
Komplikasi Persalinan Kala IV (**Atonia Uteri**)

*Sabatina Windyaningrum,
S.Keb., Bd., M.Keb.*



Learning Objective

Mengidentifikasi tanda dan gejala serta mendiagnosis perdarahan post partum

Menatalaksana perdarahan post partum sesuai prosedur baku

Melakukan kompresi bimanual uterus

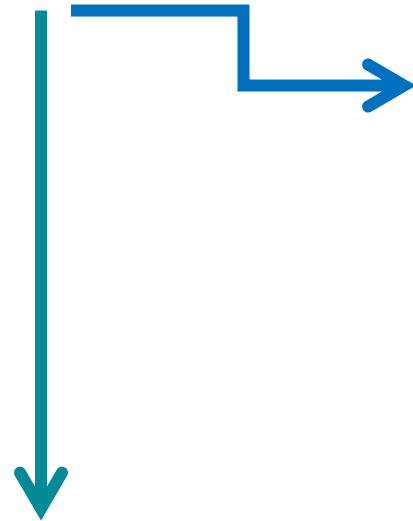
Melakukan kompresi aorta abdominal

Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi segera setelah persalinan melebihi 500 cc yang terbagi dalam bentuk perdarahan primer dan perdarahan postpartum sekunder.

Perdarahan yang lebih dari normal yang telah menyebabkan perubahan tanda vital (ibu mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, tekanan sistolik < 90 mmHg, nadi > 100 /menit, Hb < 8 g%)



DEFINISI PERDARAHAN POSTPARTUM



Tradisional:

- Kehilangan darah: > 500 mL (persalinan P/V)
- Kehilangan darah: > 1000mL (SC)

Fungsional:

- Kehilangan darah yang potensial
→ ketidakstabilan hemodinamik

KLASIFIKASI PERDARAHAN

PERDARAHAN POSTPARTUM PRIMER

Definisi:

Perdarahan berlangsung dalam 24 jam dengan pertama jumlah 500 cc atau lebih.

Sebab:

- Atonia uteri
- Retensio Plasenta
- Robekan jalan lahir
 - Ruptura uteri inkomplet/komplet.
 - Hematoma parametrium
 - Perlukaan servikal
 - Perlukaan vagina atau vulva
 - Perlukaan perineum

PERDARAHAN POSTPARTUM SEKUNDER

Perdarahan postpartum setelah 24 jam pertama dengan jumlah 500 cc atau lebih.

- Tertinggalnya sebagian plasenta atau membrannya.
- Perlukaan terbuka kembali dan menimbulkan perdarahan.
- Infeksi pada tempat implantasi plasenta



Setelah persalinan, terjadi retraksi otot uterus yang menyebabkan:

- Plasenta tidak mampu mengikuti implantasinya.
- Plasenta melepaskan diri melalui lapisan jaringan ikat (Nistabusch).
- Pembuluh darah arteri/vena terjepit, berlekuk lekuk shg lumenya tertutup dan perdarahan dari placentar bed.
- Ujung-ujung pembuluh darah akan membentuk trombus
- Hari berikutnya sudah mulai membentuk epitelia, berlangsung 14-15 hari

MEKANISME PENGHENTIAN PERDARAHAN

Perkiraan perdarahan



- ➡ Sulit diukur secara visual
- ➡ Darah bercampur dengan cairan lainnya
- ➡ Anemia berat sering dikaitkan dengan risiko kematian ibu → tetapi tidak ada bukti bahwa semakin rendah Hb, semakin besar risiko kematian akibat perdarahan

Perkiraan perdarahan



Small size



Large size

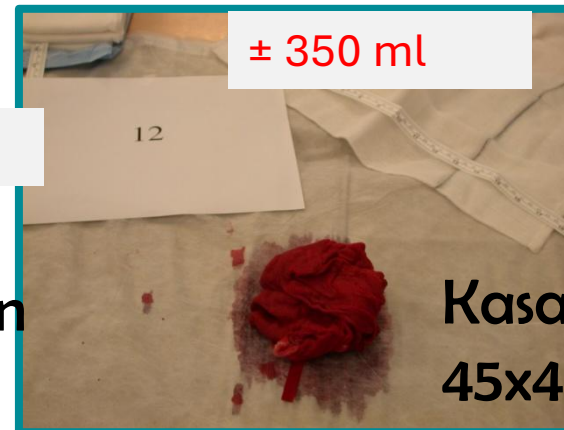
- Diameter 50 cm: ± 500 ml
- Diameter 75 cm: ± 1000 ml
- Diameter 100 cm: ± 1500 ml



Dalam bengkok

± 60 ml

Kasa ukuran
10x10 cm



Kasa ukuran
45x45 cm



$\pm 2000 \text{ mL}$

Masalah

- Perdarahan post partum dini yaitu perdarahan setelah bayi lahir dalam 24 jam pertama persalinan dan perdarahan post partum lanjut yaitu perdarahan setelah 24 jam persalinan.
- Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta dan kelainan pembekuan darah.

PENGELOLAAN UMUM

PENGELOLAAN SYOK

- Selalu siapkan tindakan gawat darurat
- Tata laksana persalinan kala III secara aktif
- Minta pertolongan pada petugas lain untuk membantu bila dimungkinkan
- Lakukan penilaian cepat keadaan umum ibu meliputi kesadaran nadi, tekanan darah, pernafasan dan suhu
- Jika terdapat syok lakukan segera penanganan
- Periksa kandung kemih, bila penuh kosongkan
- Cari penyebab perdarahan dan lakukan pemeriksaan untuk menentukan penyebab perdarahan

PERDARAHAN POSTPARTUM

Etiologi



4 T

Tonus

→ Atonia uteri

Tissue/Jaringan

→ Sisa plasenta

Trauma

→ Laserasi, Ruptur,
Inversio

Thrombin

→ Koagulopati

PERDARAHAN POSTPARTUM

Faktor risiko



- Riwayat HPP sebelumnya atau plasenta manual
- Solusio plasenta, terutama yang tidak terdeteksi
- Plasenta previa
- Hipertensi dalam kehamilan dengan proteinuria
- Regangan berlebihan pada uterus (gemelli, polihidramnion)
- Kelainan perdarahan sebelum kehamilan (ITP)

PERDARAHAN POSTPARTUM



Faktor risiko

- Persalinan operatif: SC atau P/V dengan alat
- Persalinan lama
- Partus presipitatus
- Induksi atau augmentasi
- Korioamnionitis
- Distosia bahu
- Versi podalik internal dan ekstraksi bayi kembar anak kedua
- Koagulopati yang didapat (mis. HELLP, DIC)

PERDARAHAN POSTPARTUM

Faktor risiko



Postpartum

- Laserasi atau episiotomi
- Retensio plasenta/plasenta abnormal
- Ruptura uteri
- Inversio uteri
- Koagulopati yang didapat (mis. DIC)

PERDARAHAN POSTPARTUM

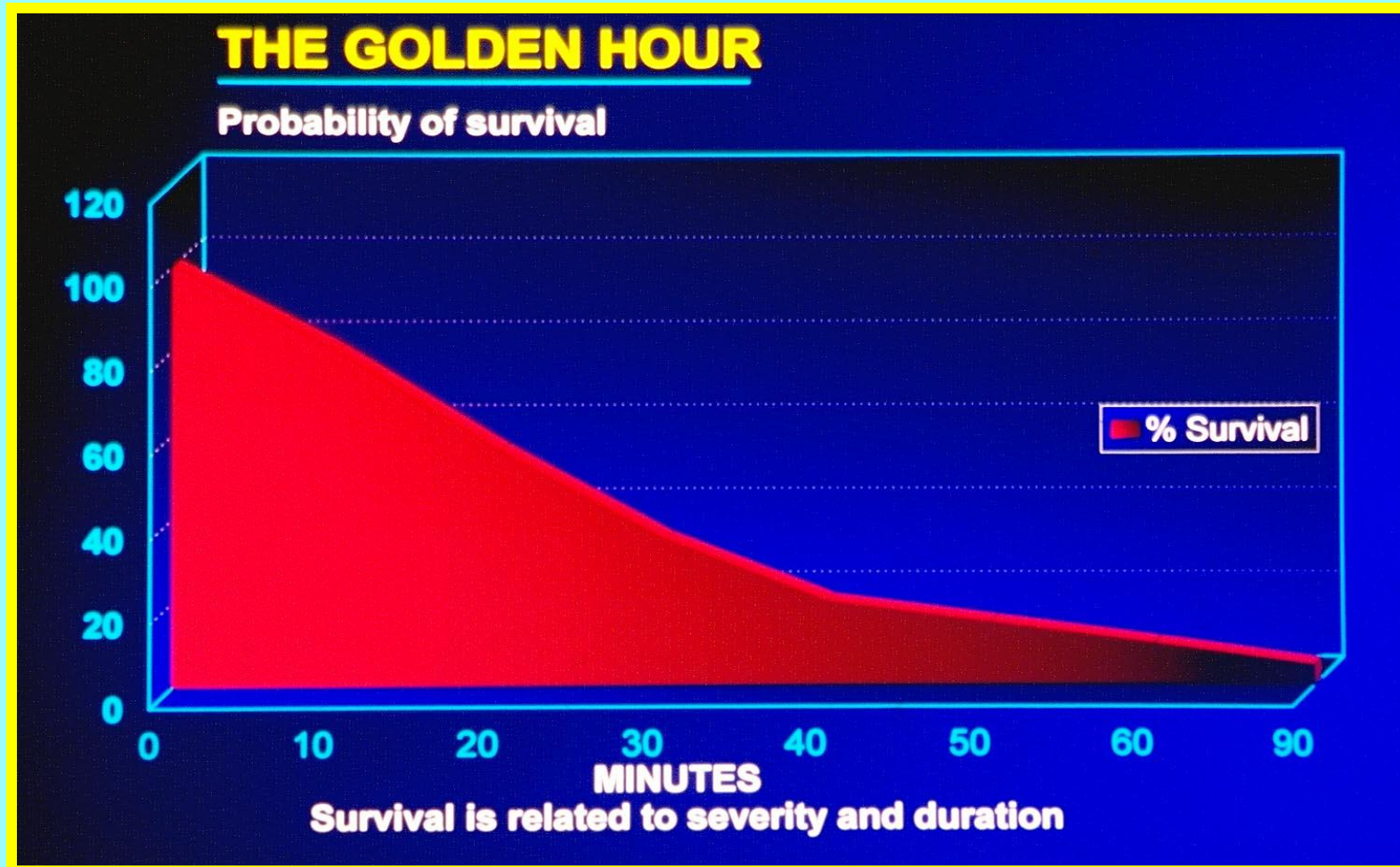
▪ Waspada

- Seorang ibu yang sehat dan tidak anemik pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah
- Penilaian risiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pascapersalinan

▪ Manajemen aktif kala III

- dilakukan pada semua ibu bersalin

Detik-detik menentukan Harapan Hidup



PERDARAHAN POSTPARTUM

Penanganan Umum

Perdarahan tiba-tiba, perlahan, atau berlanjut
Merupakan suatu kegawatan → segera tangani

- Minta bantuan
- Periksa cepat: KU, TTV, Kontraksi Uterus
- Waspada Syok → penanganan syok
- Rehidrasi
- Kateterisasi (intake-output)
- Periksa kelengkapan plasenta, robekan jalan lahir (serviks, vagina, perineum)
- Jika perdarahan berlanjut → uji beku darah

PERDARAHAN POSTPARTUM

Penanganan Umum

Perdarahan teratasi (24 jam setelah perdarahan berhenti) → periksa kadar Hb.

■ **Hb < 7 gr/dl atau Ht < 20% (anemia berat):**

- SF 600 mg atau ferosus fumarat 120 mg + asam folat 400 mcg per-oral sekali sehari selama 6 bulan

■ **Hb 7-11 gr%:**

- SF 600 mg atau ferosus fumarat 60 mg + asam folat 400 mcg per-oral sekali sehari selama 6 bulan

Penanganan Syok

Estimasi BB : ... 60 kg

Estimasi Blood Volume : ... $70 \text{ ml/kg} \times 60 = 4200 \text{ ml}$

Estimasi Blood Loss : % EBV = ml

Tsyst	120	100	< 90	< 60-70
Nadi	80	100	> 120	> 140 - ttb
Perf	hangat	pucat	dingin	basah
	NORMO VOLEMIA	-- 15%EBV	-- 30%EBV	-- 50%EBV
EBL = perdarahan	600	1200	2000 ml	
Infus RL	1200-2000	2500-5000	4000-8000 ml	

PERDARAHAN POSTPARTUM

Diagnosis Banding

- **Atonia Uteri**
- **Retensio plasenta**
- **Sisa Plasenta**
- **Robekan Jalan Lahir**
- **Ruptura Uteri**
- **Inversio Uteri**

PERDARAHAN POSTPARTUM

Gejala & tanda yang selalu ada

- Uterus tidak berkontraksi dan lembek
- Perdarahan segera setelah anak lahir
- Perdarahan segera
- Darah segar
- Kontraksi uterus baik
- Plasenta lengkap

Gejala & tanda yang kadang-kadang ada

- ☐ Syok
- ☐ Pucat
- ☐ Menggigil
- ☐ Lemah

Diagnosis

Diagnosis kemungkinan

- ❖ Atonia Uteri
- ❖ Perlukaan jalan lahir

PERDARAHAN POSTPARTUM

Gejala & tanda yang selalu ada

- Plasenta belum lahir setelah 30 menit
 - Perdarahan segera setelah anak lahir
 - Kontraksi uterus baik
-
- Perdarahan segera
 - Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap

Gejala & tanda yang kadang-kadang ada

- ☐ Tali pusat putus
 - ☐ Inversio uteri
 - ☐ Perdarahan lanjutan
-
- ☐ Uterus berkontraksi, tetapi TFU tidak berkurang

Diagnosis

Diagnosis kemungkinan

- ❖ Retensio plasenta
-
- ❖ Sisa plasenta

PERDARAHAN POSTPARTUM

Gejala & tanda yang selalu ada

- Uterus tidak teraba
 - Lumen vagina terisi massa
 - Perdarahan segera
 - Nyeri ringan/berat
 - Tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir)
-
- Perdarahan segera (intra abdominal dan atau vaginam)
 - Nyeri berat (kurang → ruptur)

Gejala & tanda yang kadang-kadang ada

- ☐ Syok neurogenik
 - ☐ Pucat & limbung
-
- ☐ Syok
 - ☐ Nyeri tekan
 - ☐ Nadi cepat

Diagnosis

Diagnosis kemungkinan

- ❖ Inversio uteri
-
- ❖ Ruptura uteri

PERDARAHAN POSTPARTUM

Gejala & tanda yang selalu ada

- Sub-involusio
- Nyeri tekan
- Perdarahan > 24 jam (perdarahan sekunder), bervariasi → ringan/berat, terus menerus atau tidak teratur, berbau (infeksi)

Gejala & tanda yang kadang-kadang ada

- ☐ Anemia
- ☐ Demam

Diagnosis

Diagnosis kemungkinan

- ❖ Perdarahan terlambat
- ❖ Endometritis
- ❖ Sisa plasenta (infeksi/tidak)

Pengertian ATONIA UTERI

Adalah : Suatu kondisi kegagalan berkontraksi dengan baik setelah persalinan (Saifudin, 2002)

Hipotonia yang mencolok setelah kelahiran plasenta (Bobak, 2002)

Disfungsi uterus: atonia primer merupakan disfungsi intrinsik uterus.

Penatalaksanaan kala III yang salah: percepatan, dorongan, pemijatan.

Anastesi yang dalam dan lama menyebabkan relaksasi miometrium yang berlebihan, kegaglan kontraksi dan retraksi.

FAKTOR PRESIDIPOSI

-
4. Kerja uterus sangat kurang efektif selama persalinan.
 5. Overdistensi uterus: makrosomia, gemeli, hidramnion.
 6. Kelemahan akibat partus lama
 7. Multiparitas
 8. Mioma uteri
 9. Persalinan dengan tindakan

PROSEDUR PENATALAKSANAAN

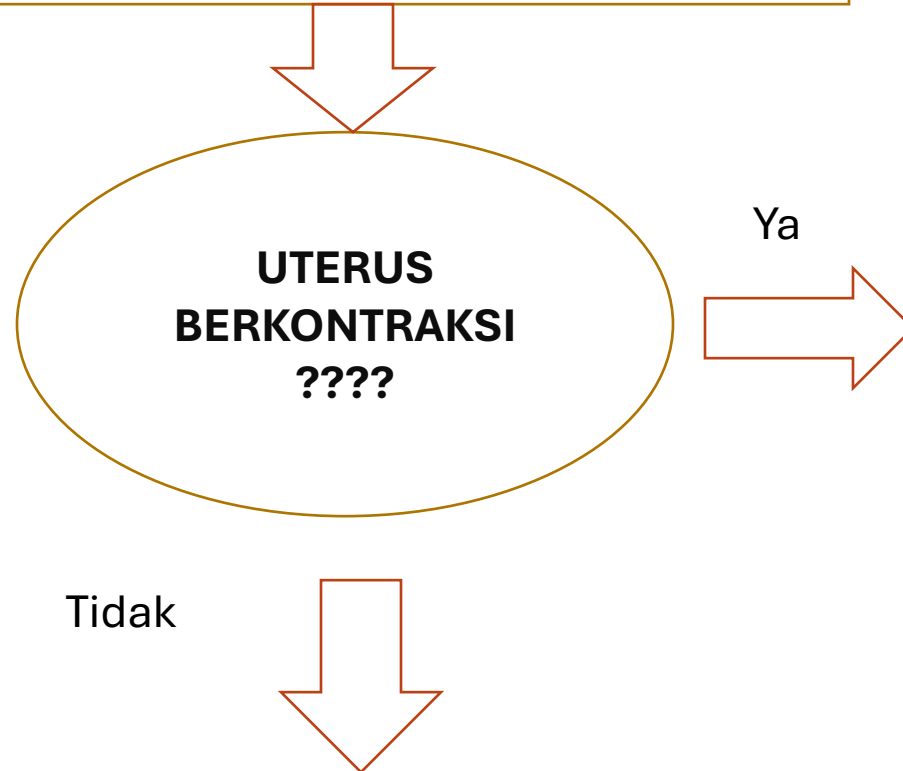
1. Masase fundus segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)

**UTERUS
BERKONTRAKSI
????**

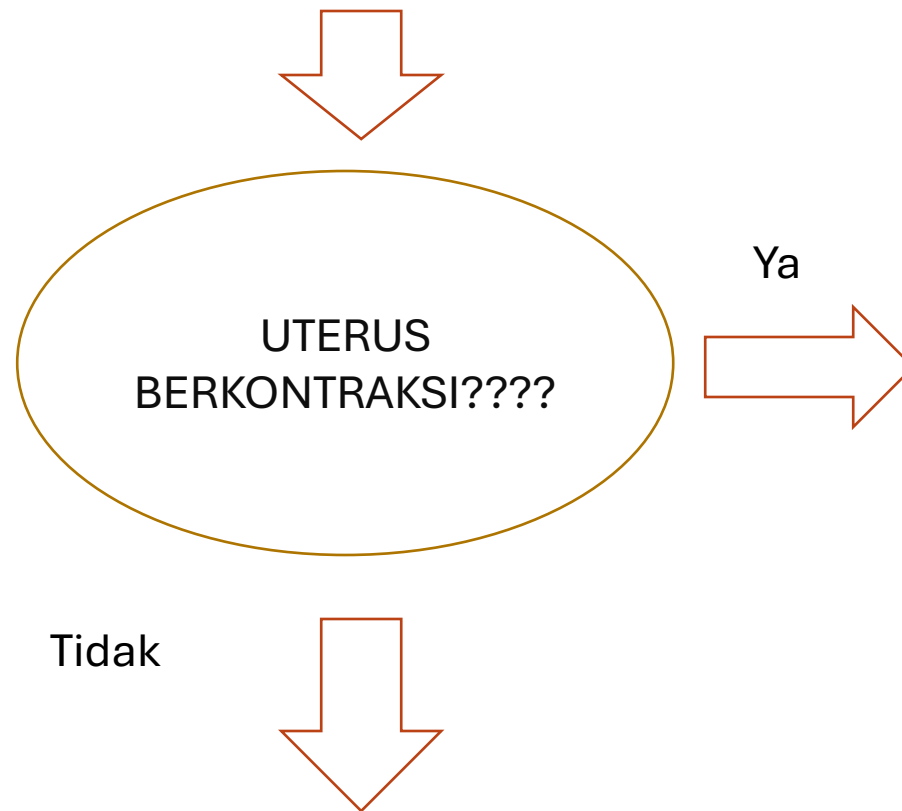
Ya

Evaluasi rutin. Jika uterus berkontraksi tapi perdarahan terus berlangsung, periksa apakah perineum, vagina dan serviks mengalami lacerasi Jahit atau segera rujuk

Tidak

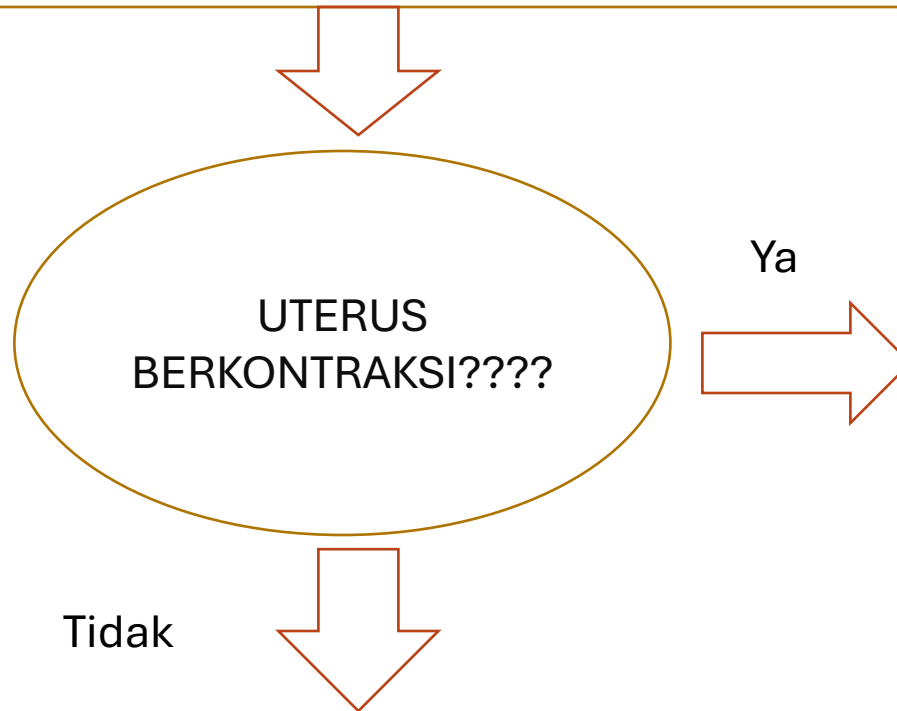


- 2. Bersihkan bekuan darah dan/atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks.**
- 3. Pastikan bahwa kandung kemih ibu kosong. Jika penuh atau dapat dipalpasi, lakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik**
- 4. Lakukan kompresi bimanual interal (KBI) selama 5 menit.**



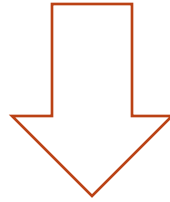
- **Teruskan KBI selama dua menit.**
- **Keluarkan tangan perlahan-lahan.**
- **Pantau kala empat. Dengan ketat.**

5. **Anjurkan keluarga untuk membantu melakukan kompresi bimanual eksternal.**
6. **Keluarkan tangan perlahan-lahan**
7. **Berikan ergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol 600-1000 meg per rektal. Ergometrin tidak untuk ibu hipertensi**
8. **Pasang infus menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 cc Ringer Laktat + 20 unit oksitosin. Habiskan 500 cc pertama secepat mungkin.**
9. **Ulangi KBI.**

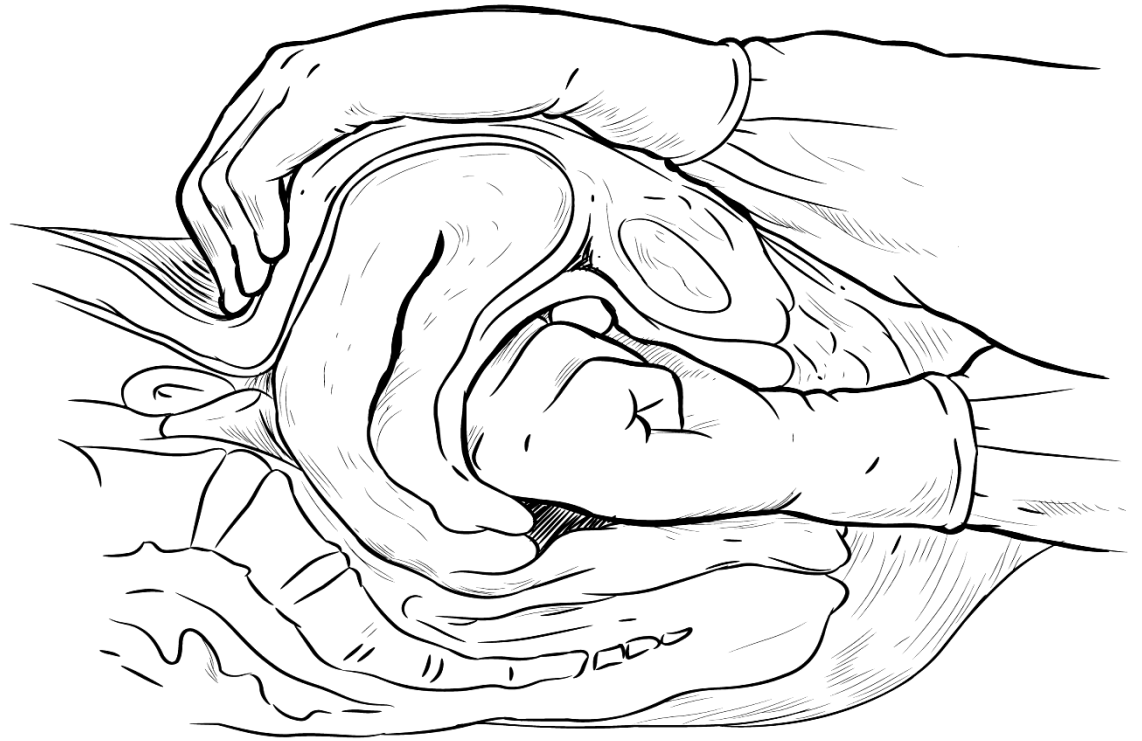


- **Pantau ibu dengan seksama selama kala IV**

Tidak



- 10. Segera rujuk**
- 11. Dampingi ibu ke tempat rujukan.**
- 12. Lanjutkan infus Ringer Laktat + 20 unit oksitosin dalam 500 cc larutan dengan laju 500cc/jam hingga tiba di tempat rujukan atau hingga menghabiskan 1.5 L infus. Kemudian berikan 125 cc/jam. Jika tidak tersedia cairan yang cukup, berikan 500 cc kedua dengan kecepatan sedang dan berikan minuman untuk rehidrasi.**



KBI
Kompresi Bimanual
Interna



Pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril, dengan lembut masukkan secara obstetrik (menyatukan kelima hujung jari) melalui introitus ke dalam vagina ibu.

Periksa vagina dan serviks. Jika ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uteri mungkin hal ini menyebabkan uterus tak dapat berkontraksi secara penuh

Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forais anterior, tekan dinding anterior uterus ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus ke arah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang



Tekan kuat uterus di antara kedua tangan. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas implantasi plasenta) di dinding uterus dan juga merangsang miometrium untuk berkontraksi.

EVALUASI KEBERHASILAN KBI

Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan melakukan KBI selama dua menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu secara melekat selama kala empat.

Jika uterus berkontraksi tapi perdarahan masih berlangsung, periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi. Jika demikian, segera lakukan penjahitan untuk menghentikan perdarahan.

Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal, kemudian lakukan langkah-langkah penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya. Minta keluarga untuk mulai menyiapkan rujukan.

- *Alasan: Atonia uteri seringkali bisa diatasi dengan KBI, jika KBI tidak berhasil dalam waktu 5 menit diperlukan tindakan-tindakan lain.*

KEBERHASILAN KBI

Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 meg per rektal. Jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi karena ergometrin dapat menaikkan tekanan darah.

Gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

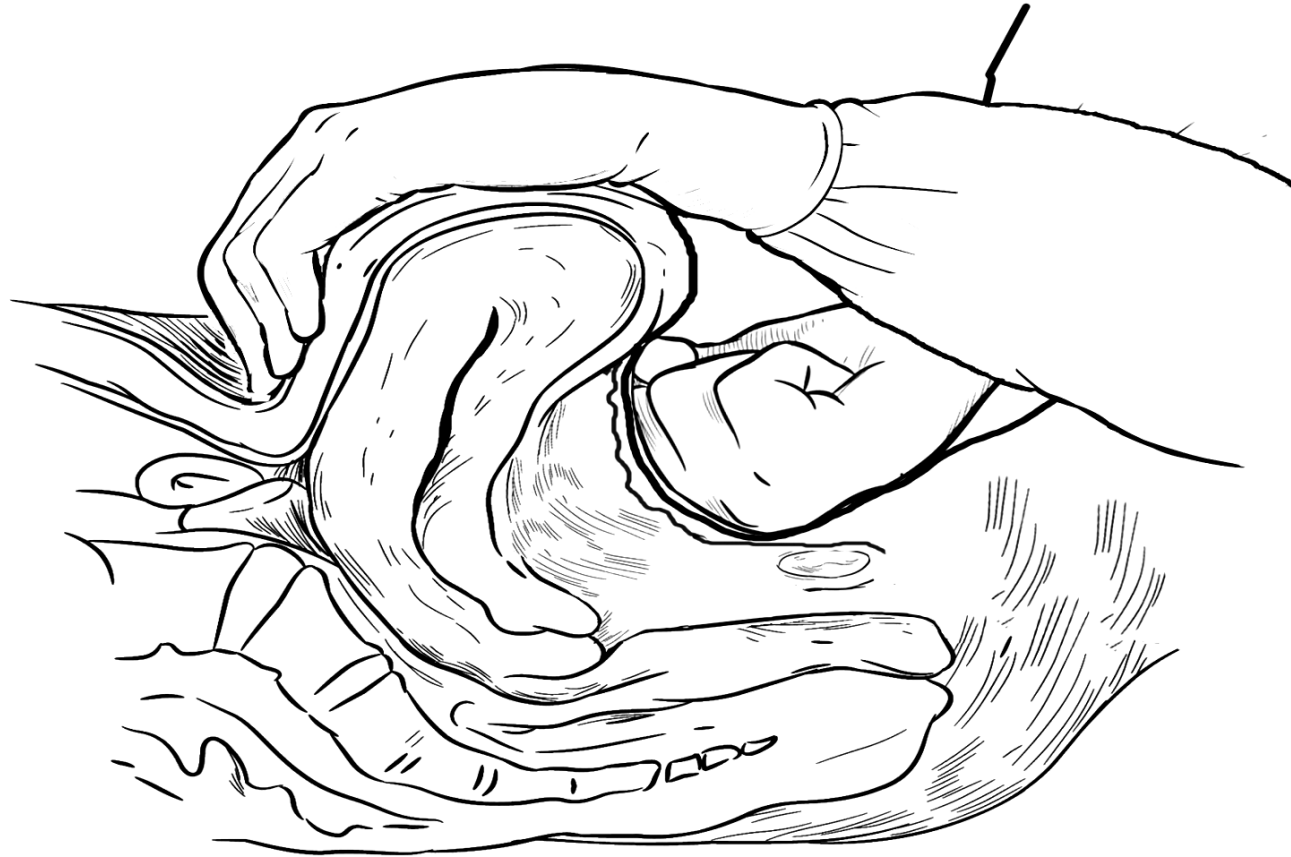
Alasan: Jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian larutan IV secara cepat dan dapat dipakai untuk transfusi darah (jika perlu). Oksitosin secara IV cepat merangsang kontraksi uterus. Ringer Laktat diberikan untuk restorasi volume cairan yang hilang selama perdarahan.

Pakai sarung tangan steril atau disinfeksi tingkat tinggi dan ulangi KBI. *Alasan: KBI dengan ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi*

Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit, segera rujuk ibu karena hal ini bukan atonia uteri sederhana. Ibu membutuhkan tindakan gawatdarurat di fasilitas kesehatan rujukan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.

Sambil membawa ibu ke tempat rujukan, teruskan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

- Infus 500 ml pertama dihabiskan dalam waktu 10 menit.
- Berikan tambahan 500 ml/jam hingga tiba di tempat rujukan atau hingga jumlah cairan yang diinfuskan mencapai 1,5 L dan kemudian lanjutkan dalam jumlah 125 cc/jam.
- Jika cairan infus tidak cukup, infuskan 500 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan ditambah dengan pemberian cairan secara oral untuk rehidrasi



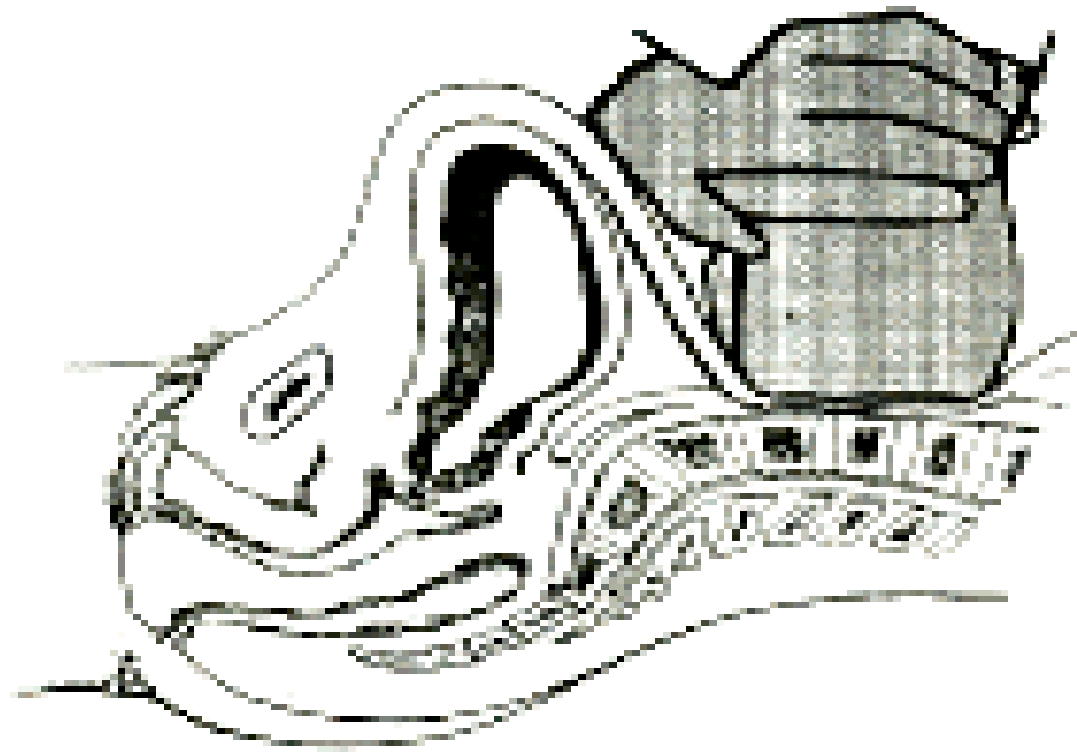
KBE
Kompresi Bimanual
Eksterna



Letakkan satu tangan pada dinding abdomen dan dinding depan korpus uteri dan di atas simfisis pubis.

Letakkan tangan lain pada dinding abdomen dan dinding belakang korpus uteri, sejajar dengan dinding depan korpus uteri. Usahakan untuk mencakup/memegang bagian belakang uterus seluas mungkin.

Lakukan kompresi uterus dengan cara saling mendekatkan tangan depan dan belakang agar pembuluh darah di dalam anyaman miometrium dapat dijepit secara manual. Cara ini dapat menjepit pembuluh darah uterus dan membantu uterus untuk berkontraksi



KOMPRESI AORTA ABDOMINALIS



Bila kompresi bimanual pada uterus tidak berhasil dan perdarahan tetap terjadi lakukan kompresi aorta abdominalis, cara ini dilakukan pada keadaan darurat sementara penyebab perdarahan sedang dicari.



Kepalkan tangan kiri dan tekankan bagian punggung jari telunjuk, tengah, manis dan kelingking pada umbilikus ke arah kolumna vertebralis dengan arah tegak lurus.

Pertahankan selama 5-7 menit, jika benar mengenai aorta abdominalis maka pulsasi arteri femoralis (yang dipantau dengan jari telunjuk, dan tengah tangan kanan) akan berkurang atau terhenti.

REFERENSI

Bobak, dkk, 2005, ***Buku Ajar Keperawatan Maternitas***, ECG; Jakarta.

Depkes, 2003, ***Standart Praktek Kebidanan***, Depkes RI: Jakarta

Hacker Moore, 2002, ***Obsteri Essensial.***, EGC: Jakarta.

Martaadisoebrata, dkk. ***Obstetri Patologi***, FK UNPAD: Bandung: Bab 8, hal 171.

Saifudin AB, 2002, ***Buku Panduan Praktis Pelayanan Maternal dan Neonatal***, YBPSP:Jakarta.

Winkjosastro, dkk, 2002, ***Pelatihan Pelayanan Obstetri Emergensi Dasar***, JNPKR, Jakarta, Bab 2, hal 5