
	<p><b>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) KSM OBSTETRI DAN GYNEKOLOGI TATA LAKSANA KASUS RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</b></p>	<p>Pekanbaru,      April 2024 Ditetapkan,</p> <p><b>DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</b></p>  <p><b><u>drg. Wan Fajriatul Mamnunah, Sp.KG</u></b> <b>NIP. 19780618 200903 2 001</b></p>
<p align="center"><b>ATONIA UTERI</b></p>		
<p>1. Pengertian (definisi)</p>	<p>Perdarahan dini pasca persalinan dengan jumlah perdarahan melebihi 500 cc yang disebabkan hilangnya kontraksi/ tonus uterus</p>	
<p>2. Anamnesis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdarahan segera setelah anak lahir</li> <li>- Faktor risiko: Overdistensi uterus, Polihidramnion, Multi fetus, Janin, macrosomi , Partus lama, Induksi persalinan, Grande multypara, Partus precipitatus, Terapi MgSO4 pada preeklampsia, Chorioamnionitis, Myoma uteri,Anestesi halotan</li> </ul>	
<p>3. Pemeriksaan Fisik</p>	<p>Vital sign → pre syok /syok</p> <p>KU berat, derajat anemi,perdarahan pervaginam</p> <p>Abdomen :</p> <p>Tak ada penonjolan uterus supra simfisis akibat uterus tidak berkontraksi dan lembek, Kadang disertai plasenta adhesiva</p> <p>Inspekulo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumber perdarahan dari kavum uterus</li> <li>• Tidak didapatkan laserasi pada jalan lahir</li> </ul> <p>Pemeriksaan dalam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastikan plasenta lahir lengkap (bila ada indikasi sebagian plasenta masih tertinggal, lakukan evakuasi sisa plasenta) dan pastikan tidak ada laserasi jalan lahir</li> </ul>	
<p>4. Kriteria Diagnosis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdarahan pervaginam segera setelah bayi lahir</li> <li>- Faktor risiko</li> <li>- Tanda vital</li> <li>- Uterus tidak berkontraksi</li> <li>- Tidak didapatkan laserasi</li> <li>- Tidak ada plasenta atau sisa plasenta yang tertinggal</li> <li>- Konsentrasi Hb</li> </ul>	

5. Diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdarahan pervaginam segera setelah bayi lahir</li> <li>• Faktor risiko</li> <li>• Evaluasi medik dan Tanda vital</li> <li>• Uterus tidak berkontraksi</li> <li>• Tidak didapatkan laserasi dan plasenta/ sisa plasenta</li> <li>• Kadar Hb</li> </ul>
6. Diagnosis Banding	<p>Laserasi jalan lahir</p> <p>Retensio plasenta</p> <p>Inversio uteri</p>
7. Pemeriksaan Penunjang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labor darah rutin, hemostasis,</li> <li>• Cross match</li> </ul>
8. Terapi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kenali dan tegakkan diagnosis kerja Atonia Uteri (lihat penilaian klinik)</li> <li>• Pasang infus, beri uterotonika, kemudian lakukan pijatan uterus</li> <li>• Pastikan plasenta lahir lengkap (bila ada indikasi sebagian plasenta masih tertinggal, lakukan evakuasi sisa plasenta) dan pastikan tidak ada laserasi jalan lahir</li> <li>• Berikan transfusi darah bila sangat diperlukan</li> <li>• Lakukan uji beku darah (lihat Solusio Plasenta) untuk konfirmasi sistem pembekuan darah</li> <li>• Bila semua tindakan diatas telah dilakukan tetapi masih terjadi perdarahan lakukan tindakan spesifik (lihat prosedur klinik) sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebelum tindakan operatif dapat dilaksanakan, lakukan tindakan sementara untuk mencegah memburuknya kondisi pasien</li> <li>.. <b>Kompresi bimanual eksternal</b></li> <li>Meremas uterus melalui dinding abdomen dengan jalan menjepitnya diantara kedua belah telapak tangan yang melingkupi uterus. Pantau aliran darah yang keluar. Bila perdarahan berkurang, kompresi diteruskan, pertahankan hingga uterus dapat kembali berkontraksi atau dilakukan tindakan operatif. Apabila upaya ini belum berhasil, coba dengan kompresi bimanual internal</li> <li>.. <b>Kompresi bimanual internal</b></li> </ul> </li> </ul>

Uterus dijepit diantara telapak tangan yang menekan bagian posterior uterus melalui dinding abdomen dan kepala tangan dalam sebagai upaya untuk menjepit pembuluh darah di dalam miometrium (sebagai pengganti mekanisme kontraksi). Perhatikan perdarahan yang terjadi. Bila perdarahan berkurang atau berhenti, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali dan bila tindakan ini tidak efektif, lakukan kompresi aorta abdominalis.

**.. Kompresi aorta abdominalis**

Raba arteri femoralis dengan ujung jari tangan kiri dan pertahankan posisi ini untuk memantau keberhasilan kompresi aorta abdominalis dengan kepala tangan kanan (pada daerah umbilikus, tegak lurus dengan sumbu badan, hingga mencapai kolumna vertebralis). Penekanan yang tepat, akan menghentikan atau sangat mengurangi denyut arteri femoralis.

- Bila kondisi ibu dan sarana memungkinkan untuk tindakan operatif, lakukan:
  - Ligasi ramus ascendens dan decendens arteri uterina dan arteri ovarika
  - Histerektomi
  -

Jenis uterotonika dan cara pemberiannya

Jenis dan cara	Oksitoksin	Ergometrin	Misoprostol
Dosis dan cara pemberian awal	IV: 40 iu dalam 1L larutan garam fisiologis dengan tetesan cepat IM 10 iu	IM atau IV(lambat): 0,2 mg	Oral atau rektal 400 – 600 mcg
Dosis lanjutan	IV ; 20 iu dalam 1L	Ulangi 0,2mg IM setelah 15	400 – 600 mcg 2-4 jam

		larutan garam fisiologis 40 tpm	menit. Bila masih diperlukan beri IM/IV 2-4 jam	setelah dosis awal
	Dosis maksimal per hari	Tidak lebih dari 3 L larutan dengan oksitosin 40 iu perbotol	Total 1 gr atau 5 dosis	Total 1200 mcg atau 2-3 dosis ulangan
	Indikasi kontra atau hati hati	Pemberian IV secara cepat atau bolus	Preeklampsia , vitium cordis, hipertensi	Nyeri kontraksi, asma, menggigil, diare
9. Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informed consent rencana tindakan, komplikasi dan efek tindakan</li> <li>• Informasi paska tindakan</li> </ul>			
10. Prognosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morbiditas dan mortalitas ibu yang disebabkan oleh perdarahan setelah bayi lahir dan dalam 24 jam pertama persalinan</li> <li>• Hasil upaya pertolongan sangat tergantung dari kondisi awal ibu sebelum bersalin, ketersediaan darah dan paokan medik yang dibutuhkan, tenaga terampil dan handal serta jaminan fungsi peralatan bagi tindakan gawat darurat</li> </ul>			
11. Tingkat Evidens	I/II/III/IV			
12. Tingkat Rekomendasi	A/B/C			
13. Penelaah Kritis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal (saat masuk)</li> <li>• Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan Perdarahan Pascapersalinan)</li> <li>• Lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama pascapersalinan (di ruang persalinan) dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (di ruang rawat gabung). Perhatikan pelaksanaan asuhan mandiri.</li> <li>• Selalu siapkan keperluan tindakan gawatdarurat</li> <li>• Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila</li> </ul>			

	<p>dihadapkan dengan masalah dan komplikasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Atasi Syok (lihat Penatalaksanaan Syok)</li><li>• Pastikan kontraksi berlangsung baik (Keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, beri uterotonika 10 IU IM dilanjutkan infus 20 IU dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetesan per menit)</li><li>• Pastikan plasenta telah lahir dan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir</li><li>• Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah (lihat Solusio Plasenta)</li><li>• Pasang kateter menetap dan pantau masuk-keluar cairan</li><li>• Cari penyebab perdarahan dan lakukan tindakan spesifik</li></ul>
14. Indikator Medis	Temuan klinis, USG ,CTG dan laboratorium
15. Kepustakaan	