

**Mendeteksi Adanya Komplikasi  
Persalinan Kala III Dan  
Cara Mengatasinya**

# GANGGUAN DALAM KALA III PERSALINAN

## PERDARAHAN POST PARTUM

Secara normal lepasnya plasenta menimbulkan perdarahan (oleh karena robeknya sinus marginalis di tempat insersi plasenta dengan dinding uterus).

Biasanya perdarahan yang timbul tidak banyak oleh karena kontraksi dan retraksi otot-otot uterus menekan pembuluh darah yang terbuka

## **A. Perdarahan Pada Kala III**

# Perdarahan post partum

**Bila terjadi perdarahan setelah anak lahir melebihi 500 cc**

**Terdiri dari 2 :**

- 1. Perdarahan primer □ terjadi dalam 24 jam pertama**
- 2. Perdarahan skunder □ terjadi setelah 24 jam**

# **Etiologi :**

- a. Atonia uteri**
- b. Perlukaan jalan lahir**
- c. Terlepasnya sebagian plasenta**
- d. Tertinggalnya sebagian plasenta**
- e. Kelainan pembekuan darah**

# **Ingat:**

**Seorang ibu dapat meninggal dalam satu jam pertama setelah melahirkan disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan. Penilaian dan penatalaksanaan yang cermat selama kala tiga dan empat persalinan dapat menghindarkan ibu dari komplikasi tersebut**

# DIAGNOSIS

- Terjadi perdarahan akut/kronis
- Perdarahan > 20 % volume darah : TD ↓, Nd↑, Nfs↑ □ syok
- Perdarahan + plasenta belum lahir □ retensio plasenta
- Perdarahan + plasenta telah lahir □ dibedakan : atonia atau laserasi jalan lahir
  - \* atoni : uterus lembek
  - \* laserasi : uterus berkontraksi baik

# Akibat

- Kematian maternal
- Infeksi puerperal
- Sindroma "Sheehan"

## Penanganan :

### 1. Antepartum

"Terapi terbaik adalah pencegahan"

- \* Pada anemia antepartum □ diobati
- \* Riwayat HPP □ persalinan di RS
- \* Periksa kadar fibrinogen

## 2. Dalam Kala III

- Pijat Uterus
- Uterotonika (oksitosin 10 iu IM, ergometrin 0,2 mg IM)
- Jika plasenta belum lahir ☐ segera lahirkan
- Jika plasenta telah lahir ☐ atonia atau lacerasi
  - \* atoni ☐ message uterus, ergometrin 0,2 mg

### IV

☐ kompresi bimanual uterus atau perasat “Dickinson”

☐ tamponade uterovagina (tampon diangkat 24 jam kemudian)

☐ ligasi a.hipogastrika  
dekstra, sinistra

☐ histerektomi

\* Laserasi ☐ ikat/repair laserasi

\* hipofibrinogenemia

☐ transfusi darah segar

☐ pemberian fibrinogen

# RETENSIO PLASENTA

Apabila plasenta belum lahir  $\frac{1}{2}$  jam setelah janin lahir

Etiologi :

1. Plasenta belum lepas dari dinding uterus
  - Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta
  - Plasenta melekat erat pada dinding uterus (akreta – perkreta)
2. Plasenta sudah lepas tapi belum dilahirkan

Oleh karena tidak ada usaha melahirkan plasenta/salah penanganan kala III ☐ lingkaran konstriksi ☐ inkarserasio plasenta

## **Penanganan :**

1. Perasat Crede ☐ inversio uteri
2. Perasat Brandt
3. Manual plasenta
4. Histerektomi (plasenta inkreta)
5. Pada inkarserasio plasenta ☐ dikeluarkan

# INVERSIO UTERI

Bagian atas uterus masuk ke kavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam kavum uteri

Ada 3 tingkat :

1. Fundus uteri menonjol ke dalam kavum uteri, tapi belum keluar dari ruang tersebut
2. Korpus uteri yang terbalik sudah masuk ke dalam vagina
3. Uterus dengan vagina semuanya terbalik



# Gejala Klinik

- Nyeri (karena adneksa tertarik)
- Syok, dapat terjadi perdarahan bila plasenta belum lepas

# Diagnosis :

1. Perdarahan
2. Syok
3. Fundus uteri tidak dapat diraba
4. Pemeriksaan dalam : tumor lunak di atas serviks uteri atau dalam vagina

# Prognosis

- Angka kematian : 15 – 70 %
- Reposisi cepat ☐ ↑ keselamatan penderita

## Penanganan :

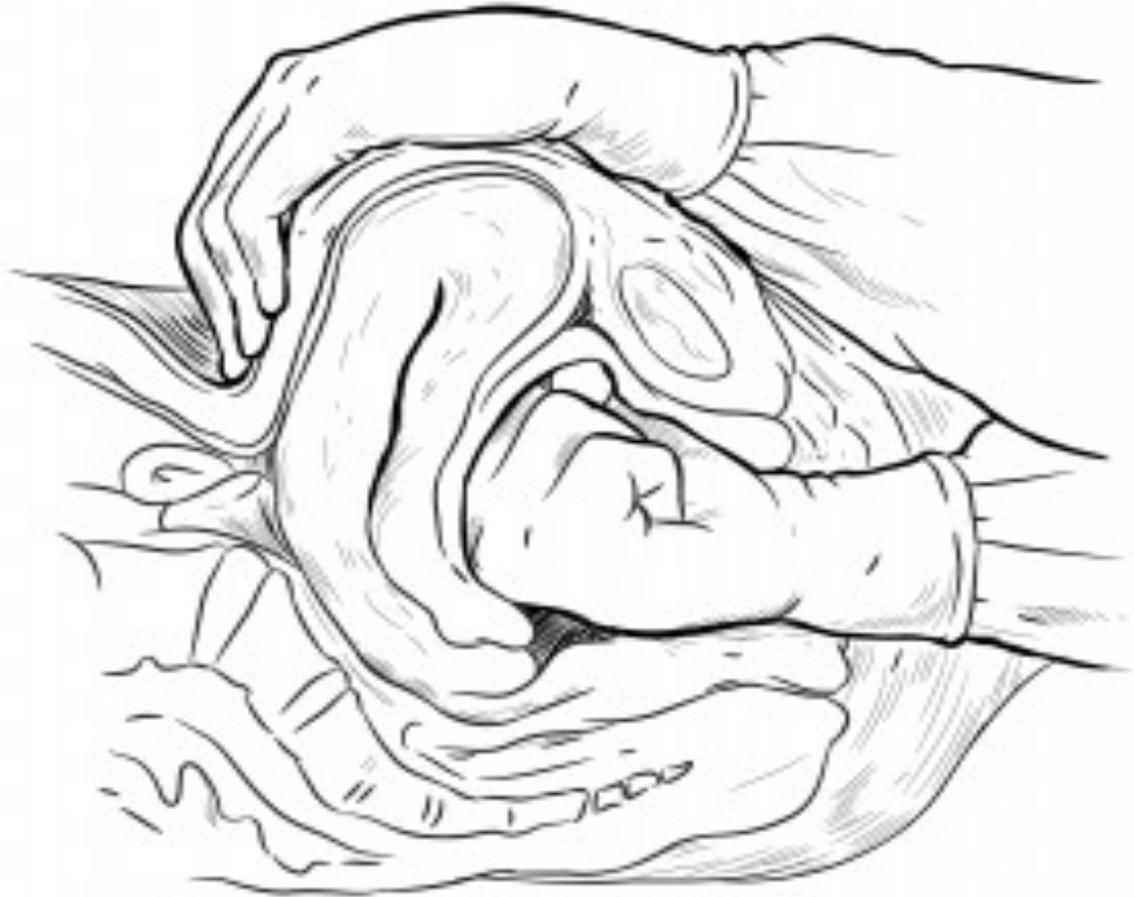
- Tarikan tali pusat tidak dilakukan bila plasenta belum lepas
- Syarat-syarat perasat Crede harus dipenuhi
- Atasi syok : infus IV, darah
- Reposisi (dalam narkose umum)
- Laparatomi : cara Haultein
- Pada inversio kronik ☐ pembedahan pervaginam (Spineli)

**b. Tindakan – Tindakan pada kala  
III**

# KOMPRESI UTERUS BIMANUAL

Kompresi uterus bimanual dapat dilakukan setelah menyingkirkan kemungkinan plasenta tidak lengkap dan trauma pada jalan lahir. Kompresi bimanual dilakukan dengan cara mengkompresi rahim di antara kedua tangan untuk mengendalikan perdarahan dan merangsang kontraksi pada rahim.

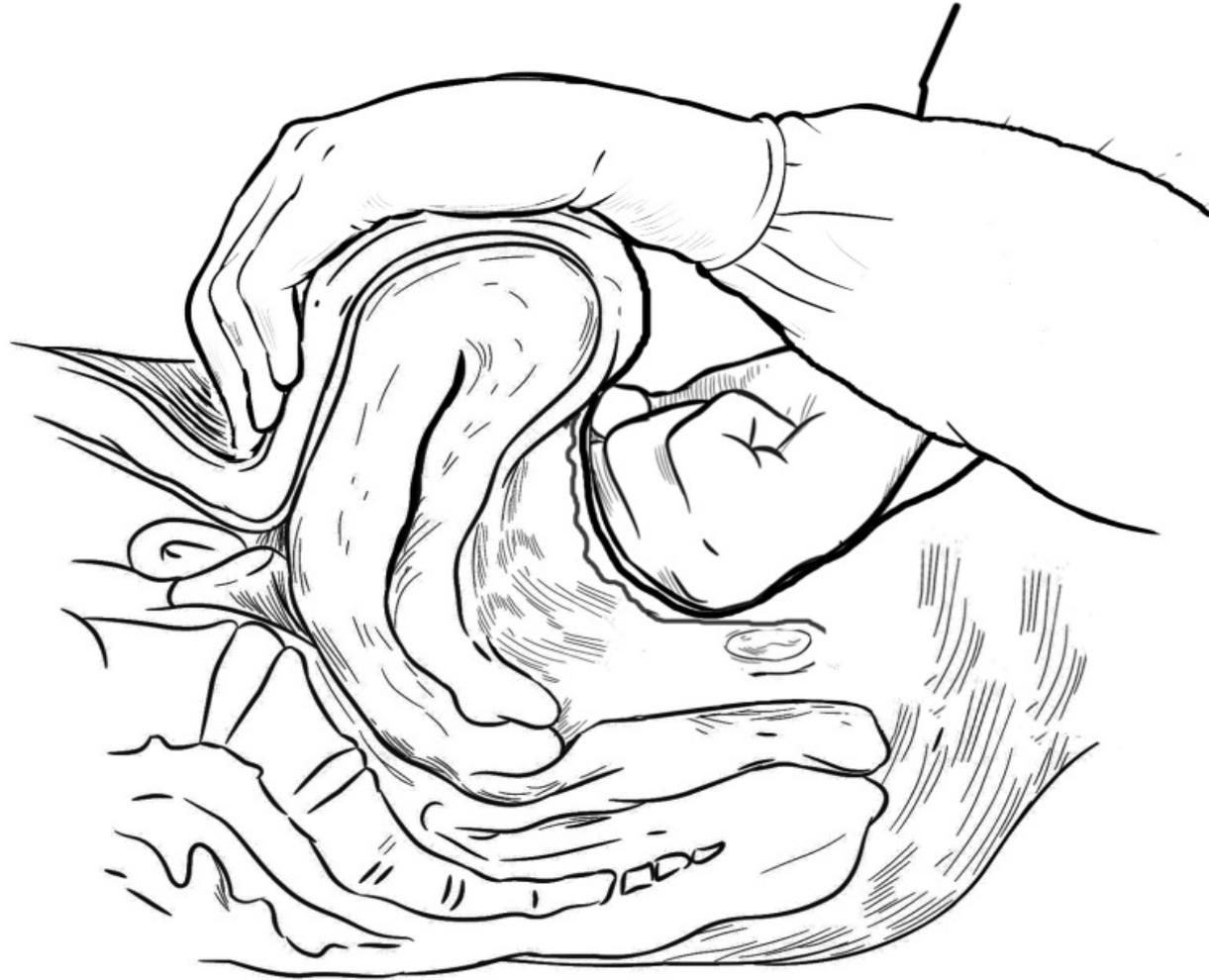
# Kompresi Bimanual Internal



# Kompresi Bimanual Internal

- Untuk melakukan kompresi bimanual internal, satu tangan di dalam rahim dan tangan lainnya berada di luar, di abdomen dan menekan fundus ke arah tangan yang di dalam. Jari-jari tangan yang berada di dalam menekan forniks anterior. Jika telah ditekan dengan baik, seluruh kepalan tangan dapat masuk karena kelenturan vagina. Tekanan pada uterus dengan kedua tangan memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah dalam dinding uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.

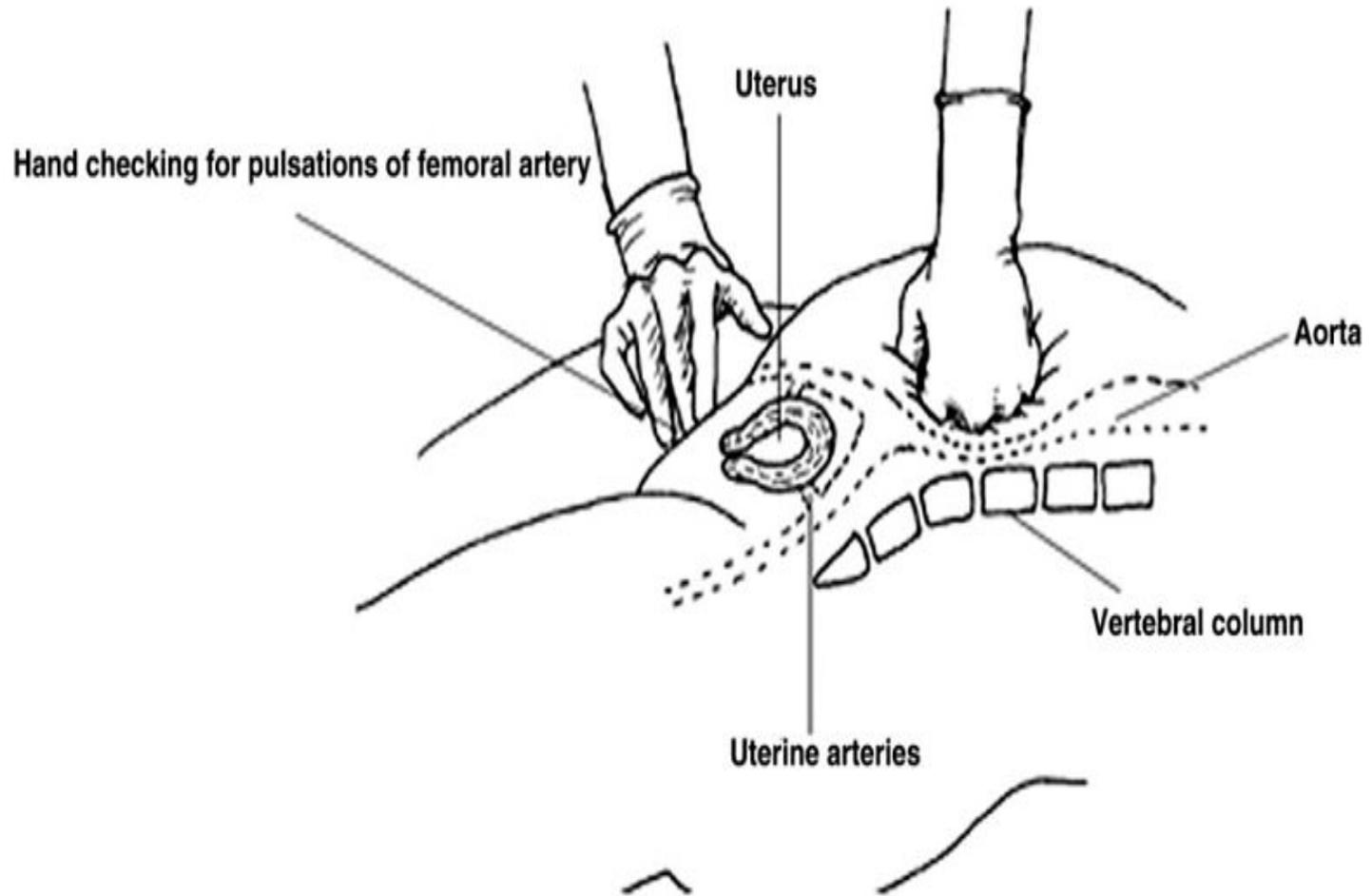
# Kompresi Bimanual Eksternal



# Kompresi Bimanual Eksternal

- Untuk melakukan kompresi bimanual eksternal, satu tangan diletakkan di abdomen, di depan uterus, tepat di atas simfisis pubis. Tangan yang lain memegang dinding abdomen (dibelakang korpus uteri) dan diusahakan untuk memegang bagian belakang uterus seluas mungkin. Lakukan gerakan saling merapatkan kedua tangan untuk melakukan kompresi pembuluh darah di dinding uterus dengan cara menekan uterus diantara kedua tangan. Hal ini dapat membantu uterus untuk berkontraksi dan menekan pembuluh darah uterus.

# Kompresi Aorta Abdominalis



# Kompresi Aorta Abdominalis

- Kompresi aorta abdominalis merupakan alternatif dari kompresi bimanual eksternal dan internal. Kompresi aorta abdominalis harus dilakukan dengan teknik yang benar agar aorta benar-benar tertutup untuk sementara waktu sehingga perdarahan dapat dikurangi. Tekan aorta abdominalis di atas uterus dengan kuat dan dapat dibantu dengan tangan kiri selama 5-7 menit. Lepaskan tekanan sementara selama 30-60 detik sehingga bagian lainnya tidak terlalu banyak kekurangan darah. Tekanan aorta abdominalis untuk mengurangi perdarahan bersifat sementara.

# KOMPLIKASI PERDARAHAN POST PARTUM

- Perdarahan yang terjadi sangat cepat sehingga menyebabkan kolapsnya sirkulasi dan dapat mengarah pada syok dan kematian
- Anemia purpura dan morbiditas
- Kerusakan pada aliran darah ke kelenjar hipofisis sehingga menyebabkan nekrosis dari kelenjar hipofisis (Sindroma Sheehan)
- Rasa takut pada kehamilan berikutnya karena perdarahan sangat menakutkan bagi ibu.

- Atonia uteri merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya inversio uteri. **Inversio uteri** adalah keadaan dimana endometrium turun dan keluar ke ostium uteri eksternum, baik komplit maupun inkomplit. Inversio uteri disebabkan oleh kesalahan dalam memimpin kala III, seperti menekan fundus uteri terlalu kuat atau menarik tali pusat pada plasenta yang belum terlepas dari insersinya.

# **Jika atonia uteria menyebabkan inversio uteri, yang dapat dilakukan adalah:**

- Tegakkan diagnosis inversion uteri terlebih dahulu
  - Palpasi abdomen:
    - Inversio inkomplit: teraba kawah pada fundus uteri
    - Inversio komplit: fundus uteri tidak teraba
  - Pemeriksaan dalam:
    - Inversio inkomplit: fundus uteri di kanalis servikalis
    - Inversio komplit: fundus teraba di vagina atau keluar dari vagina <sup>(2)</sup>
- Melakukan pemasangan IV line
- Jika terjadi syok, segera lakukan penanganan syok

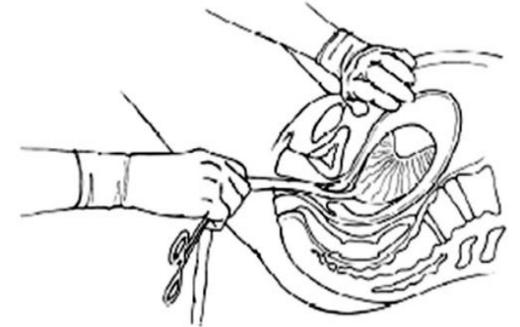
- Bila perlu, diberikan tokolitik/ $\text{MgSO}_4$  untuk melemaskan uterus yang terbalik sebelum reposisi manual dengan cara mendorong endometrium ke atas masuk ke dalam vagina. Terus melewati serviks sampai tangan masuk dalam uterus pada posisi normal.
- Plasenta dilepaskan di dalam uterus secara manual kemudian dikeluarkan. Sambil memberikan uterotonika secara intravena atau intramuskular, tangan tetap dipertahankan di dalam hingga uterus kembali normal. Kemudian tangan dapat dikeluarkan.
- Antibiotik dan transfusi darah sesuai keperluan
- Jika uterus tidak dapat dikembalikan pada posisi semula karena jepitan serviks yang keras, perlu dilakukan laparotomi.

# PROGNOSIS

Prognosis umumnya *dubia ad bonam*, tergantung dari jumlah perdarahan dan kecepatan penatalaksanaan yang dilakukan.

# PENCEGAHAN

- Untuk mencegah atonia uteri, dapat dilakukan manajemen aktif kala III dan pemberian misoprostol 2-3 tablet peroral setelah bayi lahir.
- Manajemen aktif kala III terdiri dari :
  - pemberian agen uterotonik
  - peregangan tali pusat terkendali
  - penjepitan tali pusat dini
  - pemijatan uterus setelah kelahiran plasenta.





**Terima kasih**

***BE A GOOD MIDWIFE...***