

GAMBARAN KARAKTERISTIK PENDERITA ATONIA UTERI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. PIRNGADI MEDAN

Alex Lumbanraja¹, Kamajaya²

¹Staf Pengajar Departemen Obgyn, ²Staf Pengajar Departemen Histologi Fakultas Kedokteran Universitas Methodist Indonesia
e-mail: kamajaya.haspan@gmail.com²

ABSTRAK

Atonia Uteri merupakan suatu kondisi pasca persalinan dimana uterus tidak mengadakan kontraksi dan retraksi sehingga darah yang keluar dari tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. Kegagalan uterus untuk berkontraksi setelah melahirkan sering menjadi penyebab perdarahan pada persalinan. Angka kejadian atonia uteri 50-60% dari 5-15% angka kejadian pasca persalinan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik penderita atonia uteri di RSUD Dr. Pirngadi Medan.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan rancangan cross sectional. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April-Mei 2015 di RSUD Dr. Pirngadi Medan. Dengan menggunakan metode total sampling, dengan sampel sebanyak 47 penderita yang telah memenuhi kriteria sampling. Data dikumpulkan dengan mengambil data dari rekam medik dari tahun 2010-2013, kemudian dilakukan pengolahan dan analisis data.

Penelitian ini diperoleh proporsi tertinggi yaitu kelompok umur 36-40 tahun 30%, pendidikan SMA 94%, pekerjaan ibu rumah tangga 94%, paritas multipara 64%, jumlah bayi yang dilahirkan tunggal 96%, berat bayi lahir 3600-4000gr 38%, hemoglobin sebelum persalinan 8-10gr/dl 74%, tabulasi umur dengan paritas 30% dan tabulasi berat bayi lahir dengan hemoglobin sebelum persalinan 38%. Kesimpulan yang didapat diketahui distribusi frekuensi karakteristik penderita atonia uteri berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan, paritas, jumlah bayi yang dilahirkan, berat bayi lahir dan hemoglobin sebelum persalinan di RSUD Dr. Pirngadi Medan.

Kata Kunci : *Atonia Uteri, Hb, Umur*

ABSTRACT

Uterine atony is a postpartum condition in which the uterus does not contract and retract so that the blood coming out of the placenta becomes uncontrolled. The failure of the uterus to contract after giving birth is often the cause of labor bleeding. The incidence of uterine atony is 50-60% from the 5-15% rate of postpartum events. The purpose of this study was to determine the characteristics of uterine atony patients. This study used a descriptive research method with a cross sectional design. This research was conducted in April-May 2016 at Dr. Pirngadi General Hospital Medan. By using the total sampling method, with a sample of 47 patients who had met the sampling criteria. Data was collected by taking data from medical records from 2010-2013, then processing and analyzing data.

This study obtained the highest proportion of the age group 36-40 years 30%, 94% high school education, housewife work 94%, multipara parity 64%, number of babies born single 96%, birth weight 3600-4000gr 38%, hemoglobin before labor 8-10gr / dl 74%, age tabulation with 30% parity and weight tabulation of babies born with hemoglobin before delivery 38%. In this study, it is known the frequency distribution of characteristics of uterine atony based on age, parity, number of infants collected, birth weight and hemoglobin before delivery at Dr. Pirngadi General Hospital Medan.

Keyword: *Uterine atony, Hb, Age.*

1. PENDAHULUAN

Atonia uteri merupakan kegagalan miometrium di area plasenta untuk berkontraksi dan beretraksi, menekan pembuluh darah yang robek dan mengontrol kehilangan darah melalui aktivitas *living ligature* (Fraser, 2011). Terdapat tujuh puluh lima persen perdarahan postpartum disebabkan oleh atonia uteri. Hal ini disebabkan oleh karena otot miometrium gagal menyumbat sinus maternal saat plasenta lepas (Woodward, 2011).

Perempuan yang mengalami kasus atonia uteri tidak dapat diantisipasi dengan baik jauh sebelum kelahiran, meskipun faktor resiko diketahui dengan baik. Namun kemampuan untuk mengidentifikasi perempuan mana yang akan mengalami atonia uteri masih terbatas (Leveno, 2009).

Paritas yang tinggi merupakan resiko besar terjadinya atonia uteri. Fuchs dkk. (1985) menguraikan pada hampir 5800 perempuan para 7 atau lebih. Penelitian melaporkan bahwa insiden perdarahan pascapersalinan sebesar 2,7 persen adalah empat kali lebih tinggi dibandingkan insiden populasi obstetri umum. Babinszki dkk. (1999) melaporkan bahwa insiden perdarahan pascapersalinan adalah 0,3 persen pada perempuan dengan paritas rendah (Cunningham, 2013).

Berdasarkan latar belakang penjelasan di atas, maka peneliti tertarik dan merasa perlu untuk melakukan penelitian tentang peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap karakteristik penderita atonia uteri di RSUD Dr. Pirngadi Medan Tahun 2010-2013.

2. TINJAUAN PUSTAKA

Atonia uteri adalah uterus yang tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan pemijatan fundus uteri (plasenta telah lahir). Atonia uteri merupakan penyebab perdarahan pasca persalinan yang paling penting dan biasa terjadi segera setelah bayi lahir hingga 4 jam setelah persalinan. Atonia uteri dapat menyebabkan perdarahan hebat dan dapat mengarah pada terjadinya syok hipovolemik. Overdistensi baik absolut maupun relatif, merupakan faktor resiko mayor terjadinya atonia uteri. Lemahnya kontraksi miometrium

merupakan akibat dari kelelahan karena persalinan lama atau persalinan dengan tenaga besar, terutama bila mendapat stimulasi (Rukiyah, 2010).

Perdarahan pasca persalinan bisa dikendalikan melalui kontraksi dan retraksi serat-serat miometrium. Kontraksi dan retraksi ini menyebabkan terlipatnya pembuluh-pembuluh darah sehingga aliran darah ke tempat plasenta terhenti. Kegagalan mekanisme akibat gangguan fungsi miometrium dinamakan atonia uteri dan keadaan ini merupakan penyebab utama perdarahan pascapersalinan (Hakimi, 2010).

Pada atonia uteri, kehilangan darah terjadi akibat arteriol spiral miometrium dan vena desidu yang sebelumnya dipasok dan didrainase ruang intervulus plasenta. Karena kontraksi pada rahim yang sebagian kosong menyebabkan pemisahan plasenta, terjadinya perdarahan dan berlanjut hingga otot rahim berkontraksi disekitar pembuluh darah dan bekerja sebagai pengikat fisiologik-anatomik. Kegagalan kontraksi rahim setelah pemisahan plasenta (atonia uteri) mengakibatkan perdarahan yang terlalu banyak ditempat plasenta.

Dalam persalinan pembuluh darah yang ada di uterus melebar untuk meningkatkan sirkulasi, atonia uteri dan subinvulusi uterus menyebabkan kontraksi uterus menurun sehingga pembuluh-pembuluh darah yang melebar tidak menutup dengan sempurna sehingga perdarahan terjadi terus menerus (Neville, 2003).

Diagnosa atonia uteri ditegakkan apabila uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil atau masase fundus uteri (Rohani, 2011).

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan pada palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Perlu diperhatikan bahwa pada saat atonia uteri didiagnosis, maka pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500-1000 cc yang sudah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah pengganti (Saifuddin, 2010).

Gejala klinis berupa perdarahan terus-menerus dan keadaan pasien secara beransur-ansur menjadi semakin buruk. Denyut nadi menjadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, pasien berubah pucat dan dingin dan nafas menjadi sesak, terengah-engah, berkeringat dan akhirnya koma serta meninggal dunia. Situasi yang berbahaya adalah denyut nadi dan tekanan darah hanya memperlihatkan sedikit perubahan untuk beberapa saat karena adanya mekanisme kompensasi vaskuler. Kemudian fungsi kompensasi ini tidak bisa dipertahankan lagi, denyut nadi meningkat dengan cepat, tekanan darah tiba-tiba menurun dan pasien dalam keadaan syok. Uterus dapat berisi darah dalam jumlah yang cukup banyak sekalipun dari luar terlihat sedikit (Hakimi, 2010).

3. METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif retrospektif dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di Instalasi Rekam Medik pasien penderita atonia uteri di RSUD Dr. Pirngadi Medan 2010-2013.

Penelitian ini dilaksanakan sejak April sampai Mei 2016 yang meliputi persiapan, pengumpulan data, pengolahan data dilakukan secara manual menggunakan komputer dan analisis data.

Kriteria inklusi

Semua pasien dengan penderita atonia uteri di RSUD Dr. Pirngadi Medan. Data diambil dari rekam berdasarkan umur, paritas, jumlah bayi yang dilahirkan, berat bayi lahir dan hemoglobin sebelum persalinan.

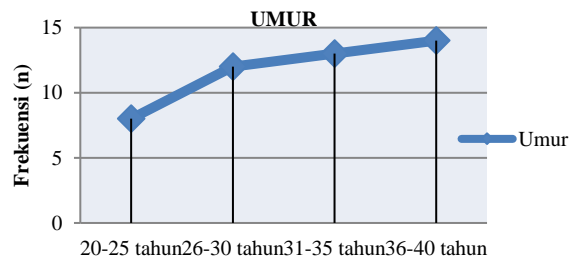
Kriteria eksklusi

- Pasien yang terdiagnosa penderita atonia uteri namun data rekam medik kurang lengkap.
- Pasien dengan komplikasi penyakit berat lain (seperti: anemia berat).

Peneliti mengumpulkan data medik pasien penderita atonia uteri tahun 2010-2013 yang sebelumnya telah mendapat izin penelitian yaitu dengan meminta status rekam medik dan melihat kelengkapan rekam medik.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik *total sampling* yang telah memenuhi kriteria inklusi. Data yang digunakan sebagai sampel dari data sekunder yaitu semua data rekam medik penderita atonia uteri di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi Medan dalam kurun waktu 3 tahun yaitu dari tanggal 1 Januari 2010 sampai dengan 31 Desember 2013 yang memenuhi kriteria inklusi dengan jumlah 47 kasus (Gambar 1). Umur reproduksi yang aman untuk melahirkan dan persalinan adalah 20–35 tahun, umur di bawah dan di atas umur tersebut dapat meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan. Kematian maternal pada ibu yang berumur muda < 20 tahun 2-5 kali lebih tinggi dari pada umur 20–29 tahun dan kematian tersebut akan meningkat kembali sesudah umur 35 tahun. Umur yang beresiko tinggi adalah < 20 dan > 35, sedangkan umur optimal reproduksi yang baik bagi seorang ibu adalah 20–35 tahun (Wiknjastro, 2005).



Gambar 1. Diagram Karakteristik dasar penderita atonia uteri Berdasarkan Usia

Pada gambar 2 Ditemukan distribusi karakteristik penderita atonia uteri berdasarkan jumlah bayi yang dilahirkan tertinggi terdapat pada bayi tunggal sebanyak 45 bayi (96%) dan yang terendah terdapat pada bayi kembar sebanyak 2 bayi (4%).

Hal ini menunjukkan bahwa penderita atonia uteri umur 36-40 tahun merupakan mayoritas yang datang ke RSUD Dr. Pirngadi medan dan merupakan umur yang terlalu tua sebagai faktor predisposisi terjadinya atonia uteri.

Dapat diketahui penderita atonia uteri tertinggi terdapat pada multipara sebanyak 30%.

Hal ini disebabkan karena program KB di Indonesia berhasil menurunkan tingkat kelahiran menjadi 2,3 kelahiran dari 100 juta kelahiran dan menunjukkan bahwa paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian perdarahan pascapersalinan sebab atonia uteri karena pada setiap kehamilan dan persalinan terjadi perubahan serabut otot uterus yang menurunkan kemampuan uterus yang dapat menurunkan kemampuan uterus untuk berkontraksi dan retraksi (Saifuddin, 2005).

Wanita multipara mengalami dilatasi serviks lebih cepat dibandingkan wanita nulipara (Beazley dan Kurjak, 1972), yang dapat dilengkapi dengan meningkatnya aktivitas uterus tetapi pada kenyataannya hal ini jarang terjadi. Kuncinya adalah serviks dan kemampuannya untuk matang secara efisien. Serviks yang matang dan meregang tidak hanya berdilatasi lebih cepat, tetapi juga menyebarkan sejumlah tekanan pada dinding yang dihasilkan oleh miometrium, sehingga menghasilkan penurunan aktivitas uterus (Henderson, 2005).

Penderita atonia uteri tertinggi pada jumlah bayi yang dilahirkan terdapat pada bayi tunggal sebanyak 96%. Hal ini menunjukkan bayi yang lahir tunggal lebih banyak dilahirkan dibandingkan bayi kembar. Tetapi hal ini tidak membuktikan bahwa bayi yang lahir tunggal memiliki pengaruh terhadap atonia uteri.

Perdarahan karena kontraksi rahim yang lemah setelah bayi lahir meningkat pada kehamilan dengan pembesaran rahim yang berlebihan seperti kehamilan ganda (kembar), hidramnion, anak terlalu besar ataupun pada rahim yang melemah daya kontraksinya (Rukiyah, 2010).

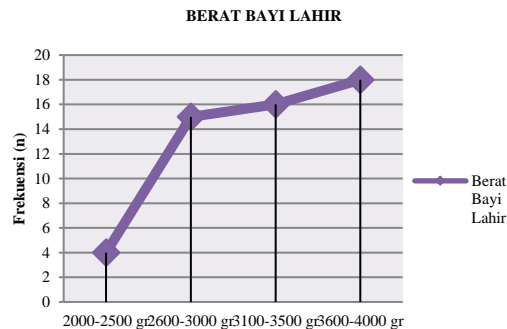
Tabel 1. Ditribusi Karakteristik Penderita Atonia Uteri Berdasarkan Jumlah Bayi Yang Dilahirkan.

No.	Jumlah Bayi Yang Dilahirkan	n	%
1	Tunggal	45	96
2	Kembar	2	4
Total		47	100

Berdasarkan tabel 1 memperlihatkan bahwa distribusi karakteristik penderita atonia uteri berdasarkan berat bayi lahir tertinggi terdapat pada berat bayi lahir 3600-4000gr sebanyak 18 penderita (38%) dan terendah terdapat pada berat bayi lahir 2000-2500gr sebanyak 4 penderita (9%).

Berat bayi lahir minimum pada penderita atonia uteri adalah 2000gr dan berat bayi lahir maksimum 4000gr. Penderita atonia uteri tertinggi terdapat pada berat bayi lahir 3600-4000gr sebanyak 38%. Hal ini menunjukkan bahwa berat bayi lahir 3600-4000gr merupakan mayoritas yang dilahirkan penderita yang datang ke RSUD Dr. Pirngadi Medan.

Bayi yang dilahirkan dengan berat badan < 2500gr dikatakan *low birth weight infant* atau berat bayi lahir rendah. Bayi yang lahir dengan berat bayi lahir > 2500-4000gr dikatakan normal dan berat bayi lahir > 4000gr dikatakan berat bayi lahir lebih. Bayi dengan berat lahir lebih bisa disebabkan karena adanya pengaruh dari kehamilan posterm. Resiko persalinan bayi dengan berat > 4000gr pada kehamilan posterm meningkat 2-4 kali lebih besar dari kehamilan term (Prawirohardjo, 2007).



Gambar 2. Diagram Distribusi Karakteristik Penderita Atonia Uteri Berdasarkan Berat Bayi Lahir

Pada gambar 3 distribusi karakteristik penderita atonia uteri berdasarkan hemoglobin sebelum persalinan yang tertinggi terdapat pada Hb 8-10 gr/dl sebanyak 35 penderita (74%) dan terendah terdapat pada Hb 11-13 gr/dl sebanyak 4 penderita (9%). Penderita atonia uteri proporsi

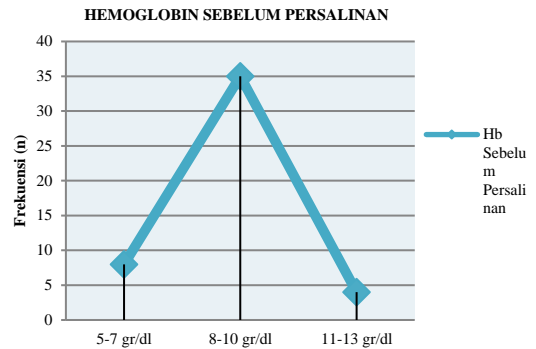
tertinggi terdapat pada Hb 8-10 gr/dl (74%). Hal ini menunjukkan bahwa kadar hemoglobin 8-10 gr/dl merupakan mayoritas penderita yang datang ke RSUD Dr. Pirngadi Medan. Hal ini sesuai dengan pendapat Depkes RI (2002) yang menyatakan bahwa kadar hemoglobin (Hb) ibu sangat mempengaruhi berat bayi lahir. Ibu hamil yang anemia karena Hbnya rendah bukan hanya membahayakan jiwa janin. Kadar Hb rendah dapat menyebabkan berat bayi lahir tidak normal disebabkan karena kurangnya suplai nutrisi dan oksigen pada plasenta terhadap janin.

Seorang ibu hamil dikatakan menderita anemia bila kadar hemoglobinya dibawah 11 gr/dl. Turunnya kadar hemoglobin pada kehamilan salah satunya adalah perdarahan karena atonia uteri. Dampak turunnya kadar hemoglobin terhadap kehamilan adalah gangguan pada organ uterus, uterus memerlukan kontraksi yang kuat pada saat persalinan, menghentikan perdarahan akibat pelepasan plasenta dari perlekatanannya dipermukaan dalam endometrium yang luas selama kehamilan dan sesudah persalinan untuk involusi uterus. Kadar hemoglobin pada ibu hamil yang < 11 % akan membuat kontraksi rahim otot rahim lemah ketika persalinan berlangsung (atonia uteri),

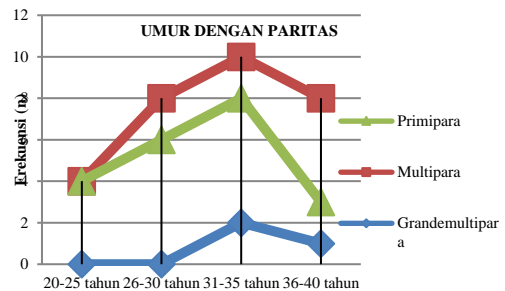
Pada gambar 4 distribusi sampel berdasarkan umur dengan paritas yang dikategorikan primipara paling tinggi terdapat pada umur 31-35 tahun sebanyak 7 penderita (15%) dan yang terendah pada umur 36-40 tahun sebanyak 3 penderita (6%). Pada multipara paling tinggi pada umur 36-40 tahun sebanyak 8 penderita (17%). Pada grandemultipara paling tinggi pada umur 31-35 tahun sebanyak 2 penderita (4%) dan yang terendah pada umur 36-40 tahun sebanyak 1 penderita (2%) distribusi karakteristik penderita atonia uteri berdasarkan hemoglobin sebelum persalinan yang tertinggi terdapat pada Hb 8-10 gr/dl sebanyak 35 penderita (74%) dan terendah terdapat pada Hb 11-13 gr/dl sebanyak 4 penderita (9%).

Hal ini sesuai dengan penelitian Pardosi (2005), bahwa pada tingkat kepercayaan 95% ibu yang berumur dibawah 20 tahun atau diatas 30 tahun memiliki resiko perdarahan pascapersalinan 3,3 kali lebih besar

menyebabkan masa persalinan memanjang (partus lama) dengan bahaya perdarahan atau infeksi serta hipoksia pada janin (Sadikin, 2001).



Gambar 3 Diagram Distribusi Karakteristik Penderita Atonia Uteri Berdasarkan Hemoglobin Sebelum Persalinan

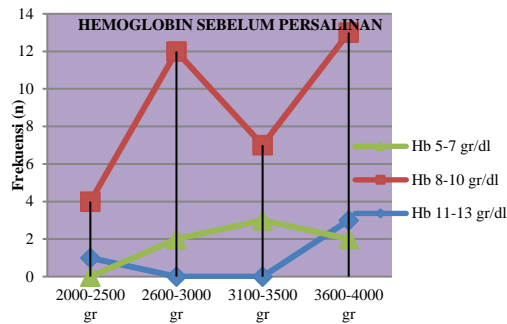


Gambar 4. Diagram Tabulasi Silang Umur Dengan Paritas

Pada gambar 5 distribusi sampel berdasarkan berat bayi lahir dengan hemoglobin sebelum persalinan yang dikategorikan hemoglobin sebelum persalinan 5-7 gr/dl paling tinggi terdapat pada berat bayi lahir 3100-3500gr sebanyak 3 penderita (6%). Pada hemoglobin 8-10 gr/dl paling tinggi pada berat bayi 3600-4000gr sebanyak 13 penderita (28%) dan terendah pada berat bayi lahir 2000-2500gr sebanyak 4 penderita (8%). Pada hemoglobin 11-

13 gr/dl paling tinggi terdapat pada berat bayi lahir 3600-4000gr sebanyak 3 penderita (6%) dan yang terendah pada berat bayi lahir 2000-2500gr sebanyak 1 penderita (2%).

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Jumirah dkk (1999), menunjukkan bahwa ada hubungan antara Hb ibu hamil dengan berat bayi lahir, dimana semakin tinggi kadar Hb ibu hamil semakin tinggi berat bayi yang dilahirkan.



Gambar 5. Diagram Tabulasi Silang Berat Bayi Lahir Dengan Hemoglobin Sebelum Persalinan

5. KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian diatas ini terdapat 47 sampel karakteristik penderita atonia uteri di Rumah Sakit Umum daerah Dr. Pirngadi Medan Tahun 2010-2013, sehingga dapat disimpulkan bahwa perdarahan oleh karena atonia uteri dapat dicegah dengan melakukan secara rutin manajemen aktif kala III pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pascapersalinan karena atonia uteri. Sosiodemografi tertinggi pada kelompok umur 36-40 tahun. Paritas tertinggi pada atonia uteri adalah multipara. Jumlah bayi yang dilahirkan tertinggi pada atonia uteri adalah bayi tunggal. Berat bayi lahir tertinggi pada atonia uteri adalah bayi dengan berat bayi lahir 3600-4000gr. Hemoglobin sebelum persalinan tertinggi pada atonia uteri 8-10gr/dl. Tabulasi silang umur dengan paritas tertinggi pada umur 31-35 tahun dengan paritas multipara.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham FG. *Obstetri Williams*. 2013. Jakarta: EGC, hal: 813-814.
- Fraser and Diane M. *Buku saku praktik klinik kebidanan*. 2011. Jakarta: EGC, hal: 286.
- Hakimi M. *Ilmu kebidanan: patologi & fisiologi persalinan*. 2010. Jakarta: Yayasan Essentia Medica, hal: 15, 412-424.
- Henderson C. *Buku ajar kebidanan*. 2005. Jakarta: EGC, hal: 281.
- Leveno and Kenneth J. *Obstetri williams: paduan ringkas*. 2009. Jakarta: EGC, hal: 437.
- Prawirohardj S. *Ilmu Kebidanan*. 2007. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, hal: 376, 691.
- Rohani. *Asuhan kebidanan pada masa persalinan*. 2011. Jakarta: Salemba Medika, hal: 215-217.
- Rukiyah and Ai Y. *Asuhan kebidanan 4 patologi*. 2010. Jakarta: TIM, hal: 284-295.
- Saifuddin and Abdul B. *Ilmu kebidanan sarwono prawirohardjo*. 2010. Jakarta: PT Bina Pustaka, hal: 523-529.
- Sadikin M. *Biokimia darah*. 2001. Jakarta: Widya Medika, hal: 24.
- Wiknjosatro H. *Ilmu bedah kebidanan, Edisi 1*. 2005. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, hal: 188-197.
- Woodward and Vivien. *Kedaruratan persalinan: manajemen di komunitas*. 2011. Jakarta: EGC, hal: 21.