

Paritas dan Perdarahan Postpartum Khususnya Perdarahan Kala III dan IV.

Oleh : Agung Sutanto, Sudardi dan Darjono Kartodimedjo

Bagian Obstetri-Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

PENDAHULUAN

Masalah perdarahan dalam obstetri adalah sangat penting, oleh karena bagian terbesar kematian ibu dalam obstetri disebabkan oleh perdarahan obstetrik, yaitu yang terpenting :

- Perdarahan oleh karena abortus,
- Kehamilan ektopik,
- Mola hydatidosa,
- Placenta praevia,
- Solutio placentae,
- Ruptura uteri,
- Perdarahan postpartum.

Perdarahan postpartum adalah yang paling sering terjadi di antara perdarahan lain dalam obstetri. Oleh Eastman (1961), dikatakan kira-kira pada 10% dari seluruh persalinan terjadi perdarahan postpartum bila darah yang keluar diukur dan diawasi dengan teliti.

Perdarahan postpartum ialah perdarahan dari saluran jalan lahir lebih dari 500 cc dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran anak (Eastman, 1961). Setelah 24 jam pertama disebut "late postpartum hemorrhage".

Di Bagian Obstetri-Ginekologi Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada pengertian perdarahan adalah bila darah yang keluar lebih dari 400 cc.

Perdarahan postpartum dibagi :

- Perdarahan ringan bila jumlah darah 400 cc - 600 cc,
- Perdarahan sedang bila darahnya berjumlah 600 cc - 800 cc.
- Perdarahan berat bila darahnya berjumlah lebih dari 800 cc.

Sebab perdarahan postpartum yang pokok adalah :

- Atonia uteri,
- Retensi sisa placenta,
- Perlukaan jalan lahir.

Dari ketiga hal tersebut di atas yang paling sering terjadi adalah atonia uteri.

Predisposisi untuk terjadinya perdarahan postpartum terdapat pada :

- Multiparitas (terutama para-lima atau lebih),
- Kehamilan kembar,
- Hydramnion,
- Pada kehamilan dengan anak besar,
- Anestesi ether,
- Tindakan operatif dalam persalinan,
- Partus lama dengan keadaan ibu lemah,
- Kesalahan pimpinan pada kala III.

Maksud tulisan ini ialah memberi sekedar gambaran tentang hubungan paritas dan perdarahan postpartum, berdasarkan data yang diperoleh dari sebagian kasus-kasus persalinan di Bagian Obstetri-Ginekologi Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada.

MATERIAL DAN CARA KERJA.

Dikumpulkan secara bebas 1516 kasus persalinan di Bagian Obstetri-Ginekologi Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada dari 1 Oktober 1969 sampai 1 April 1971, tanpa diadakan perincian antara kehamilan yang normal dan yang menunjukkan kelainan. Ditegaskan disini, bahwa pada pokoknya, lepas dari hal lain-lain yang tentu masih banyak hubungannya dengan perdarahan postpartum, hanya akan ditinjau tentang paritas wanita dan hubungannya dengan jumlah darah yang keluar setelah anak lahir sampai 2 (dua) jam kemudian, jadi khususnya perdarahan kala III dan IV. Diambil waktu 2 (dua) jam postpartum oleh karena setelah waktu itu kalau keadaan pasien baik (tak ada perdarahan, kontraksi uterus baik, tensi dan nadi baik), pasien dipindahkan ke bangsal dan umumnya pengeluaran darah di bangsal sudah tak berarti, sehingga jarang dilakukan pengukuran atau penafsiran darah yang keluar, kecuali kalau terjadi lagi perdarahan banyak.

Cara pengukuran darah yang keluar ialah dengan mengukur dan/atau menaksir. Satuan yang dipakai centimeter kubik (=cc=ml). Setelah anak lahir darah yang keluar ditampung diukur dengan bengkok atau kom sampai 2 (dua) jam kemudian. Darah yang tertampung diukur dengan pengukur (*maatkan*). Bila darah tercampur air ketuban, jumlah air ketuban disamakan dengan bagian cairan yang tertampung dan sisanya berupa bekuan darah disamakan dengan jumlah darah yang keluar. Darah yang tercecer di kain, di tempat tidur, atau di lantai yang tak dapat diukur lagi, ditaksir jumlahnya.

Jumlah darah yang keluar dibagi dalam golongan-golongan sebagai berikut (TABEL 1):

TABEL 2. Pembagian golongan perdarahan menurut jumlah darah yang keluar.

Golongan	Jumlah Darah (dalam cc)	Keterangan
1	Sampai 200	Dalam batas fisiologis
2	200 - 400	
3	400 - 600	Perdarahan ringan
4	600 - 800	Perdarahan sedang
5	800 - 1000	
6	1000 - 1500	
7	1500 - 2000	Perdarahan berat
8	2000 ke atas	

Wanita dibagi menurut jumlah kehamilannya dalam golongan sebagai berikut (TABEL 2) :

TABEL 2. Pembagian golongan wanita menurut jumlah kehamilannya.

Golongan	Kehamilan Ke	Keterangan
I	I	
II	2 - 3 - 4	
III	5 - 6 - 7	
IV	8 - 9 - 10	
V	II keatas	Grande multi

POKOK-POKOK PIMPINAN PERSALINAN KALA III

- Setelah anak lahir dan tali pusat dipotong, anak dirawat seperlunya dan kemudian diserahkan kepada pembantu.
- Kandung kencing dikosongkan dengan katheter logam.
- Diawasi kontraksi uterus dan perdarahan, di samping tanda-tanda placenta lepas.
- Setelah 5 - 10 menit, dikontrol apakah placenta sudah lepas, yaitu dilakukan perasat Küstner.
- Bila placenta sudah lepas, untuk melahirkan placenta, kedudukan uterus diluruskan dengan arah jalan lahir dan kalau perlu *massage* uterus sampai kontraksi menjadi baik, kemudian didorong ringan pada fundus uteri.
- Darah yang keluar selalu ditampung dan diukur.
- Placenta setelah lahir diperiksa bagian fetal dan maternal untuk mengetahui apakah ada bagian yang tertinggal dan kelainan-kelainan lainnya.
- Pada penderita *potential bleeders*, selalu diberikan tonica uterus prophylaktis pada waktu bagian depan ke luar pintu.
- Bila dalam waktu 1 (satu) jam atau bila darah yang keluar sudah ada 300 cc, placenta belum lepas, placenta segera dilahirkan manual, dibawah narkosa ether *open drop*, kemudian diberi tonica uterus.
- Pada retensi sisa placenta, segera dilakukan evakuasi sisa placenta yang tertinggal dibawah narkosa ether *open drop*. Setelah tindakan, diberi tonica uterus.

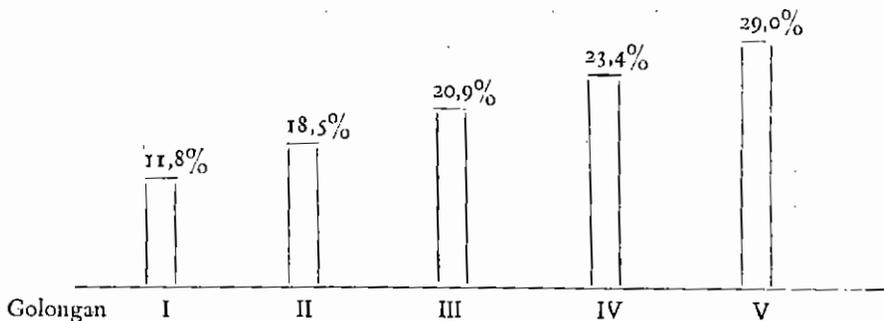
HASIL

Diantara 1516 kasus persalinan yang ditinjau terdapat 257 kasus dengan perdarahan postpartum (17,7%). Diperinci, golongan I (=primipara) ada 52 kasus (11,8%), golongan II ada 116 kasus (18,5%), golongan III ada 61 kasus (20,9%), golongan IV ada 29 kasus (23,4%), sedang golongan V ada 9 kasus (29,0%) (TABEL 3).

TABEL 3. Paritas dan Perdarahan postpartum

Golongan	Kehamilan Ke	Jumlah Kasus	Perdarahan Postpartum	
			Jumlah	Prosentas
I	I	440	52	11,8
II	2 - 3 - 4	626	116	18,5
III	5 - 6 - 7	295	61	20,9
IV	8 - 9 - 10	124	29	23,4
V	11 ke atas	31	9	29,0
Jumlah		1516	267	17,7

Bila kita perhatikan TABEL 5, bagi semua golongan paritas, jumlah kasus yang terbanyak terdapat dalam golongan dengan jumlah darah yang keluar 200 - 400 cc (belum merupakan perdarahan postpartum). Dari 1516 kasus hanya ada 5 (lima) kasus dengan jumlah darah yang keluar kurang dari 100 cc dan tidak terdapat kasus dengan perdarahan 2000 cc atau lebih.



TABEL 4. Makin tinggi paritas makin tinggi pula frekwensi perdarahan postpartum.

TABEL 5. Perincian jumlah darah yang keluar, khususnya perdarahan postpartum.

Golongan	Kehamilan Ke	Perdarahan yang Keluar (cc)							
		Dalam batas Physiologis		Perdarahan Postpartum					
		0 - 200	200 - 400	400 - 600	600 - 800	800 - 1000	1000 - 1500	1500 - 2000	2000 - ke atas
I	I	57	331	26	19	6	1	-	-
II	2 - 3 - 4	125	382	72	28	4	11	1	-
III	5 - 6 - 7	57	177	34	14	6	6	1	-
IV	8 - 9 - 10	22	73	14	8	6	1	-	-
V	11 ke atas	1	21	4	4	-	1	-	-
Semua Golongan		265	984	150	73	22	20	2	-

DISKUSI

Telah dikemukakan angka-angka dari hasil penelitian 1516 kasus persalinan di Bagian Obstetri-Ginekologi Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada dan hubungan antara paritas dan perdarahan postpartum, khususnya perdarahan kala III dan IV. Dapat disimpulkan bahwa makin tinggi paritas, makin tinggi pula frekwensi perdarahan postpartum (TABEL 4).

Dari penelitian di atas dapat pula dikemukakan, bahwa frekwensi perdarahan postpartum cukup tinggi (17,7%), oleh karena itu perlu adanya peningkatan perhatian dan sikap aktif dalam mengadakan tindakan pencegahan dan pertolongan bila terjadi perdarahan postpartum. Tindakan ini sejak wanita dalam perawatan antenatal, dalam persalinan, khususnya dalam kala III dan IV, postpartum dan waktu wanita dalam nifas.

Sikap aktif dalam pencegahan perdarahan postpartum :

1. Pada perawatan antenatal :

- a. Diperhatikan gizi (nutrisi) dan kadar hemoglobin dalam darah, dijaga jangan kurang dari 10 g %.
- b. Penderita-penderita dengan predisposisi perdarahan postpartum dianjurkan bersalin di rumah sakit, diperiksa golongan darahnya dan disediakan donor darah yang cocok.

2. Dalam persalinan :

- a. Pada kala I :
 - Dicegah terjadinya partus lama.
 - Persiapan untuk mengatasi perdarahan postpartum, misalnya sedia infus, donor yang cocok, obat-obat tonica uterus, obat-obat antihipotensi dan tampon uterus.
- b. Pada kala II :
 - Kepada penderita dengan predisposisi perdarahan postpartum diberikan suntikan tonica uterus prophylaktis pada waktu kepala anak keluar vulva atau pada presentasi sungsang diberikan waktu bokong keluar vulva.
- c. Pada kala III :
 - Bila placenta belum lepas/lahir dalam waktu satu jam atau darah yang keluar sudah 300 cc, maka segera dilakukan pengeluaran placenta manual.
 - Bila placenta telah lahir tetapi tidak lengkap atau diragukan tentang lengkapnya, segera dilakukan explorasi untuk mengeluarkan sisa placenta yang masih tertinggal.
- d. Pada kala IV :
 - Ditekankan pengawasan pada pasien yang cermat mengenai keadaan umum, tensi, nadi, tinggi fundus uteri dan kontraksinya dan perdarahan.
 - Bila kontraksi uterus tidak baik, sedangkan placenta telah lahir lengkap, dilakukan *massage* uterus, kalau perlu diberikan tonica uterus.
 - Bila terjadi perdarahan sedang atau berat segera diberikan infus (solutio chloret. natric. 0,9% atau subtosan), atau transfusi darah.

3. Dalam nifas :

Khususnya bagi golongan wanita dengan paritas tinggi (lima atau lebih dan penderita-penderita dengan predisposisi perdarahan postpartum, dianjurkan)

untuk sementara tidak hamil dulu, atau mencegah kehamilan berikutnya. Dalam hal ini nyata perlunya keluarga berencana.

Pertolongan pada perdarahan postpartum oleh karena atonia uteri :

Bila terjadi perdarahan postpartum oleh karena atonia uteri, disamping pemberian tonica uterus dengan dosis cukup, dilakukan *massage* uterus atau bila perlu kompresi bimanuil. Bila tidak berhasil, dipasang tampon uteri yang padat di dalam narcosa. Bila perdarahan masih terus berlangsung, dilakukan hysterektomi, walaupun hal ini jarang.

Pemberian transfusi darah untuk menggantikan seluruh atau sebagian darah yang keluar sangat penting, oleh karena dirasa sangat perlunya suatu dinas transfusi darah yang selalu siap sedia.

Penelitian kasus dan penilaian di atas sangat terbatas dan hasilnya tidak merupakan data yang konklusif. Perlu adanya *survey* yang lebih lengkap tidak hanya mengenai paritasnya saja, tetapi juga ditinjau mengenai umum keadaan sosial ekonomi, gizi, faktor predisposisi, lama persalinan, jalannya persalinan (spontan atau dengan pertolongan), narcosa dan sebagainya.

KESIMPULAN

1. Dengan cara kerja yang sangat sederhana dan tidak sedikit faktor kekurangannya telah disuguhkan sekedar gambaran mengenai hubungan paritas dan perdarahan postpartum khususnya perdarahan kala III dan IV.
2. Berdasarkan data di atas dapat ditarik kesimpulan, bahwa makin tinggi paritas makin tinggi pula frekwensi perdarahan postpartum.
3. Frekwensi perdarahan postpartum untuk semua golongan paritas cukup tinggi (17,7%), sehingga perlu peningkatan perhatian dan sikap aktif dalam tindakan pencegahan dan pertolongan bila terjadi perdarahan postpartum.

SUMMARY

1. A partial review of 1516 delivery cases collected at random from the records of Gadjah Mada Hospital, since October 1969 to April 1971, shows relationship between parity and postpartum hemorrhage of the third and fourth stage of labour.
2. The higher the parity, the higher the percentage of postpartum hemorrhage.
3. The incidence of postpartum hemorrhage is high enough to call for a more active attitude in the prevention and management of postpartum hemorrhage.

ABSTRAK

Dilakukan peninjauan atas 1516 kasus persalinan di Bagian Obstetri-Ginekologi Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada, yang dikumpulkan secara bebas dalam waktu delapan belas (18) bulan (dari bulan Oktober 1969 sampai bulan April 1971), tentang hubungan antara paritas dan perdarahan postpartum.

Dari peninjauan tersebut dapat diambil kesimpulan, bahwa makin tinggi paritas wanita makin tinggi pula frekwensi perdarahan postpartum khususnya perdarahan kala III dan IV.

Frekwensi perdarahan postpartum di Bagian Obstetri-Ginekologi Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada cukup tinggi (17,7%), sehingga perlu peningkatan perhatian dan sikap aktif dalam mengadakan tindakan pencegahan atau pertolongan bila terjadi perdarahan postpartum.

PERNYATAAN

Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada dr. R. Soeprono, Kepala Bagian Obstetri-Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, yang telah memberi petunjuk-petunjuk dalam pembuatan tulisan ini. Juga kepada bidan Nn. Srie Pardini dan Sdr. Pardjo yang telah membantu dalam pengumpulan data, dan kepada sejawat Ahmad Nurulhadie Dirdjowijoto yang telah membantu sebagian dari pengetikannya; kami sampaikan ucapan yang serupa.

KEPUSTAKAAN

- Beck-Rosenthal 1958 *Obstetrical Practice*, 7th ed., William & Wilkins Company, Baltimore.
Douglas & Stromme. *Operative Obstetrics*. Appleton Century Crofts Inc., New York
Eastman-Hellman 1961. *Obstetrics*, 12th ed., Appleton Century Crofts Inc, New York.
Frederick & Charlott. 1961 *Atlas of Obstetric Complication*. J. B. Lippincott Comp.,
Goelam. 1953 *Ilmu Kebidanan II*, Balai Pustaka, Jakarta.
Greenhill. 1961 *Obstetrics*, 12th ed., W. B. Saunders Comp., Philadelphia.
Ross, V:nt J. 1950 *Am. j. Obst & Gynec.*, 60 :483.
-