Menurun	Koma
Keadaan umum	Gelisah		
Tekanan darah	Normal, kulit hangat	Pucat, kulit dingin	Sianosis, kulit dingin
Pemapasan	Sedikit menurun (hipotensi ringan)	Hipotensi sedang	Hipotensi berat
Diuresis	Frekuensi meningkat 30-60 mL/jam	Takipnu	Takipnu dan sianosis
Perubahan setelah infus cairan :		Kurang dari 30 mL/jam	Anuria
Tekanan darah	Meningkat	Sedikit meningkat	Tidak ada peningkatan
Diuresis	Meningkat	Sedikit meningkat	Tidak ada peningkatan

PENANGANAN

Jika perdarahan (pervaginam) sudah sampai menimbulkan gejala klinis syok, tindakan pertama ditujukan untuk perbaikan keadaan umum. Tindakan selanjutnya adalah untuk menghentikan sumber perdarahan.

Tahap Pertama :

Tujuan dari penanganan tahap pertama adalah, agar penderita tidak jatuh ke tingkat syok yang lebih berat, dan keadaan umumnya ditingkatkan menuju keadaan yang lebih baik. Dengan keadaan umum yang lebih baik (stabil), tindakan tahap ke dua umumnya akan berjalan dengan baik pula.

Pada penanganan tahap pertama dilakukan berbagai kegiatan, berupa :

- 1) Memantau tanda-tanda vital (mengukur tekanan darah, frekuensi denyut nadi, frekuensi pernafasan, dan suhu badan).
- 2) Pengawasan pernafasan

Jika ada tanda-tanda gangguan pernafasan (adanya takipnu, sianosis), saluran nafas harus bebas dari hambatan. Dan diberi oksigen melalui kateter nasal dengan kecepatan 4—5 l per menit.

- 3) Selama beberapa menit pertama, penderita dibaringkan dengan posisi Trendelenburg.
- 4) Pemberian infus cairan (darah) intravena.

Pada tahap pertama dapat diberikan infus cairan : campuran Dekstrose 5% dengan NaCl 0,9%, Ringer laktat.

- 5) Pengawasan jantung.

Fungsi jantung dapat dipantau dengan elektrokardiografi dan dengan pengukuran tekanan vena sentral.

- 6) Pemeriksaan laboratorium.

Pemeriksaan darah lenakan, golongan darah, jenis Rhesus, tes kesesuaian darah penderita dengan darah donor (*cross match*), pemeriksaan pH darah, pO₂, pCO₂ darah arterial.

Jika dari pemeriksaan ini dijumpai tanda-tanda anemia sedang sampai berat, infus cairan diganti dengan transfusi darah atau infus cairan bersamaan dengan transfusi darah. Darah yang diberikan dapat berupa eritrosit (*packed red celO*; jika sudah timbul gangguan pembekuan darah, sebaiknya diberi darah segar. Jika sudah timbul tanda-tanda asidosis harus segera dikoreksi.

Tahap kedua

Setelah keadaan umum penderita stabil, penanganan tahap ke dua dilakukan. Penanganan tahap ke dua meliputi menegakkan diagnosis dan tindakan menghentikan perdarahan yang mengancam jiwa ibu.

Tindakan menghentikan perdarahan ini dilakukan berdasarkan etiologinya.

ABORSI IMMINENS

Kasus aborsi imminens ditangani secara konservatif dengan tujuan mengusahakan agar kehamilan dapat berlanjut sampai cukup bulan.

ABORSI INSIPIENS

Kasus aborsi insipiens ditangani secara aktif dengan tujuan menghentikan perdarahan dengan mengeluarkan konsepsi.

ABORSI INKOMPLETUS

Kasus aborsi inkompletus ditangani secara aktif dengan tujuan menghentikan perdarahan dengan mengeluarkan sisa-sisa konsepsi.

ABORSI KOMPLETUS

Kasus aborsi kompletus umumnya mengalami perdarahan pervaginam sedikit-sedikit, cukup ditangani menurut tahapan pertama saja.

ABORSI TERTUNDA (*MISSED ABORTION*)

Kasus aborsi tertunda umumnya tidak menunjukkan gejala perdarahan pervaginam. Tetapi jika konsepsi yang telah mati tertahan selama lebih dari 5 minggu akan menimbulkan gangguan pembekuan darah karena hipofibrinogenemia. Untuk menghindari komplikasi ini, sebaiknya konsepsi segera dikeluarkan.

ABORSI INFEKSIOSA (ABORSI SEPTIK)

Kasus aborsi yang disertai dengan infeksi disebut dengan aborsi infeksiosa. Jika proses infeksiusnya semakin berat, akan berlanjut dengan aborsi septik. Kasus-kasus aborsi septik prognosinya sangat jelek. Untuk menghindari komplikasi ini, sebaiknya konsepsi segera dikeluarkan.

PENGELUARAN KONSEPSI

Pengeluaran konsepsi dapat dilakukan pervaginam ataupun perabdominal.

Pengeluaran konsepsi pervaginam

I) Pada umur kehamilan sampai 12 minggu

- 1) Penderita diberi infus cairan dekstrose 5% ditambah oksitosin 5—10IU.
- 2) Penderita diberi anestesi umum atau anestesi lokal (blok paraservikal).
- 3) Konsepsi dikeluarkan dari uterus dengan peralatan abortus tang dan sendok kuret.
- 4) Setelah konsepsi keluar seluruhnya, diberi suntikan metil ergonovine 0,2 mg intramuskular dan infus oksitosin dilanjutkan sampai 8 jam post kuretase.

II) Pada umur kehamilan lebih dari 12 minggu

- 1) Penderita diberi infus cairan dekstrose 5% ditambah oksitosin 5 -10 IU dengan kecepatan 4 tetes permenit dinaikkan setiap 15 — 30 menit dengan 4 tetes. Penambahan tetesan dilanjutkan sampai konsepsi keluar seluruhnya.
- 2) Jika ternyata hanya sebagian konsepsi yang keluar, bagian jaringan plasenta yang tertinggal dikeluarkan dengan peralatan abortus tang dan sendok kuret. Sebelum tindakan kuretase dilakukan, terlebih dahulu penderita diberi anestesi umum atau anestesi lokal.
- 3) Setelah konsepsi keluar seluruhnya, diberi suntikan metil ergonovine 0,2 mg intramuskuler dan infus oksitosin dilanjutkan sampai 8 jam post kuretase.

III. Pada kasus aborsi tertunda

Penderita diberi infus cairan dekstrose 5% ditambah oksitosin 5—10 IU, dengan prosedur seperti ad. II; atau dengan pemberian prostaglandin jika tersedia, yang hasilnya lebih baik dari infus cairan berisi oksitosin, atau dengan infus cairan oksitosin dapat dikombinasi dengan pemakaian laminaria intraservikal.

Tindakan selanjutnya sama seperti prosedur ad II-2, dan ad II-3.

IV. Pada kasus aborsi infeksiosa dan aborsi septik

Sebelum tindakan pengeluaran konsepsi dilakukan, terlebih dahulu diberi antibiotika spektrum lebar (luas).

Prosedur pengeluaran konsepsi sama seperti ad. I atau ad. II.

Pengeluaran konsepsi perabdominal

Untuk kasus aborsi dengan umur kehamilan lebih dari 12 minggu yang gagal dikeluarkan pervaginam dapat dipertimbangkan melakukan laparotomi dan dilanjutkan dengan histerektomi atau histerektomi. Tindakan histerektomi khususnya dipertimbangkan pada kasus aborsi infeksiosa atau aborsi septik.

Penanganan tahap kedua Molahidatidosa :

Pada kasus Molahidatidosa pengeluaran jaringan molahidatidosa pervaginam dilakukan seperti prosedur penanganan tahap kedua kasus aborsi (ad II). Khusus untuk kasus Molahidatidosa risiko tinggi (kasus molahidatidosa berumur 35 tahun atau lebih, sudah punya anak 2—3 orang), pengeluaran jaringan Molahidatidosa dipertimbangkan perabdominal (histerektomi).

Setelah jaringan Molahidatidosa keluar seluruhnya pemberian profilaksis khemoterapi dapat dipertimbangkan. Obat-obat khemoterapi seperti methotrexate, dan actinomycin D adalah merupakan obat-obat yang suing dipakai. Selanjutnya kasus-kasus ini dipantau selama 2 tahun.

Penanganan tahap kedua Kehamilan Ektopik Terganggu :

Pada kasus kehamilan ektopik terganggu pengeluaran kon-

sepsi perabdominal. Oleh karena tempat nidasi konsepsi umumnya terletak di tuba Fallopii, pengeluaran konsepsi ini disebut dengan Salpingektomi.

Penanganan tahap kedua Kelainan Serviks, Vagina dan Vulva :

Kasus-kasus perdarahan akibat kelainan serviks uteri, vagina dan vulva yang bersamaan dengan kehamilan dapat dilakukan secara konservatif. Kehamilan dijaga agar dapat berlanjut sampai cukup bulan, kecuali pada karsinoma.

PENUTUP

Sudah dibicarakan penanganan umum kasus-kasus perdarahan hamil muda. Pemahaman dan peningkatan keterampilan penanganan akan menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu.

KEPUSTAKAAN

1. **Cavanagh** D, Woods RE, O'Connor TCF, Knuppel RA. *Obstetric Emergencies*. Third Ed. Philadelphia: Harper & Row Publ.
2. **Novak** ED, Jones GS, Jones HW. *Novak's Textbook of Gynecology*, Ninth Ed. The William & Wilkins Co.
3. **Prawiroharjo** S, **Wiknjosastro** H, **Sumapraja** S, **Saifuddin** AB. *Ilmu Kebidanan*. Edisi Pertama. **Jakarta: Yayasan Bina Pustaka**, 1976.

