

Perdarahan Pascapersalinan oleh Karena Retensi Plasenta pada P4a0 Postpartum Spontan, Janin Besar, dengan Hipertensi dalam Kehamilan

Postpartum Hemorrhage due to Retained Placenta on P4A0 Post Spontaneously Delivery, Giant Baby, and Hypertension in Pregnancy

Ivanna Beru Brahmna

Bagian Obstetri dan Ginekologi, Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

DATA NASKAH:

Masuk: 07 Nov 2017
Direviu: 01 Des 2017
Direvisi: 16 Des 2017
Diterima: 27 Des 2017

***KORESPONDENSI:**

Ivanna@umy.ac.id

DOI:

10.18196/mm.180112

TIPE ARTIKEL:

Laporan Kasus

Abstrak: Perdarahan pascapersalinan pada seorang ibu melahirkan anak keempat, berusia 41 tahun, dimana ketiga persalinan sebelumnya berjalan lancar tanpa komplikasi. Faktor risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan yang didapat pada pasien ini berupa: kehamilan yang keempat pada usia ibu lebih dari 40 tahun, janin besar, dan adanya hipertensi dalam kehamilan. Hal yang menarik dicermati pada kasus ini adalah: betapapun ketiga persalinan sebelumnya aman lancar, setiap persalinan harus tetap waspada. Yang ternyata pada persalinan keempat ini mengalami perdarahan pascapersalinan yang memerlukan penanganan yang cepat sehingga pasien dapat tertolong. Kewaspadaan terhadap faktor risiko: kehamilan yang keempat dengan taksiran berat janin besar, adanya hipertensi mengharuskan setiap penolong persalinan untuk siaga terhadap kemungkinan terjadinya perdarahan pascapersalinan. Kasus ini menjadi unik dan perlu untuk pembelajaran pada setiap penolong persalinan adalah kewaspadaan terhadap faktor risiko yang ada pada pasien. Yang ternyata faktor risiko yang telah disebutkan tadi benar-benar terjadi pada pasien. Oleh karenanya dengan mewaspadaai faktor risiko, kejadian fatal pada pasien dapat dihindari. Saat terjadi perdarahan pascapersalinan, penanganan dilakukan sesuai dengan manajemen penanganan perdarahan pascapersalinan, yaitu meliputi: masase uterus, pemberian uterotonika, dan pemberian transfusi darah untuk mengembalikan kadar hemoglobin yang normal pada pasien. Pada pasien ini terjadi perdarahan pascapersalinan hingga membutuhkan transfusi darah sebanyak 1250 ml PRC (*Packed Red Cell*). Dengan mencermati faktor risiko dan penanganan yang tepat, pasien bisa pulang dengan keadaan sehat, dan kontrol kembali dalam keadaan baik.

Kata kunci: perdarahan pascapersalinan, retensi plasenta, postpartum spontan, janin besar, hipertensi dalam kehamilan

Abstract: A forty one years old woman delivered the fourth children, got postpartum hemorrhage, where the third delivered before had good condition without complication. The risk factors of postpartum hemorrhage in this patient are: fourth pregnant when the woman is forty one years old, giant baby, and hypertension in pregnancy. The interesting aspect in this case is although all of delivered before were safe in this patient, we must careful for every delivery. In fact postpartum hemorrhage in this patient happened that need therapy immediately. Be care full for all risk factors: fourth pregnancy, a big estimated baby weight, hypertension in pregnancy, make a doctor must be care full about postpartum hemorrhage in this patient. This case is unique and important to learn about must be care full to all risk

factors in this patient. In fact, all risk factors had mentioned before actually happened. If we care about all risk factors, a fatal case can be avoid. When the postpartum hemorrhage was happened, the therapy was appropriate management postpartum hemorrhage were: massage the uterine, uterotonics, and blood transfusion until normally hemoglobin level. In this patient need blood transfusion about 1250 mL PRC. By observing all of risk factors and good therapy, the patient become well, and back to control in good healthy.

Key words: Postpartum Hemorrhage, Retained Placenta, Post Spontaneously Delivery, Giant Baby, Hypertension In Pregnancy

PENDAHULUAN

Perdarahan masih merupakan penyebab kematian ibu yang tertinggi selain preeklampsia dan infeksi. Perdarahan pascapersalinan merupakan perdarahan masif yang berasal dari tempat implantasi plasenta, adanya robekan jalan lahir dan jaringan sekitarnya dan merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Perdarahan pascapersalinan yang tidak ditangani dengan baik akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu.¹

Perdarahan pascapersalinan didefinisikan sebagai perdarahan yang terjadi pada seorang ibu bersalin yang kehilangan darah lebih dari 500 ml. Bahkan dengan penanganan yang tepatpun, sekitar 3% dari persalinan pervaginam bisa mengalami perdarahan pascapersalinan.² Kepustakaan lain menyebutkan bahwa perdarahan pascapersalinan di negara berkembang bisa terjadi sekitar 4% pada persalinan pervaginam bahkan mencapai 6% pada persalinan secara seksio sesarea.³

Faktor risiko dari perdarahan pascapersalinan antara lain: kala tiga yang memanjang, persalinan yang ketiga atau lebih, episiotomi, janin besar, dan riwayat terjadinya perdarahan pascapersalinan pada kehamilan sebelumnya.² Waktu rata-rata terjadinya pelepasan plasenta saat persalinan adalah 8-9 menit. Lamanya waktu pelepasan plasenta akan meningkatkan risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan, bahkan bisa meningkat dua kali lipat bila waktu pelepasan plasenta lebih dari 10 menit.² Bila plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir disebut sebagai **retensio plasenta**. Retensi plasenta bisa terjadi sekitar kurang dari 3% persalinan pervaginam.² Kepustakaan lain menyebutkan bahwa yang disebut retensi plasenta apabila plasenta belum lahir sekitar 15-60 menit setelah bayi lahir, yang paling umum berkisar antara 20-30 menit.⁴

Kala tiga persalinan yang terjadi lebih dari 18 menit berhubungan dengan terjadinya perdarahan pascapersalinan. Bila terjadi lebih dari 30 menit

maka perdarahan pascapersalinan akan terjadi 6x lebih besar daripada kala tiga yang terjadi kurang dari 30 menit.⁵ Magann et al. (2013),⁶ menyebutkan bahwa risiko terjadi perdarahan pascapersalinan meliputi plasenta dilahirkan lebih dari 15 menit setelah kelahiran bayi, adanya riwayat retensi plasenta sebelumnya, nulipara, dan persalinan kala satu lama.

Tujuan yang ingin dicapai dengan dibuatnya laporan kasus ini adalah pentingnya mencermati faktor risiko pada pasien inpartu yang masuk ke kamar bersalin termasuk penatalaksanaan kala tiga persalinan yang baik. Kala tiga persalinan adalah waktu yang dihitung sejak lahirnya bayi hingga plasenta terlahirkan.⁷ Leduc et al. (2009),⁸ menyebutkan bahwa perdarahan pascapersalinan terjadi pada 5% dari seluruh persalinan dan berhubungan erat dengan terjadinya kematian ibu. Kejadian kematian ibu ini terjadi dalam 4 jam persalinan, yang berarti sebagai konsekuensi dari kala tiga persalinan.⁸

Laporan kasus ini dipandang menarik dan perlu dicermati bahwa betapapun amannya persalinan-persalinan sebelumnya, namun waspada di setiap persalinan amatlah penting. Mencermati faktor risiko yang ada pada pasien pada tiap kasus persalinan yang berbeda sangatlah penting, karena dengan mewaspadai faktor risiko persalinan, sebagai penolong persalinan akan siap menangani perdarahan pascapersalinan yang ternyata terjadi pada pasien tersebut. Kepustakaan lain menyebutkan bahwa retensi plasenta merupakan penyebab penting terjadinya perdarahan pascapersalinan dengan insidensi 1:100 hingga 1:200 kelahiran.⁹

Sosa et al. (2009),¹⁰ menyebut sebagai perdarahan pascapersalinan yang sedang apabila kehilangan darah pascapersalinan sekurang-kurangnya 500 ml dan disebut berat apabila kehilangan darah pascapersalinan sekurang-kurangnya 1000 ml. Perdarahan pascapersalinan yang sedang berhubungan dengan retensi plasenta sebesar 33,3%, kehamilan ganda sebesar 20,9%, janin besar sebesar 18,6%, episiotomi sebesar 16,2% dan kebutuhan penjahitan perineum sebesar 15%. Sedangkan perdarahan pascapersalinan yang berat berhubungan dengan retensi plasenta sebesar 17,1%, kehamilan ganda sebesar 4,7%, janin besar sebesar 4,9%, induksi persalinan sebesar 3,5%, dan kebutuhan akan penjahitan perineum sebesar 2,5%.¹⁰

LAPORAN KASUS

Seorang perempuan G4P3A0 berusia 41 tahun, dengan usia kehamilan 39 minggu datang ke UGD dengan keluhan kencing-kencing teratur sudah

dirasakan, lendir darah sudah keluar, air ketuban belum keluar. Riwayat penyakit asma, jantung, hipertensi, diabetes melitus pada pasien tersebut disangkal. Tanda vital pasien tersebut adalah: tekanan darah 135/90 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu afebris. Didapatkan edema pada kedua tungkai, sedangkan keluhan pusing, kepala berat, mual, muntah, nyeri ulu hati disangkal. Riwayat obstetri sebelumnya ketiga anaknya terdahulu semua lahir spontan di bidan dengan berat badan lahir masing-masing sekitar 3000 gram, semua anak saat ini dalam keadaan sehat.

Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum ibu baik, kompos mentis, jantung paru dalam keadaan normal. Pemeriksaan obstetri didapatkan janin tunggal, presentasi kepala, kepala janin masuk panggul. His positif sedang, denyut jantung janin positif 140/menit teratur. Hasil pemeriksaan dalam didapatkan serviks lunak, datar, pembukaan 5 cm, selaput ketuban teraba, presentasi kepala, kepala turun di Hodge 1-2, sarung tangan lendir darah didapatkan, tidak didapatkan air ketuban. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan: kadar hemoglobin 10,4 g/dL, angka lekosit 11.370/uL, angka trombosit 232.000/uL, angka eritrosit 3.720.000/uL, CT 11 menit, BT 4 menit, golongan darah AB, HbsAg negatif, HIV negatif dan protei-nuria negatif.

Pasien didiagnosis sebagai Hipertensi dalam kehamilan, grandemultigravida hamil aterm dalam persalinan kala I fase aktif. Penatalaksanaan pada pasien tersebut berupa: dipasang infus RL 30 tetes/menit, direncanakan partus pervaginam, observasi his, denyut jantung janin dan keluhan pasien, ditunggu evaluasi 2 jam kemudian atau pembukaan lengkap.

Empat jam kemudian pasien merasa ingin mengejan. Keadaan umum pasien baik, kompos mentis, dengan tanda vital yakni: tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu afebris. His teraba kuat, denyut jantung janin 140/menit teratur. Hasil pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan lengkap, presentasi kepala, kepala turun di Hodge III, sarung tangan lendir darah positif, air ketuban positif, anus tampak membuka. Pasien didiagnosis sebagai kala dua, dilakukan pimpinan persalinan. Dua puluh menit kemudian bayi lahir spontan, jenis laki-laki, berat 4130 gram, panjang badan 51cm, *apgar score* 7/9, dengan air ketuban jernih.

Dua puluh menit kemudian dengan manajemen aktif kala tiga plasenta belum lahir, terasa plasenta lengket, belum didapatkan tanda-tanda plasenta terlepas. Didiagnosis sebagai **retensi plasenta**, diputuskan untuk dilakukan manual pla-

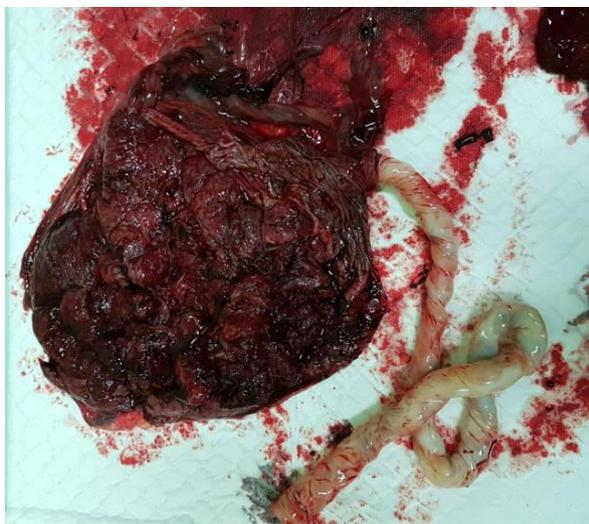
sentata. Dengan manual plasenta, plasenta lahir kesan tidak lengkap, masih teraba sisa-sisa plasenta di dalam endometrium, kesan plasenta lengket, sisa plasenta tidak bisa terlepas dengan manual plasenta. Didiagnosis sebagai retensi sisa plasenta. Keadaan umum pasien cukup, dengan tekanan darah 95/70 mmHg, nadi 92x/menit, respirasi 20x/menit, suhu afebris. Tinggi fundus uteri setinggi pusat, dengan kontraksi uterus baik. Didapatkan perdarahan 300 ml. Diputuskan dilakukan kuretase atas indikasi retensi sisa plasenta. Diguyur cairan *Ringer Laktat* 500 ml, pasien dipuaskan, segera menghubungi dokter anestesi, dan dikonseling untuk dilakukan KB pasca persalinan dengan implan. Pasien dan keluarga setuju dipasang implan pasca persalinan. *Informed consent* untuk kuretase, pemasangan implan pasca persalinan sudah dilakukan (lihat Gambar 1 dan 2).

Dilakukan kuretase atas indikasi retensi sisa plasenta pada P4A0 post partum spontan, janin besar dengan hipertensi dalam kehamilan. Selama kuretase didapatkan sisa plasenta sekitar 100 ml, dengan perdarahan yang berlangsung sebanyak 500 ml. Kontraksi uterus teraba lembek, didiagnosis sebagai perdarahan pascapersalinan dini oleh karena retensi sisa plasenta, pada P4A0 postpartum spontan, janin besar dengan hipertensi dalam kehamilan. Dilakukan masase uterus, kompresi bimanual, diberikan uterotonika dengan misoprostol 2 tablet per rektal dan ditambahkan lagi misoprostol 2 tablet per rektal sekitar 15 menit kemudian oleh karena perdarahan masih berlangsung, diberikan injeksi metil ergometrin 1 ampul, dipasang infus 2 jalur dengan jalur 1 berupa larutan *Ringer laktat* 30 tetes/menit, jalur kedua dengan larutan RL + 2 ampul oksitosin 30 tetes/menit. Setelah tindakan dengan evaluasi 15 menit kemudian teraba tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, perdarahan tidak mengalir aktif. Keadaan umum pasien baik. Masih dilakukan pengawasan post kuretase pada pasien di ruang pemulihan.

Setelah tindakan kuretase dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin cito, didapatkan kadar hemoglobin 7,5 g/dL. Pasien didiagnosis sebagai anemia oleh karena perdarahan pascapersalinan dini oleh karena retensi sisa plasenta, disiapkan transfusi darah PRC 750 ml. Keadaan umum pasien secara keseluruhan pasca tindakan cukup, dengan tanda vital yakni: tekanan darah 95/60 mmHg, nadi 88x/menit, respirasi 20x/menit dan suhu afebris. Pada pasien diawasi keadaan umum, tanda vital, kontraksi uterus, dan kemungkinan perdarahan. Masih terpasang infus 2 jalur, dipasang *dower kateter* untuk mencatat *urin output*, direncanakan transfusi darah PRC 750 ml, diberikan antibiotika,

metil ergometrin tablet 3x1 sebanyak 5 tablet, dan analgetika. Dilakukan pengawasan kemungkinan terjadinya alergi transfusi.

Pada perawatan hari pertama postpartus spontan, post kuretase, post pemasangan implan pasca persalinan, post transfusi darah PRC 750 ml, didapatkan keadaan umum pasien baik, kompos mentis, dengan tanda vital yakni: tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,4°C, didapatkan urin sebanyak 500mL/10 jam. Hasil cek kadar hemoglobin setelah transfusi darah PRC 750 ml adalah 8,8 g/dL. Diputuskan lanjut transfusi darah PRC 500 mL, dan *dower kateter* tetap terpasang untuk memantau *urin output*. Pasien boleh mobilisasi, perawatan luka perineum,



Gambar 1. Plasenta Lahir dengan Manual Plasenta



Gambar 2. Retensi Sisa Plasenta dari Tindakan Kuretase

diet tinggi kalori tinggi protein, dan rawat gabung dengan bayinya.

Pada perawatan hari kedua, keadaan umum pasien baik, kompos mentis, dengan tanda vital yakni: tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 37°C, urin dalam *urin bag* lancar, jernih. Pada pasien sedang berjalan transfusi darah PRC kantong kelima. Penatalaksanaan pada pasien berupa *dower kateter* dilepas, pasien diminta untuk bisa buang air kecil spontan, diet tinggi kalori tinggi protein, direncanakan cek kadar hemoglobin setelah 6 jam transfusi selesai.

Pada perawatan hari ketiga keadaan umum pasien baik, kompos mentis, dengan tanda vital yakni: tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36°C, buang air kecil lancar, kadar hemoglobin post transfusi darah PRC 1250 mL sebesar 10 g/dL, pasien diijinkan pulang dan diminta kontrol tiga hari kemudian.

Pada saat kontrol setelah pulang mondok keadaan umum pasien baik, kompos mentis, dengan tanda vital yakni: tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, dan suhu afebris. Pasien sudah lancar buang air besar, buang air kecil, dan ASI lancar. Pemeriksaan jahitan perineum baik dan implan terpasang baik, tidak ada keluhan. Pasien diminta untuk kontrol saat nifas selesai sekitar 1 bulan kemudian.

Pada saat kontrol nifas sekitar 40 hari setelah melahirkan didapatkan keadaan umum pasien baik, kompos mentis, dengan tanda vital yakni: tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, dan suhu afebris. Buang air besar, buang air kecil dan ASI lancar, KB implan terpasang baik dan tanpa keluhan bagi pasien. Pasien sudah mendapatkan menstruasi kembali yang dimulai sekitar 5 hari sebelum kontrol, dengan jumlah darah menstruasi normal seperti sebelum hamil dan tanpa keluhan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa keadaan umum pasien telah pulih hingga nifas berlangsung dengan baik.

Pasien masuk didiagnosis sebagai Hipertensi dalam kehamilan, grandemultigravida hamil aterm dalam persalinan kala I fase aktif. Saat plasenta belum lahir spontan setelah 20 menit kelahiran bayi didiagnosis sebagai **retensi plasenta**. Saat plasenta bisa dilahirkan secara manual plasenta, namun didapatkan kesan plasenta tidak lengkap, masih terdapat sisa plasenta terasa lengket di endometrium didiagnosis sebagai **retensi sisa plasenta**.

Selama kuretase didapatkan sisa plasenta sekitar 100 ml, dengan perdarahan yang berlangsung sebanyak 500 ml. Kontraksi uterus teraba lembek, didiagnosis sebagai perdarahan pasca-persalinan dini oleh karena retensi sisa plasenta,

pada P4A0 postpartum spontan, janin besar dengan hipertensi dalam kehamilan. Setelah tindakan kuretase dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin cito, didapatkan kadar hemoglobin 7,5 g/dL. Pasien didiagnosis sebagai anemia oleh karena perdarahan pascapersalinan dini oleh karena retensi sisa plasenta.

Pada saat masuk rumah sakit pasien dikelola untuk persalinan pervaginam dengan terpasang infus Ringer laktat 30 tetes/menit oleh karena pada pasien memiliki faktor risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan. Saat plasenta tidak lahir spontan dan terasa lengket maka diputuskan dilakukan manual plasenta. Oleh karena dengan manual plasenta, plasenta yang lahir kesan tidak lengkap dan teraba masih ada sisa-sisa plasenta di dalam endometrium, direncanakan untuk kuretase untuk membersihkan kavum uteri.

Saat terjadi perdarahan pascapersalinan dini dengan kontraksi uterus lembek dilakukan penatalaksanaan perdarahan pascapersalinan dengan masase uterus, kompresi bimanual, dan pemberian uterotonika. Saat dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin cito oleh karena terjadi perdarahan pascapersalinan dini dan didapatkan kadar hemoglobin 7,5 g/dL dan didiagnosis sebagai anemia, diterapi dengan pemberian transfusi darah PRC 1250 ml, dan kadar hemoglobin akhir didapatkan 10 g/dL.

DISKUSI

Pada saat seorang ibu *inpartu* masuk ke dalam kamar bersalin selain dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetri, pemeriksaan penunjang laboratorium, dan kemudian dibuat diagnosis pada pasien, maka mencermati ada tidaknya faktor risiko perdarahan pascapersalinan pada pasien menjadi hal yang sangat penting. Hal ini dilakukan oleh karena perdarahan pascapersalinan yang merupakan bagian dari perdarahan dalam kehamilan dan persalinan masih menjadi penyebab 3 besar kematian ibu.

Perdarahan pascapersalinan didefinisikan sebagai perdarahan yang terjadi pada seorang ibu bersalin yang kehilangan darah lebih dari 500 ml. Bahkan dengan penanganan yang tepatpun, sekitar 3% dari persalinan pervaginam bisa mengalami perdarahan pascapersalinan.² Kepustakaan lain menyebutkan bahwa perdarahan pascapersalinan di negara berkembang bisa terjadi sekitar 4% pada persalinan pervaginam bahkan mencapai 6% pada persalinan secara seksio sesarea.³ Masih tingginya ibu hamil di Indonesia menderita anemia dalam kehamilan (46%) serta fasilitas transfusi darah yang masih terbatas menyebabkan perdarahan pascaper-

salinan bisa mengganggu proses penyembuhan pada masa nifas, proses involusi dan laktasi.¹

Faktor risiko dari perdarahan pascapersalinan antara lain: kala tiga yang memanjang, persalinan yang ketiga atau lebih, episiotomi, janin besar, dan riwayat terjadinya perdarahan pascapersalinan pada kehamilan sebelumnya.² Faktor risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan pada pasien ini adalah: kehamilan yang keempat dengan usia ibu lebih dari 40 tahun, janin besar oleh karena berat lahir bayi lebih dari 4000g dan adanya hipertensi dalam kehamilan. Selain itu kadar hemoglobin sebesar 10,4 g/dL, merupakan angka yang masih dibawah kadar normal haemoglobin. Kadar hemoglobin normal berkisar antara 12-16 g/dL. Dengan demikian tampak bahwa pada pasien tersebut didapat faktor risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan. Masih tingginya ibu hamil di Indonesia menderita anemia dalam kehamilan (46%) serta fasilitas transfusi darah yang masih terbatas menyebabkan perdarahan pascapersalinan bisa mengganggu proses penyembuhan pada masa nifas, proses involusi dan laktasi.¹

Walaupun ketiga persalinan sebelumnya pada pasien ini terjadi spontan dan ditolong bidan, tanpa mengalami komplikasi apapun, kewaspadaan pada setiap penanganan pasien *inpartu* merupakan hal yang sangat penting. Oleh karena didapatkan faktor risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan pada pasien ini sudah dipasang infus (*intravena line*) pada pasien sejak masuk kamar bersalin. *Intravena line* digunakan untuk pemberian obat uterotonika apabila terjadi perdarahan, selain untuk menjaga hemodinamika ibu bersalin saat terjadi perdarahan pascapersalinan. Pemberian uterotonika berupa oksitosin intravena melalui infus sebanyak 20-40 IU dalam 1000 ml cairan infus, dengan tetesan sekitar 150 ml per jam, merupakan salah satu tindakan dalam manajemen aktif kala tiga dalam upaya pencegahan terjadinya perdarahan pascapersalinan.⁸

Istilah *Four Ts mnemonic* yaitu *tone, trauma, tissue, dan thrombin*, merupakan empat hal penyebab terjadinya perdarahan pascapersalinan.² Kepustakaan lain menyebutkan bahwa faktor risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan termasuk: obesitas pada ibu dan janin besar, adanya riwayat perdarahan antepartum, dan kehamilan ganda. Makin meningkatnya usia ibu dan adanya persalinan lama merupakan faktor risiko perdarahan pascapersalinan di Zimbabwe. Usia ibu bersalin juga relevan menyebabkan terjadinya perdarahan pascapersalinan di Inggris.¹¹

Plasenta yang sukar dilepaskan dengan manajemen aktif kala tiga bisa disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus. Disebut sebagai **plasenta akreta** bila implantasi menembus desidua basalis dan *Nitabuch layer*, disebut sebagai

plasenta inkreta bila plasenta sampai menembus miometrium dan disebut **plasenta perkreta** bila *villi koriaalis* sampai menembus perimetrium.¹

Faktor predisposisi terjadinya **plasenta akreta** adalah *plasenta previa*, bekas seksio sesarea, pernah kuret berulang, dan multiparitas. Morbiditas pada plasenta akreta menyebabkan perdarahan yang masif dan membutuhkan tindakan operatif dengan mengangkat uterus, yang mana tindakan ini bisa menyebabkan morbiditas intraoperatif dan pasca-operatif pada ibu dengan banyaknya kebutuhan darah untuk transfusi, infeksi intraabdominal, kerusakan pada uretra, dan terbentuknya fistula.¹² Bila sebagian kecil dari plasenta masih tertinggal dalam uterus disebut *rest placenta* dan dapat menimbulkan perdarahan pascapersalinan primer atau sekunder. Sisa plasenta bisa diduga bila kala tiga berlangsung tidak lancar, atau setelah melakukan plasenta manual atau menemukan adanya kotiledon yang tidak lengkap pada saat melakukan pemeriksaan plasenta dan masih ada perdarahan dari ostium uteri eksternum pada saat kontraksi rahim sudah baik dan robekan jalan lahir sudah terjahit.

Kala tiga persalinan yang terjadi lebih dari 18 menit berhubungan dengan terjadinya perdarahan pascapersalinan. Bila terjadi lebih dari 30 menit maka perdarahan pascapersalinan akan terjadi 6x lebih besar daripada kala tiga yang terjadi kurang dari 30 menit.⁵ Magann *et al.* (2013),⁶ menyebutkan bahwa risiko terjadi perdarahan pascapersalinan meliputi plasenta dilahirkan lebih dari 15 menit setelah kelahiran bayi, adanya riwayat retensi plasenta sebelumnya, nulipara, dan persalinan kala satu lama. Pada pasien ini 20 menit setelah bayi lahir, plasenta belum lahir, justru terasa seperti lengket, akhirnya plasenta dilahirkan secara manual plasenta. Pada saat kala tiga persalinan mengalami gangguan berupa retensi plasenta, dan kemudian plasenta dilahirkan secara manual plasenta, kemungkinan terjadinya retensi sisa plasenta haruslah dipikirkan. Apalagi setelah terlihat terjadi perdarahan pascapersalinan. Retensi plasenta bisa terjadi sekitar kurang dari 3% persalinan pervaginam.² Adanya retensi sisa plasenta diperbaiki dengan membersihkan kavum uteri dengan cara kuretase. Dalam hal ini dari *Four Ts mnemonic* maka **tissue** berupa adanya retensi plasenta merupakan penyebab terjadinya perdarahan pascapersalinan pada pasien ini.

Sosa *et al.* (2009),¹⁰ menyebut sebagai perdarahan pascapersalinan yang sedang apabila kehilangan darah pascapersalinan sekurang-kurangnya 500 ml dan disebut berat apabila kehilangan darah pascapersalinan sekurang-kurangnya 1000 ml. Per-

darahan pascapersalinan yang sedang berhubungan dengan retensi plasenta sebesar 33,3%, kehamilan ganda sebesar 20,9%, janin besar sebesar 18,6%, episiotomi sebesar 16,2% dan kebutuhan penjahitan perineum sebesar 15%. Sedangkan perdarahan pascapersalinan yang berat berhubungan dengan retensi plasenta sebesar 17,1%, kehamilan ganda sebesar 4,7%, janin besar sebesar 4,9%, induksi persalinan sebesar 3,5%, dan kebutuhan akan penjahitan perineum sebesar 2,5%. Pada pasien ini terjadi perdarahan pascapersalinan dan membutuhkan 1250 ml darah PRC juga berhubungan dengan adanya retensi plasenta dan janin besar. Berarti pasien ini mengalami perdarahan pascapersalinan yang berat.

Dengan memperhatikan volume perdarahan pascapersalinan yang terjadi, diperiksanya kadar hemoglobin cito menjadi hal yang perlu segera dilakukan. Kadar hemoglobin didapatkan 7,5 g/dL, dan pada saat kadar hemoglobin dibawah 8 g/dL maka pemberian transfusi darah menjadi hal utama. Pemulihan keadaan ibu dianggap baik apabila kadar hemoglobin setidaknya sudah mencapai 10 g/dL. Pada pasien ini dilakukan pemberian transfusi darah PRC 1250 ml, dan hasil cek kadar hemoglobin akhir didapatkan 10 g/dL. Untuk selanjutnya sebagai upaya tidak terjadinya anemia yang berkepanjangan pada pasien ini diharapkan dengan pemberian asupan nutrisi bergizi yang cukup.

SIMPULAN

Dengan mencermati faktor risiko persalinan berupa: persalinan yang keempat, taksiran berat janin besar, adanya hipertensi dalam kehamilan, kejadian fatal pada pasien akibat perdarahan pascapersalinan dapat dihindari. Penatalaksanaan kala tiga persalinan yang baik dan penanganan yang cepat dan tepat terhadap kejadian perdarahan pascapersalinan membantu pasien pulih dengan baik dan pulang dalam keadaan baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Prawirohardjo S. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2016.
2. Anderson J.M. and Etches D. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. *Am Fam Physician*. 2007; 75 (6): 875-882.
3. Weisbrod AB, Sheppard FR, Chernofsky MR, Blankenship CL, Gage F, Wind G, et al. Emergent Management of Postpartum Hemorrhage for the General and Acute Care Surgent. *World J Emerg Surg*, 2009; 4: 43.

4. Smith JR. Management of the Third Stage of Labor. *Medscape*. Updated: Jan 06, 2015.
5. Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The Length of the Third Stage of Labor and the Risk of Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol*, 2005; 105 (2): 290-3.
6. Magann EF, Lutgendorf MA, Keiser SD, Porter S, Siegel ER, McKelvey SA, et al. Risk Factors for a Prolonged Third Stage of Labor and Postpartum Hemorrhage. Abstract. *South Med J*, 2013; 106 (2):131-5.
7. Maughan K., Heim S., Galazka S. Preventing Postpartum Hemorrhage: Managing the Third Stage of Labor. *Am Fam Physician* 2006; 73 (6): 1025-8.
8. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB. Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009; 31 (10): 980-993.
9. Urner F., Zimmermann R., Krafft A. Manual Removal of the Placenta after Vaginal Delivery: An Unsolved Problem in Obstetrics. *J Pregnancy*, 2014: 1-5.
10. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, Buckens P. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in Vaginal Deliveries in a Latin-American Population. *Obstet Gynecol*. 2009; 113 (6); 1313-1319.
11. Drife J. Management of Primary Postpartum Haemorrhage. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104 (3): 275-277.
12. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, et al. Maternal Outcome After Conservative Treatment of Placenta Accreta. *Obstet Gynecol*. 2010; 115 (3): 526-34.