

Pencegahan dan Tatalaksana Perdarahan Pasca Salin di Pelayanan Kesehatan Primer

Arya Utama Timur Galang Adil

Staf Medis Obstetri dan Ginekologi RSUD Datoe Binangkang, Kabupaten Bolaang Mongondow, Sulawesi Utara

ABSTRAK

Kata Kunci:

*Perdarahan pasca salin,
pelayanan kesehatan
primer,
pencegahan,
tatalaksana*

Perdarahan pasca salin (PPS) atau biasa disebut juga *postpartum haemorrhage* (PPH) adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml dan 1000 ml pada PPS berat, setelah melahirkan, baik secara pervaginam maupun operasi caesar. PPS merupakan penyumbang terbesar angka kematian ibu di Indonesia. Pada tahun 2019 didapatkan dari 4221 kematian ibu, sebanyak 1280 kasus atau sekitar 30 % disebabkan oleh perdarahan. Manajemen aktif kala tiga dilakukan sebagai pencegahan terjadinya PPS. Meskipun pencegahan telah dilakukan, PPS masih bisa terjadi. Penatalaksanaan PPS yang meliputi resusitasi, pemberian obat uterotonika, serta dengan melihat penyebabnya bisa dilakukan kompresi bimanual, manual plasenta, penjahitan luka, serta tanpa melihat penyebabnya bisa dilakukan kompresi aorta dan pemasangan tompon balon kateter saat dirujuk. Semua pasien yang mengalami pendarahan lebih dari 500cc dan berpotensi terjadi syok harus dirujuk ke fasilitas sekunder setelah pasien stabil, atau setelah dilakukan tatalaksana gawat darurat.

Korespondensi: arya.utama.timur@gmail.com (Arya Utama Timur Galang Adil)

ABSTRACT

Keywords:

Postpartum hemorrhage,
primary health care,
prevention,
management

Postpartum haemorrhage (PPH) is blood loss of more than 500 ml and 1000 ml in severe PPS, after childbirth, in both vaginal or caesarean section. PPH is the largest contributor to maternal mortality in Indonesia. In 2019, there were 4221 maternal deaths, as many as 1280 cases or about 30% were caused by bleeding. Active management of the third stage of labor perform to prevent PPH. Even though prevention has been taken, PPH can still occur. The management of PPH which includes resuscitation, administration of uterotonic drugs, and by looking at the cause bimanual compression, manual placenta, wound suturing can be performed, and regardless of the cause, aortic compression and catheter balloon tompom placement can be performed. All patients who experience bleeding more than 500 cc and have sign of shock should be referred to a secondary facility once the patient is stable, or after emergency management performed.

PENDAHULUAN

Perdarahan pasca salin (PPS) atau biasa disebut juga *postpartum haemorrhage* (PPH) adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml dan 1000 ml pada PPS berat, setelah melahirkan, baik secara pervaginam maupun operasi Caesar.^{1,2} PPS merupakan penyumbang terbesar angka kematian ibu di Indonesia. Pada tahun 2019 didapatkan bahwa dari 4221 kematian ibu, sebanyak 1280 kasus atau sekitar 30 % disebabkan oleh perdarahan.³ Jumlah kematian ibu yang tinggi menyebabkan angka kematian ibu (AKI) yang tinggi, pada tahun 2017 rasio AKI sebesar 177 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini masih jauh dari target MDG 2015 yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup.⁴ Masalah yang sering terjadi pada penatalaksanaan PPS adalah *too little and too late* dimana penanganan yang diterima tidak adekuat dan pemberian penanganan yang terlambat. Dengan penanganan dan pencegahan yang tepat dan cepat terhadap kasus PPS, maka pada tahun 2030, diharapkan angka AKI di Indonesia dapat turun hingga 131 per 100.000 kelahiran hidup.³

Penyebab PPS 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 PPS. 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, PPS dibagi menjadi dua, yaitu PPS primer dan PPS sekunder. PPS primer dimaksudkan jika perdarahan terjadi sampai 24 jam setelah melahirkan. Sebaliknya, yang dimaksud dengan PPS sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam sampai 6 minggu setelah melahirkan.^{2,5,6}

PENCEGAHAN PERDARAHAN PASACA SALIN

Untuk melakukan pencegahan terhadap perdarahan pasca persalinan, dapat dilakukan manajemen aktif kala tiga.^{7,8} Manajemen aktif kala tiga sendiri secara garis besar terbagi menjadi beberapa proses yaitu: pemberiian uterotonika, melakukan pereganggan teli pusat terkendali, atau massase uterus setelah lahir.⁹

Pemberian Uterotonika¹²

Setelah bayi lahir dalam waktu satu menit, periksa kembali fundus uteri untuk memastikan tidak adanya janin kedua. Lalu suntikkan oxytocin sebanyak 10 IU secara IM. Penggunaan oxytocin lebih diutamakan daripada uterotonika lain, dikarenakan waktu reaksi yang cepat 2-3 menit setelah injeksi, efek samping yang minimal dan dapat diberikan kepada seluruh wanita. Namun apabila tidak tersedia oxytocin, maka bisa diberikan uterotonika lainnya seperti ergometrin atau methyl ergometrin dengan dosis 0.2mg IM, ataupun misoprostol sebanyak 600 µg secara oral. Yang perlu diperhatikan pada pemberian ergometrine atau methylergometrine jangan diberikan kepada ibu dengan penyakit jantung, dan dengan tekanan darah tinggi.^{10,11}

Melakukan Pereganggan Tali Pusat Terkendali

Untuk mencegah terjadinya perdarahan pasca salin, salah satu yang dapat dilakukan adalah melakukan pereganggan tali pusat terkendali. Sebelum melakukan tindakan ini, pastikan bayi lahir dengan keadaan sehat dan lakukan klem pada tali pusat yang berada didepan perineum saat pulsasi darah tali pusat berhenti, atau lebih kurang setelah 2 menit dan pegang klem tersebut menggunakan satu tangan. Saat uterus berkontraksi, suruh ibu untuk mengejan dan dengan gentle regangkan tali pusat kebawah bersamaan dengan itu lakukan gerakan dorso kranial diatas tulang pubis ibu, menggunakan tangan lainnya. Perhatikan apakah tali pusat bertambah panjang selama 30-40 detik saat kontraksi uterus, bila tidak ada penambahan panjang tali pusat, maka dapat disimpulkan plasenta belum turun, maka hentikan pereganggan tali pusat dan tunggu kontraksi berikutnya, kemudian ulangi pereganggan tali pusat dan Gerakan dorso kranial hingga plasenta lahir. Setelah plasenta lahir, pegang dengan dua tangan yang membentuk baskom lalu putar searah jarum jam hingga membran plasenta dapat keluar dengan sempurna Bersama plasenta. Terakhir pastikan keutuhan membran dan plasenta yang lahir, untuk menyingkirkan kemungkinan retensio plasenta.^{1,5,7}

Massase Uterus Setelah Plasenta Lahir

Tindakan lain yang dapat dilakukan untuk mencegah perdarahan pasca salin adalah dengan melakukan massase uterus. Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus hingga uterus berkontraksi dengan baik, serta periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama dua jam pertama dan lakukan massase bila uterus terasa lembek.^{5,7,9,10}

PENATALAKSANAAN PERDARAHAN PASCA SALIN

Pemberian Medikamentosa

Meskipun dengan melakukan pencegahan yang baik, beberapa wanita tetap membutuhkan penanganan terhadap pendarahan berat. Penanganan standard pada PPH meliputi resusitasi cairan, penilaian penyebab, pemberian obat-obat uterotonika secara intravena ataupun intramuscular, manual plasenta untuk membersihkan sisa-sisa plasenta, bahkan transfusi darah serta operasi bila diperlukan. Setelah dilakukan penilaian singkat dan resusitasi cairan pada pasien, maka diperlukan penilaian penyebab terjadinya PPH dengan memikirkan kemungkinan dari 4T dan melakukan penanganan sesuai dengan penyebabnya.

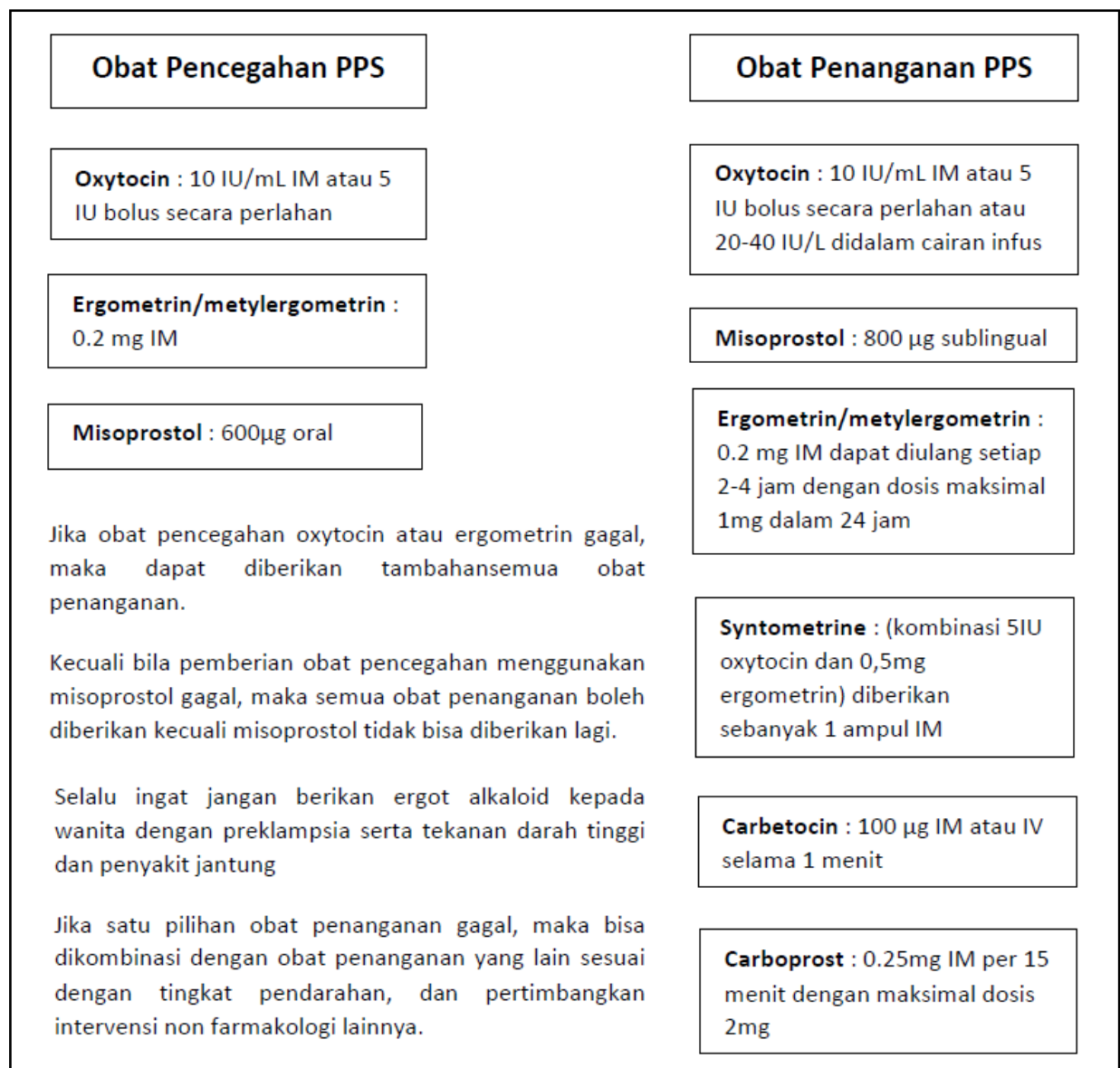
Metode Mekanik

Metode mekanik perlu dipertimbangkan diberikan apabila pendarahan banyak dan tidak dapat dihentikan dengan pemberian obat-obatan, seperti pada kasus atonia uteri maka dapat dilakukan hal-hal berikut, seperti kompresi bimanual, kompresi aorta, dan tampon balon kateter.^{5,12}

a. Kompresi Bimanual.

Kompresi bimanual harus dilakukan segera setelah diketahui terjadi atonia uteri. Bersamaan dengan kompresi bimanual maka memanggil penolong lain untuk memasang jalur infus, cek laboratorium, serta memberikan bantuan kompresi bimanual. Pemberian kompresi bimanual dilustrasikan seperti pada gambar 2.^{5,13}

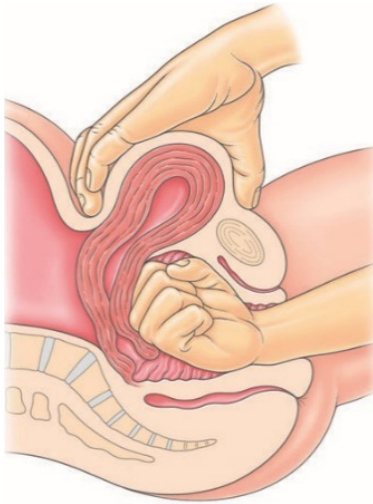
Kompresi bimanual dilakukan dengan terlebih



Gambar 1. Skema pemilihan obat-obatan penanganan dan pencegahan PPS⁵

dahulu memberikan penjelasan kepada ibu dan keluarganya. Penjelasan menyangkut perlunya penolong melakukan kompresi bimanual dan kemungkinan timbulnya rasa sakit selama tindakan berlangsung. Bersihkan kedua tangan dan gunakan sarung tangan steril. Selanjutnya, letakkan satu tangan di vagina dan kepalkan tangan membentuk sebuah tinju dengan tangan lainnya diletakkan di atas fundus uterus. Saling dekatkan kedua tangan

dengan maksud meremas uterus dari kedua sisi, dengan cara ini diharapkan akan memperlambat atau menghentikan pendarahan. Teruskan kompresi uterus hingga mendapatkan penanganan lebih lanjut. Perlu diingat meskipun kompresi bimanual dapat dilakukan oleh seorang penolong, namun penelitian menunjukkan bahwa daya tekan/remas yang adekuat dapat dipertahankan lebih lama bila dilakukan dengan dua penolong daripada satu penolong.¹⁴



Gambar 2. Posisi tangan penolong saat melakukan kompresi bimanual interna.¹⁴

b. Kompresi aorta

Kompresi aorta adalah salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk menangani PPS yang berat dengan penyebab apapun. Sebelum melakukan kompresi aorta maka perlu dipikirkan beberapa opsi intervensi lain. Serta kompresi aorta dilakukan bersamaan penilaian faktor penyebab PPS dan melakukan koreksi sesuai penyebabnya. Langkah kompresi aorta adalah seperti berikut:^{5,11,14}

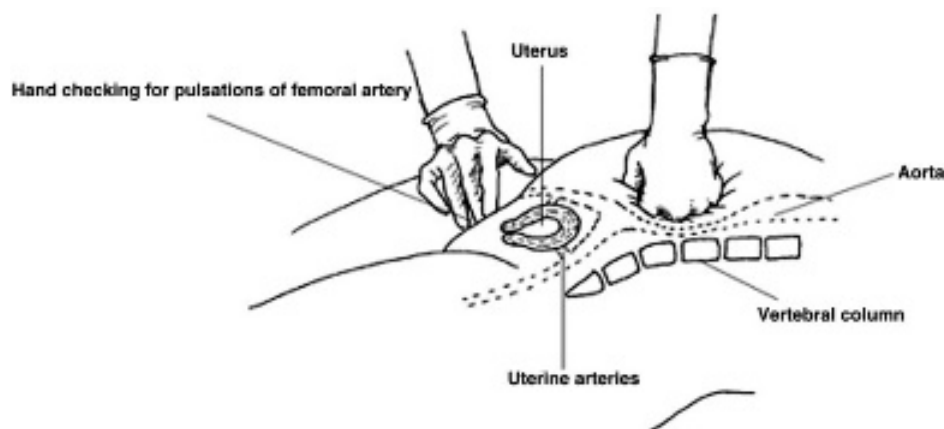
Sebelum melakukan tindakan, sebaiknya selalu memberitahuakan kepada ibu maupun keluarganya tentang intervensi yang akan dilakukan. Seterusnya,

posisikan diri penolong dengan berdiri pada sebelah kanan pasien. Raba pulsasi arteri femoralis menggunakan tangan kanan penolong, dengan tetap meraba pulsasi arteri femoralis letakkan kepalan tangan kiri persis disebelah diatas kiri dari garis tengah pusar pasien seperti gambar 3. Salurkan dan pusatkan berat badan penolong pada tangan kiri secara perlahan, sampai tangan kanan tidak dapat merasakan pulsasi arteri femoralis, perlu diingat untuk selalu gunakan berat badan penolong untuk menekan serta tidak menggunakan kekuatan otot tangan kiri untuk menekan, karena akan membuat penolong kelelahan.

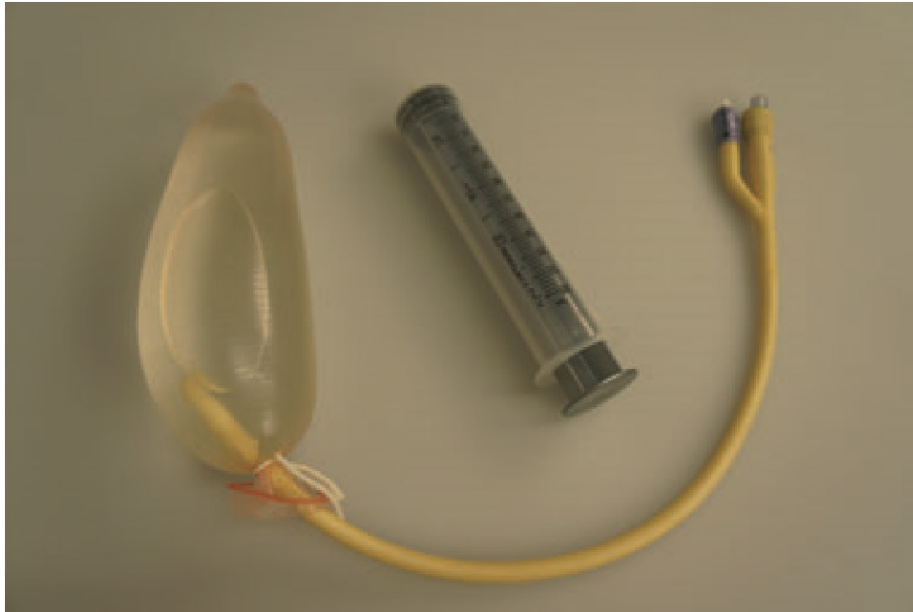
Selama melakukan kompresi aorta, maka jari-jari tangan harus tetap berada pada arteri femoralis. Ini dimaksudkan untuk memastikan pulsasi arteri femoralis tidak teraba, yang mana menandakan bahwa kompresi aorta berhasil. Bilamana sewaktu-waktu arteri femoralis teraba kembali, maka tambah kembali tekanan pada tangan kiri hingga pulsasi arteri femoralis menghilang kembali.

c. Tampon balon kateter

Balon kateter merupakan Tindakan intervensi lain yang dapat dilakukan untuk menghentikan PPS. Baon kateter biasanya menggunakan sebuah foley kateter yang mana ujung karet dari folley kateter dibungkus dengan kondom dan kondom diikat pada ujung terbukanya dengan benang steril,



Gambar 3. Posisi tangan penolong saat melakukan kompresi aorta.⁵



Gambar 4. Pemasangan kondom pada folley kateter.¹⁵

untuk menjaga cairan yang masuk tetap tertampung didalam kondom seperti gambar 4. Ujung kateter lain biasanya disambungkan dengan spuit, atau lebih sering dengan jalur infus dan cairan dialirkan menggunakan gaya gravitasi. 300 hingga 500cc NaCl diperlukan untuk menghentikan pendarahan. Balon dibiarkan hingga 24 jam dan setelah itu setiap 2 jam sekali di kurangi tekanannya, hingga dapat dilepas. Apabila dalam pengurangan tekanan darah Kembali keluar, maka balon dikembangkan lagi dan ditunggu selama 24 jam kemudian.^{1,5,9,15}

MANAJEMEN PPS PADA PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

Dari semua penjelasan pencegahan dan penatalaksanaan diatas, maka untuk menjamin adekuatnya management PPS di pelayanan Kesehatan primer, maka dapat dipersiapkan beberapa hal meliputi: staff, sumber daya, resusitasi, dan tatalaksana.^{5,9,16}

- Staff: Staff yang harus ada disini adalah perawat, bidan, dan juga dokter bila ada.
- Sumber Daya: Untuk menolong pasien PPS di

pelanan Kesehatan primer, minimal tersedianya layanan fasilitas melahirkan 24 jam, dan juga pemeriksaan laboratoirum sederhana, terutama hemoglobin.

- Resusitasi: Resusitasi yang perlu dilakukan meliputi resusitasi cairan, monitoring produksi urin, tekanan darah dan nadi. Bila ada gunakan baju anti syok saat merujuk pasien
- Tatalaksana: Penanganan yang minimal bisa dilakukan di setting pelayanan kesehatan primer termasuk diantaranya kompresi bimanual baik eksternal maupun internal, kompresi aorta, pemberian oksitosin, ergometrin, misoprostol bahkan asam tranexamat bila ada. Petuga Kesehatan juga harus mampun melakukan perbaikan robekan jalan lahir yang ringan. Selain itu harus dapat melakukan manual plasenta dan juga pemasangan tampon kateter balon, sebagai penanganan sebelum dirujuk ke fasilitas lebih lanjut.

Setelah melakukan semua penanganan diatas, pasien yang mengalami perdarahan lebih dari 500cc dan berpotensi terjadi syok, meskipun dalam

keadaan stabil dan perdarahan telah berhenti, sesuai dengan buku panduan klinis primer dokter Indonesia, maka tetap dilakukan rujukan, agar dapat dilakukan penatalaksanaan dan pemeriksaan lebih lanjut. Dengan pemenuhan kebutuhan minimal tersebut, maka diharapkan dapat menurunkan angka mortalitas dari kejadian PPS.^{9,17}

KESIMPULAN

Dalam rangka menurunkan kematian ibu, salah satunya adalah dengan melakukan pencegahan dan penatalaksanaan PPS. Penatalaksanaan PPS yang dapat dilakukan di pelayanan primer meliputi resusitasi cairan, pemberian obat uterotonika, kompresi bimanual, kompresi aorta, manual plasenta, penjahitan luka ringan, pemasangan tampon balon kateter. Selalu lakukan rujukan bila pasien telah stabil atau telah diberikan pertolongan darurat bila perdarahan yang dialami pasien lebih dari 500 cc dan berpotensi terjadinya syok.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sentilhes L, Vayssi re C, Deneux-Tharaux C, Aya AG, Bayoumeu F, Bonnet MP, et al. Postpartum hemorrhage: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF): In collaboration with the French Society of Anesthesiology and Intensive Care (SFAR). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;198:12–21.
2. Borovac-Pinheiro A, Pacagnella RC, Cecatti JG, Miller S, El Ayadi AM, Souza JP, et al. Postpartum hemorrhage: new insights for definition and diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;219(2):162–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.013>
3. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Vol. 42, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. 97–119 p.
4. Susiana S. Angka Kematian Ibu : Faktor Penyebab Dan Upaya Penanganannya. 2019;
5. Lalonde A. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;117(2):108–18.
6. Abdul Bari Saifuddin; Abdul Bari Saifuddin; George Adriansz. Buku acuan nasional : pelayanan kesehatan material dan neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2006.
7. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(2).
8. Prata N, Bell S, Weidert K. Prevention of postpartum hemorrhage in low-resource settings: Current perspectives. *Int J Womens Health*. 2013;5(1):737–51.
9. Fawcus S. Practical approaches to managing postpartum haemorrhage with limited resources. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;61:143–55.
10. Rani PR. Recent Advances in the Management of Major Postpartum Haemorrhage - A Review. *J Clin Diagnostic Res*. 2017;1–5.
11. Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2017(9).
12. Committee WH, Council RB and. Management of Postpartum Haemorrhage (PPH). *R Aust New Zeal Coll Obs Gynaecol*. 2017;(May 2015):1–14.
13. Segagni Lusignani L, Quaglio G, Atzori A, Nsuka J, Grainger R, Da Conceiçao Palma M, et al. Factors associated with patient and health care system delay in diagnosis for tuberculosis in the province of Luanda, Angola. *BMC Infect Dis*. 2013;13(1).
14. Andreatta P, Perosky J, Johnson TRB. Two-Provider Technique for Bimanual Uterine Compression to Control Postpartum Hemorrhage. *J Midwifery Women’s Heal*. 2012;57(4):371–5.

15. Tindell K, Garfinkel R, Abu-Haydar E, Ahn R, Burke TF, Conn K, et al. Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage in resource-poor settings: A systematic review. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2013;120(1):5–14.
16. Walraven G, Wanyonyi S, Stones W. Management of post-partum hemorrhage in low-income countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008;22(6):1013–23.
17. IDI. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2017. 162, 364 p.