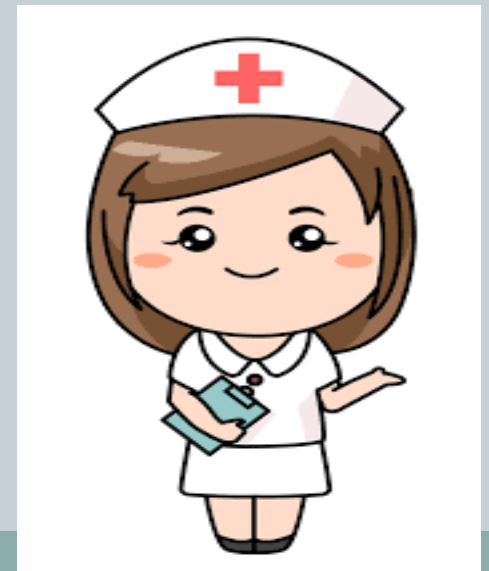


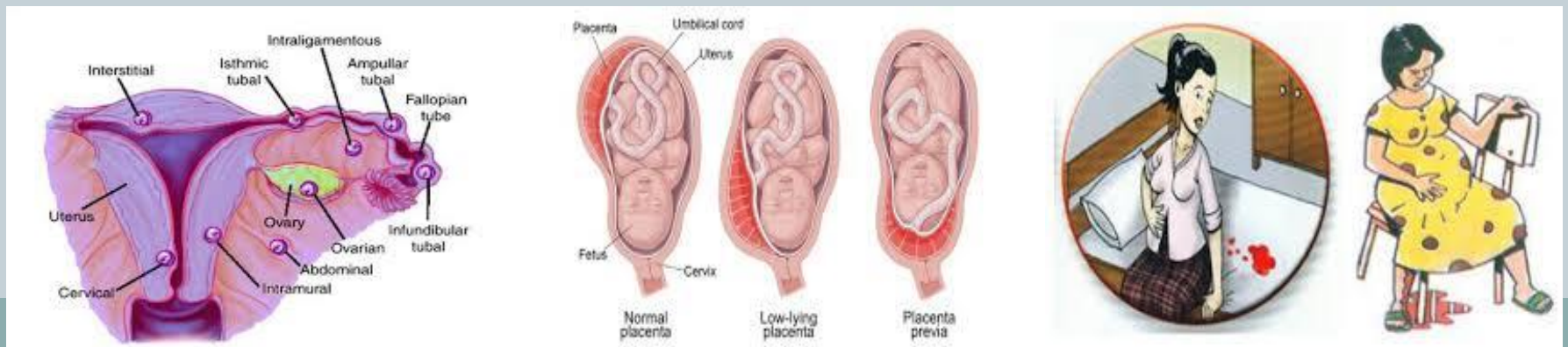
perdarahan dalam kehamilan



perdarahan dalam kehamilan



- perdarahan hamil muda : < 20 minggu → abortus, mola, KET
- perdarahan ante partum : > 20 minggu → plasenta previa, solutio plasenta, ruptur uteri
- perdarahan post partum → 4T



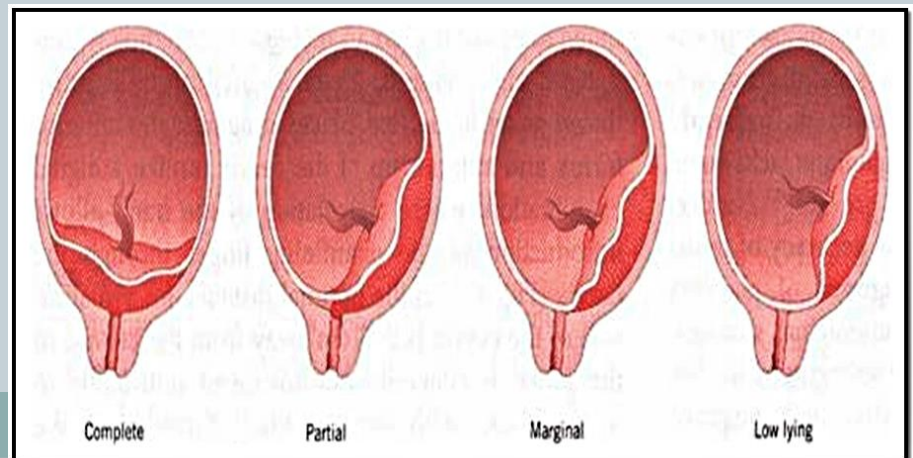
Perdarahan Ante partum



- Perdarahan diatas 22 minggu
- Diagnosis : Anamnesa, Pemeriksaan fisik, Pemeriksaan penunjang
- Jenis : Plasenta previa, Solusio plasenta, rupture uteri
- Penatalaksanaan → Penatalaksanaan kegawatdaruratan

Plasenta Previa

- Perdarahan tanpa nyeri, perdarahan berwarna merah segar
- Penatalaksanaan:
 1. Plasenta previa parsialis/totalis → SC
 2. Plasenta previa marginalis/Plasenta letak rendah → amniotomi akselerasi



Solusio Plasenta

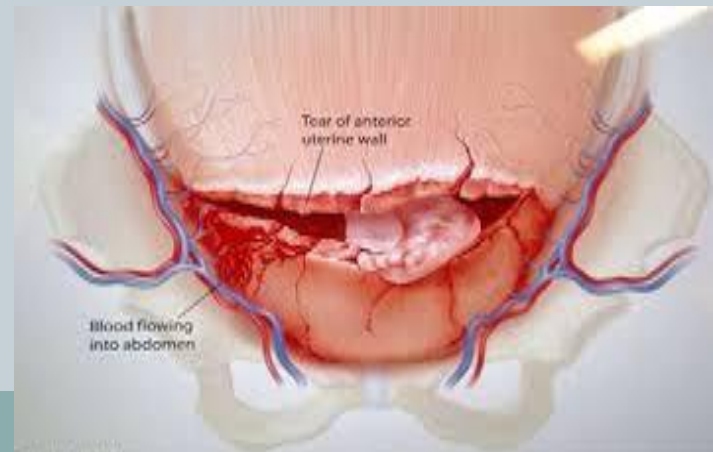
- Perdarahan dengan nyeri, perdarahan berwarna merah kehitaman
- Penatalaksanaan:
 1. Terhadap komplikasi :
 - Atasi syok
 - Atasi hipofibrinogemia
 - Atasi anemia
 2. Tindakan obstetrik :
 - SC
 - Partus pervaginam



Rupture Uteri



- robekan dinding rahim akibat dilampauinya daya regang miometrium
- Penatalaksanaan:
Stabilisasi → tindakan operatif → laparotomi
→ histerektomi



Perdarahan pasca persalinan



- Diagnosis : anamnesa, pemeriksaan fisik dan penunjang
- Jenis 4T :
 - tone : atonia uteri
 - tear : robekan jalan lahir
 - tissue : sisa plasenta
 - trombin : gangguan koagulasi

Atonia Uteri



- Gejala dan tanda:

1. kontraksi (-)
2. Perdarahan pasca persalinan dini

- Penatalaksanaan :

1. Pasang infus, beri uterotonika, pijatan uterus
2. Pastikan plasenta lahir lengkap
3. Transfusi darah bila perlu
4. Lakukan uji beku darah
5. Tindakan Operatif bila tetap terjadi perdarahan
→ Sebelum operatif → **kompresi bimanual eksternal, kompresi bimanual internal**, kompresi aorta abdominalis

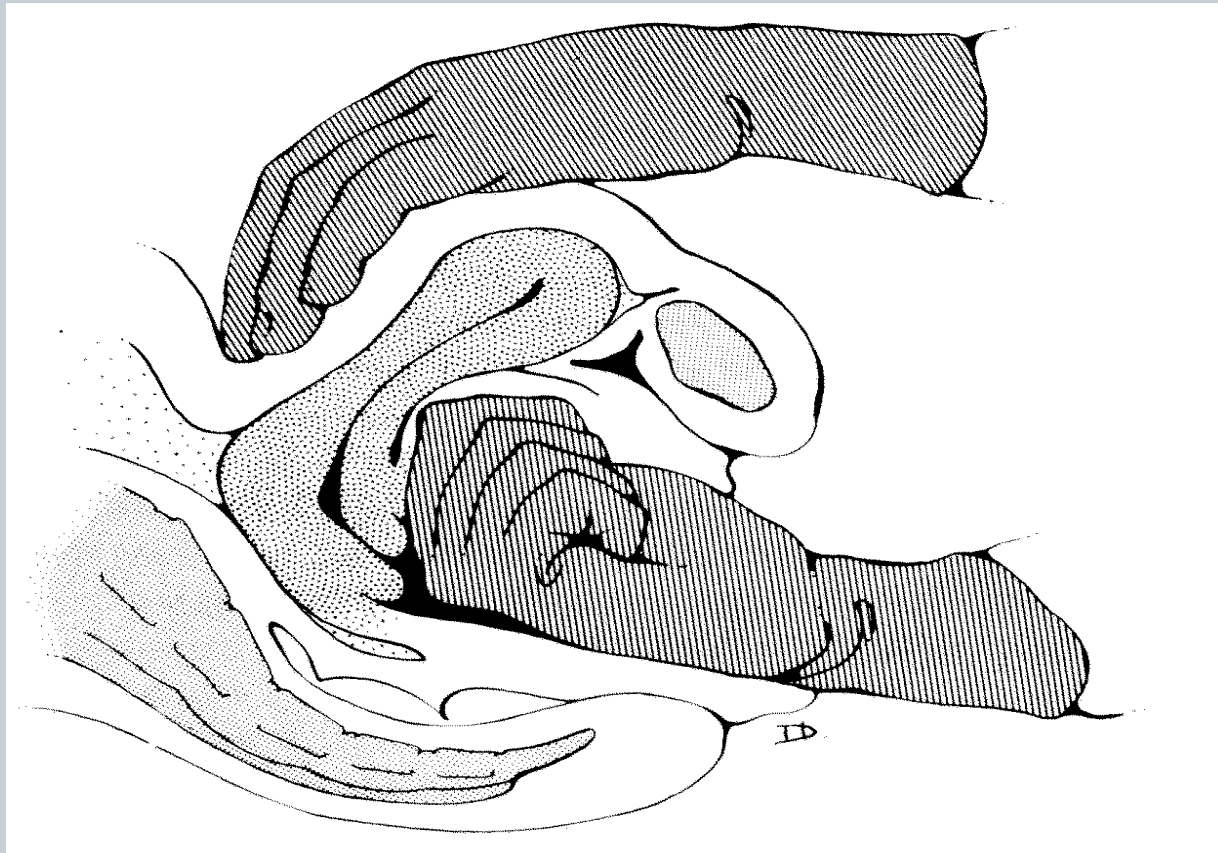
Atonia uteri



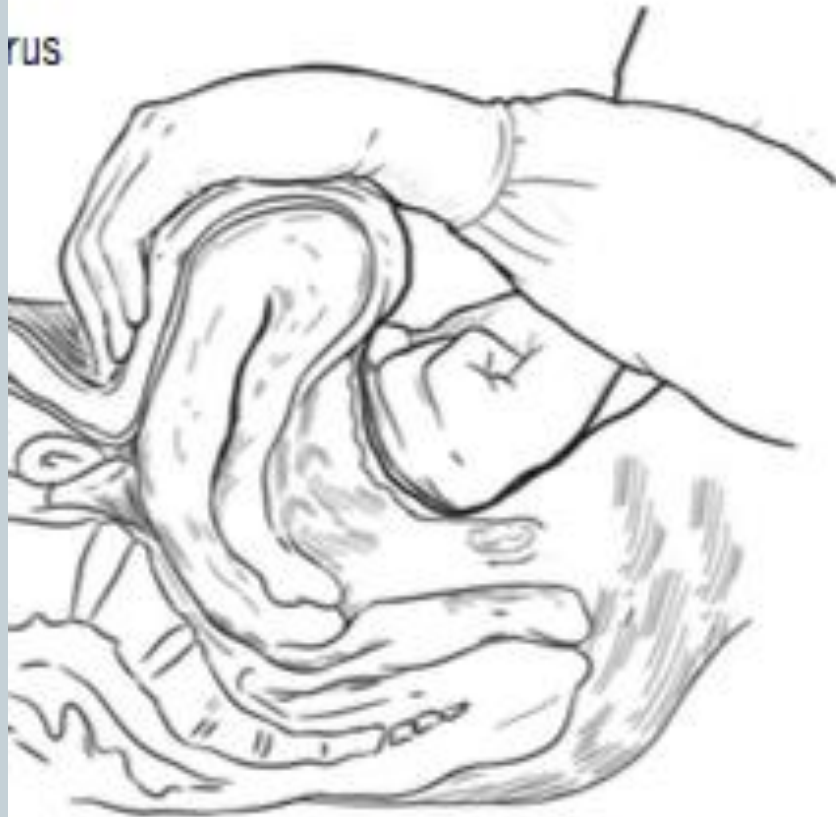
- Penanganan :
- Sikap trendelenburg, memasang IV line, berikan oksigen (airway, breathin, circulation)
- Merangsang kontraksi uterus :
 - Masase fundus uteri dan merangsang putting susu
 - Pemberian oksitosin dan turunan ergometrin
 - Pemberian misoprostol 800-1000 Mg rektal
 - Kompresi bimanual eksternal atau internal

Atonia Uteri

Kompresi Bimanual interna



Kompresi bimanual eksterna



4 mg.

Kompresi bimanual eksterna



Atonia uteri



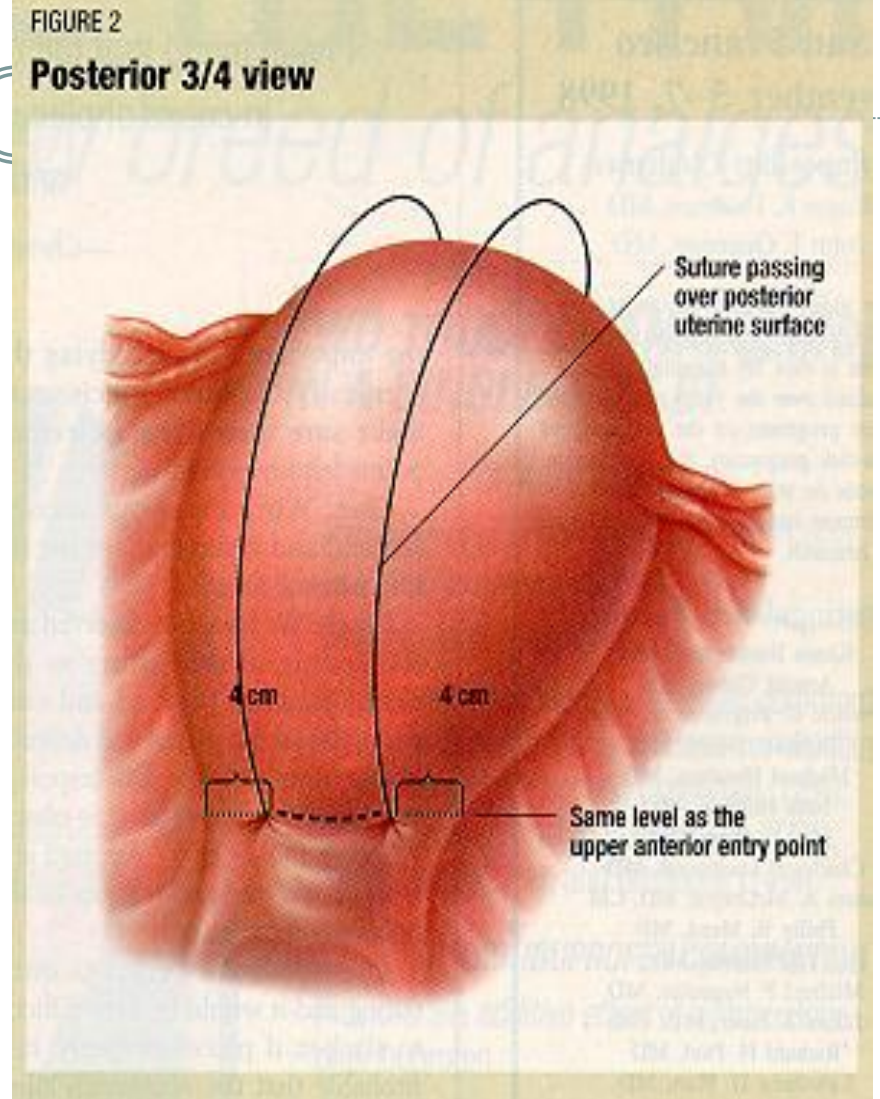
- Penanganan :
 - Kompresi aorta abdominalis
 - Pemasangan tamponade kondom → kondom diitaruh dengan cateter no.24 disambungkan dengan cairan infus → dimasukkan ke dalam cavum uteri
 - Tindakan operatif :
 - Mempertahankan uterus : ligasi arteri uterina atau b-lynch
 - Mengangkat uterus : histerektomi total atau subtotal



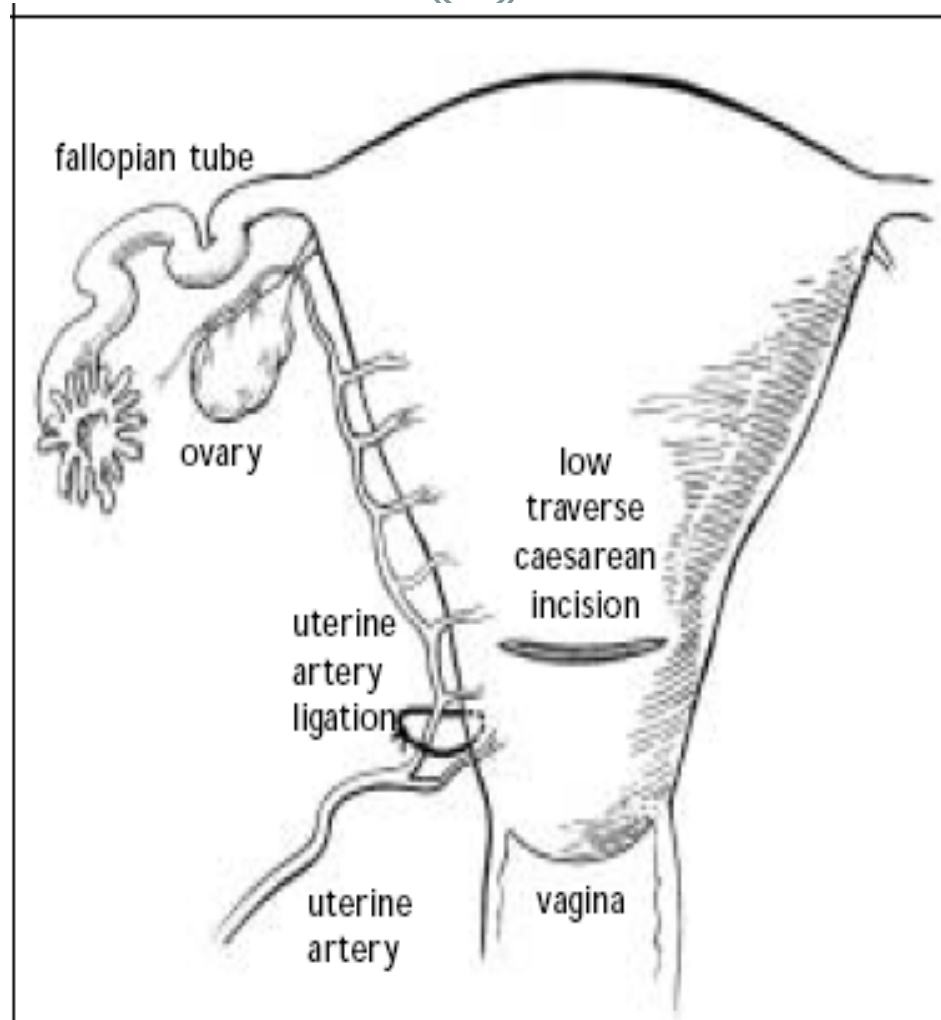


© Copyright B-Lynch'06

Figure 3 The *in vivo* effect of correct application of the B-Lynch surgical technique seen immediately after successful suture application. No congestion, no ischemia and no 'shouldering' of the sutures at the fundus



Ligasi arteri uterine



Robekan jalan lahir



- Terjadi persalinan dengan trauma
- Biasa terjadi karena episiotomi, robekan spontan, trauma forceps/vacuum
- Inspeksi → Melihat robekan
- Perdarahan dengan kontraksi baik → robekan jalan lahir/sisa plasenta

klasifikasi



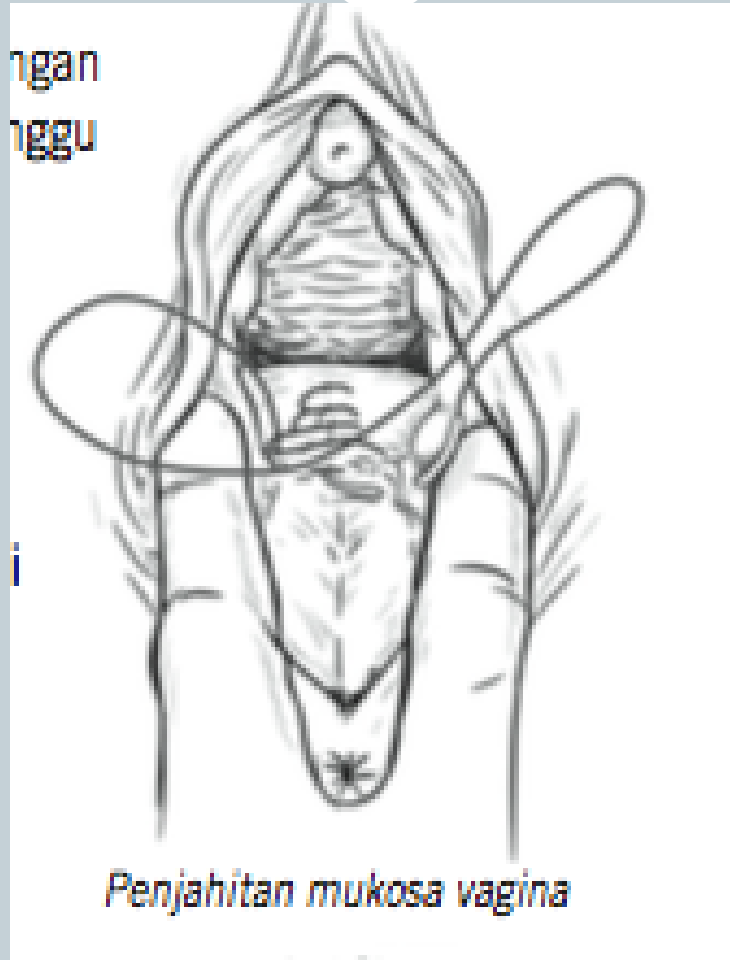
- **Sultan (1999) :**
 - **Derajat 1 : robekan hanya mengenai epitel vagina dan kulit**
 - **Derajat 2 : robekan sampai otot perineum tapi tidak sfingter ani**
 - **Derajat 3: robekan sampai sfingter ani :**
 - ❖ **3a. < 50 % ketebalan sfingter ani**
 - ❖ **3b. > 50 % ketebalan sfingter ani**
 - ❖ **3c. hingga sfingter interna**
 - **Derajat 4: robekan hingga epitel anus (mukosa anus)**

Robekan jalan lahir

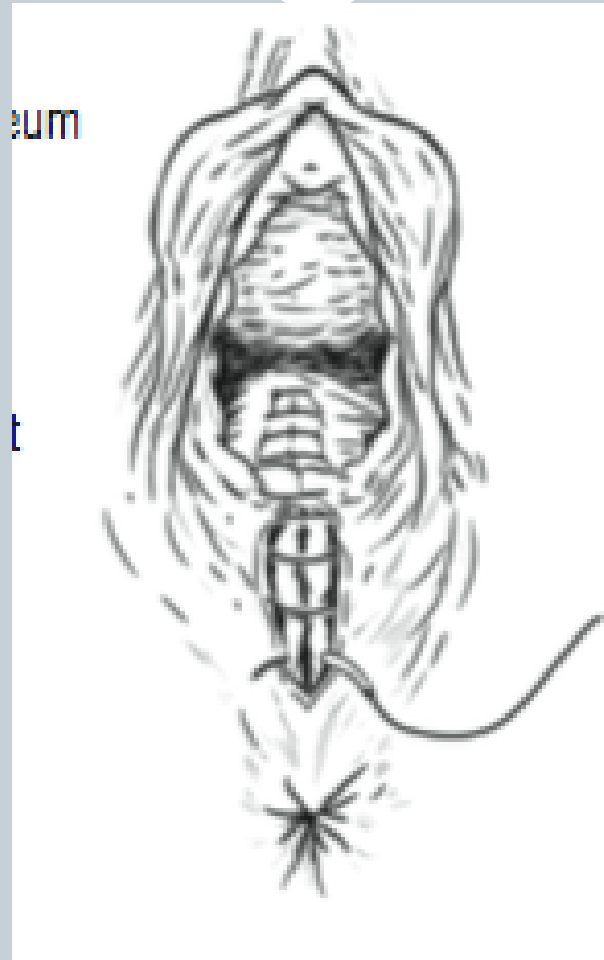


- Penanganan :
 - Sumber perdarahan di klem, ikat dan dijahit dengan cat-gut
 - Teknik penjahitan memerlukan asisten, anestesi lokal, penerangan yang baik, serta perhatikan kedalaman luka
 - Untuk grade 3 dan 4 pasca repair pasien diberikan makanan berserat dan pelunak feses

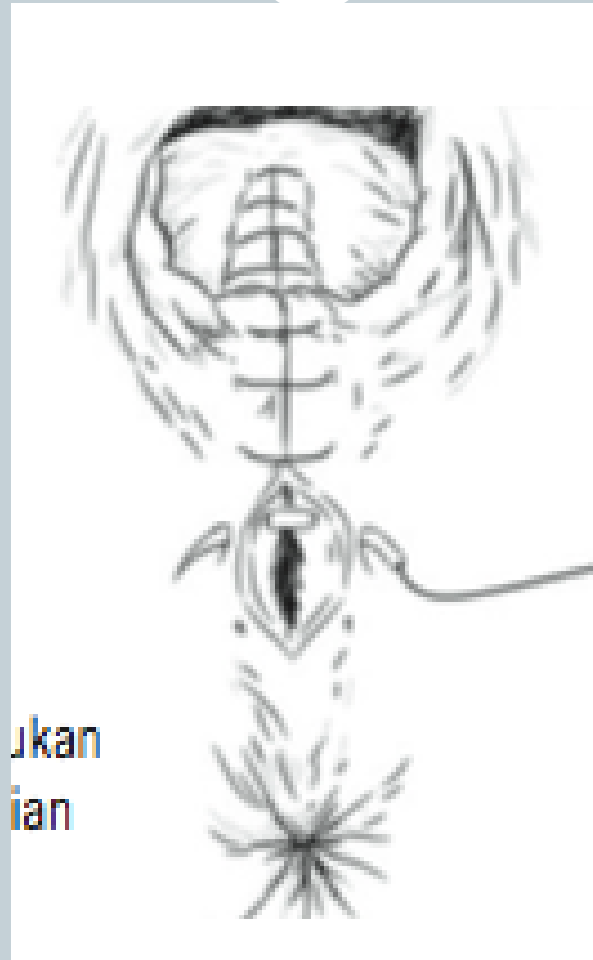
Penjahitan mukosa vagina



Penjahitan otot

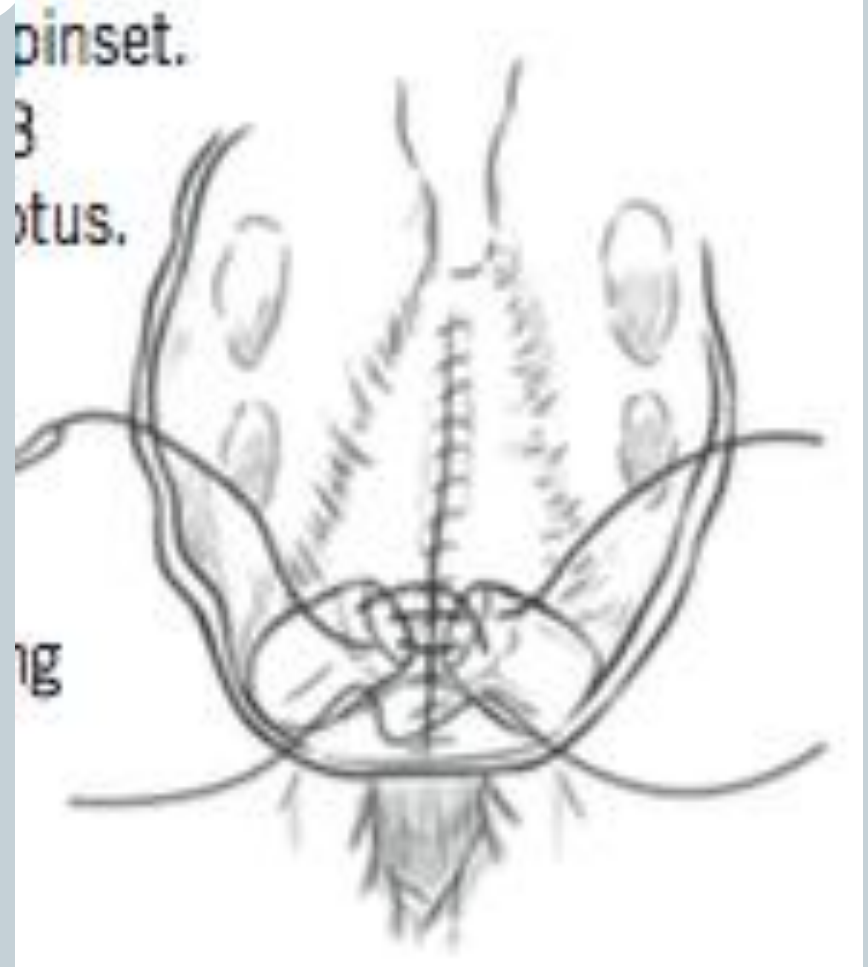
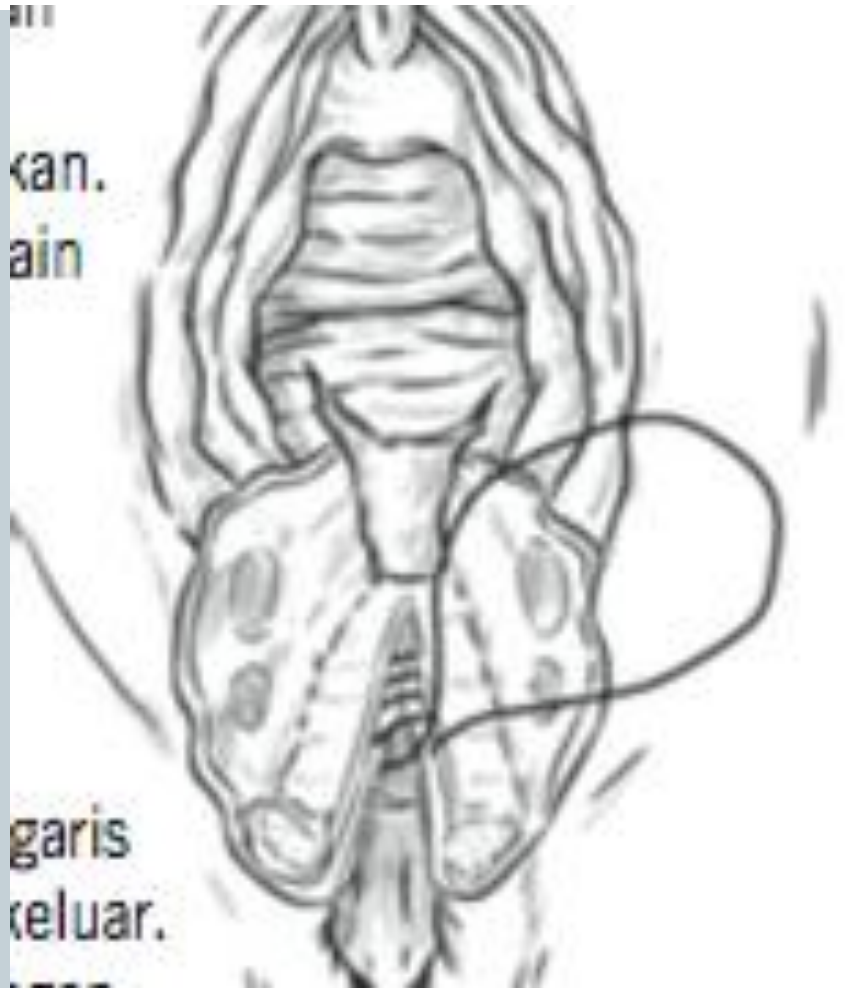


Penjahitan kulit



Jkan
ian

Penjahitan dinding rectum dan sfingter ani



Retensio plasenta



- Plasenta belum lahir setelah 30 menit setelah bayi lahir
- Faktor predisposisi : plasenta previa, bekas SC, kuret berulang, multiparitas
- Penanganan : dilakukan manual plasenta

Retensio Plasenta



- Penatalaksanaan :

1. Regangkan tali pusat
2. Pasang infus oksitosin 20 unit dalam 500 cc NS/RL
3. traksi terkontrol gagal → manual plasenta
4. Restorasi cairan
5. Transfusi darah
6. Antibiotika
7. Atasi Komplikasi yang ada

Manual plasenta



dan tegangkan



li
t.

yusuri



Sisa plasenta



- Dicurigai bila kala uri tidak berlangsung lancar atau setelah plasenta keluar kotiledon tidak lengkap
- Masih ada perdarahan dari OUE saat kontraksi sudah baik dan robekan sudah terjahit
- Penanganan : eksplorasi ke dalam rahim dengan cara manual/digital atau kuret dan pemberian uterotonika
- Transfusi bila ada anemia

Inversio uteri



- Keadaan dimana lapisan dalam uterus (endometrium) turun dan keluar lewat OUE
- Dapat komplit dan inkomplit
- Faktor predisposisi :
 - atonia uteri
 - kekuatan yang menarik ke bawah (tali pusat ditarik terlalu keras)
 - tekanan pada fundus uteri (manuver crede)
 - tekanan intraabdominal yang keras dan tiba tiba

Inversio uteri



- tanda :
 - Syok karena kesakitan
 - Perdarahan banyak bergumpal
 - Vulva → endometrium terbalik dengan/tanpa plasenta yang masih melekat
 - Prognosis → tergantung waktu terjadi

Inversio uteri



- Memanggil bantuan dan memasang infus
- Reposisi manual : mendorong endometrium keatas masuk ke dalam uterus pada posisi normal
- Keluarkan plasenta setelah uterus dalam posisi normal → berikan uterotonika
- Antibiotika dan transfusi darah sesuai keperluan
- tidak dapat di reposisi → laparatomi
- Histerektomi (angkat rahim) → infeksi dan nekrosis

Inversio uteri

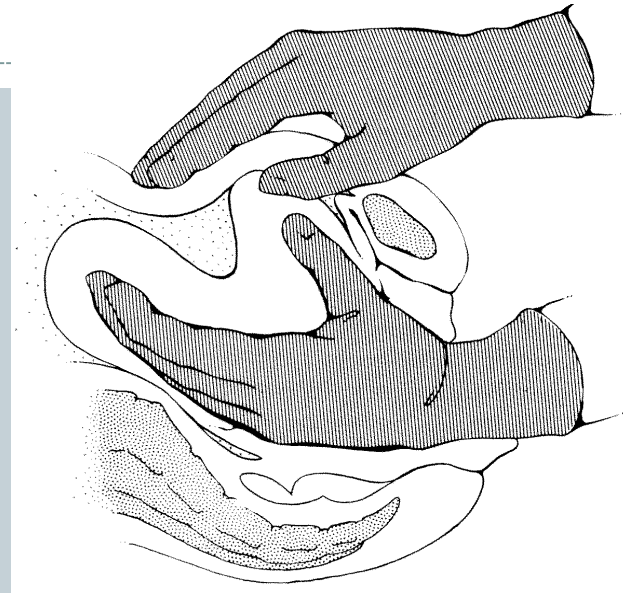
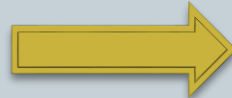
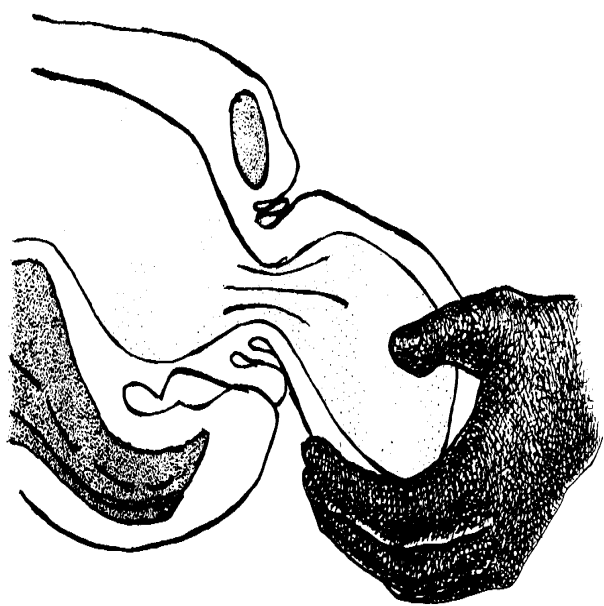


FIGURE 35-22 Uterine inversion associated with a fundal placenta accreta during a home delivery was fatal for this woman.

Inversio uteri

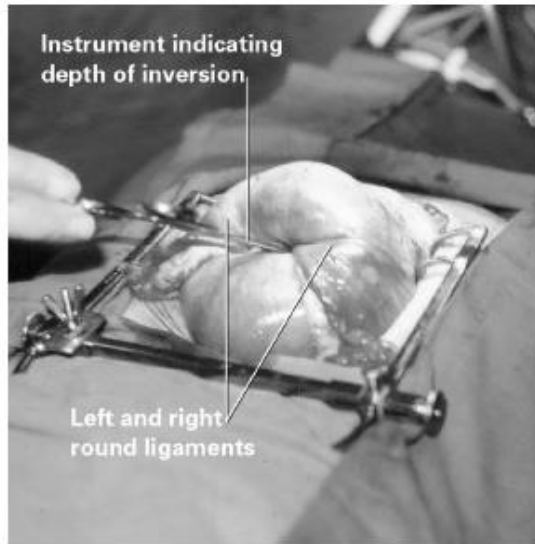


Figure 1a Acute uterine inversion

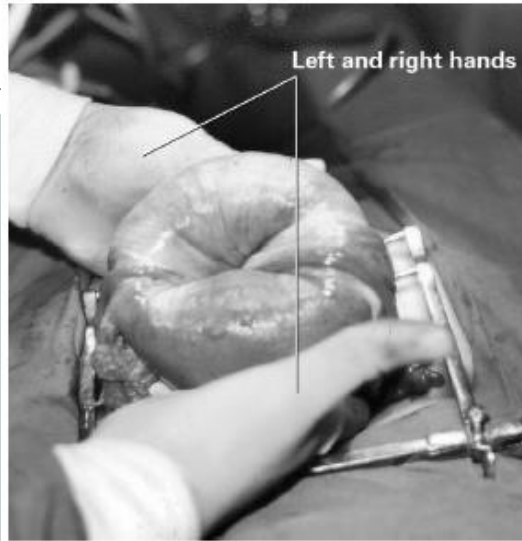


Figure 1b Acute uterine inversion. Finger tips placed below fundus of uterus to facilitate reduction



Figure 1c Acute uterine inversion. Progressive reduction with some ischemia



Figure 1d Acute uterine inversion. Return of vascularity



Figure 1e Acute uterine inversion. Complete reduction and revascularization with normal clinical features. (B-Lynch technique of non-instrumental reduction of acute uterine inversion at laparotomy. ©Copyright 2015)

SYOK



- Kondisi gawat darurat
- **Penyebab** : perdarahan, infeksi/sepsis, trauma
- **Tanda-tanda syok:**
 1. nadi cepat dan halus (>100 x permenit)
 2. Menurunnya tekanan darah (diastolik <60 mmHg)
 3. Pernafasan cepat (RR >32 x/menit)
 4. Pucat (konjunktiva palpebra, telapak tangan, bibir)
 5. Berkeringat, gelisah, apatis/bingung, atau pingsan/tidak sadar

SYOK



✗ **Penanganan awal :**

1. Periksa tanda vital, cegah hipotermi dan aspirasi
 2. Bebaskan jalan nafas, berikan oksigen
 3. Tinggikan tungkai
 4. Perbaiki cairan tubuh → isotonik 1 lt dalam 15-20 menit → lanjutkan 3lt dalam 2-3 jam
 5. Transfusi darah → bila hb <6 atau hematokrit <20
 6. Pemeriksaan laboratorium → DL, ukur jumlah dan produksi urin
 7. Antibiotik → bila tanda2 infeksi (+)
- **Stabilisasi (+) → dlanjutkan terapi definitif (kausatif)**