

P3A0 Perdarahan Pasca Persalinan Pervaginam et causa Atonia Uteri: Laporan Kasus

Alandra Rizhaqi Vastra¹, Ikhlas Taufik¹, Nurul Islamy²

¹Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kandungan dan Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Perdarahan pasca persalinan adalah keadaan kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui persalinan per vaginam, atau >1000 ml pada seksio caesarea setelah melahirkan. Salah satu penyebab perdarahan pasca persalinan yang paling umum ialah atonia uteri. Atonia uteri mengacu pada kontraksi yang tidak memadai dari sel-sel miometrium korpus uteri sebagai respon terhadap pelepasan oksitosin endogen. Atonia uteri merupakan keadaan lemahnya tonus rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir dan merupakan kegawatdaruratan dalam kasus obsterti. Ny. RF, P3A0 usia 36 tahun, datang ke IGD RS Abdul Moeleok dengan perdarahan pasca persalinan sejak ± 2 jam sebelum masuk rumah sakit. Pasien melahirkan secara pervaginam ditolong oleh bidan dan mengalami perdarahan pasca persalinan. Pada pemeriksaan obstetri, tinggi fundus uteri didapatkan setinggi pusat dan teraba lembek disebabkan oleh tidak adanya kontraksi uterus yang adekuat (atonia uteri) pasca persalinan. Pasien diberikan tatalaksana berupa resusitasi cairan, oksitosin dan misoprostol dan perdarahan teratasi.

Kata Kunci : Atonia uteri, perdarahan post partum, persalinan

P3A0 Post Partum Hemorrhage Caused by Uterine Atony: Case Report

Abstract

Postpartum haemorrhage is a state of blood loss more than 500 ml through vaginal delivery, or >1000 ml in caesarean section after delivery. One of the most common causes of postpartum hemorrhage is uterine atony. Uterine atony refers to the inadequate contraction of the corpus uterus myometrial cells in response to endogenous oxytocin release. Uterine atony is a condition of weak uterine tone that causes the uterus to be unable to close the bleeding from the placental implantation site after the baby and placenta are born and it is an obstetric emergency. Mrs. RF, P3A0, 36 years old, came to the ER of RS Abdul Moeleok with postpartum bleeding since ± 2 hours before admitted in hospital. The patient gave birth through vaginal delivery with the help of a midwife and experienced postpartum haemorrhage. On the obstetric examination, uterine fundal height was found as high as umbilicus and felt soft due to the absence of adequate uterine contractions (uterine atony) after delivery. The patient was treated with oxytocin and misoprostol and the bleeding was resolved.

Keywords: Birth delivery, post partum hemorrhage, uterine atony

Korespondensi: Alandra Rizhaqi Vastra, alamat: Jl. Abdul Muis 8 No. 9A Bandar Lampung. email: arvastra.md@gmail.com. Nomor HP: 081368044228

Pendahuluan

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO), setiap hari di dunia terdapat 800 ibu meninggal akibat kehamilan dan melahirkan, serta sebanyak 99% kematian tersebut terjadi di negara berkembang.^{1,2} Menurut Kemenkes RI 2019, terdapat penurunan angka kematian ibu selama periode tahun 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu (AKI) sendiri menggambarkan rasio kematian ibu selama kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan

karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau insidental di setiap 100.000 kelahiran hidup. Meskipun terdapat kecenderungan penurunan angka kematian ibu, namun nilai ini belum mencukupi target MDGs yang harus dicapai yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 memperlihatkan angka kematian ibu tiga kali lipat lebih tinggi dibandingkan target MDGs.³ Target-target dalam MDGs ini kemudian dilanjutkan dalam bentuk program pembangunan global yang selanjutnya dikenal dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs).

Program SDGs menargetkan angka kematian ibu menurun hingga mencapai 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 mendatang.⁴

Penyebab terbesar kematian ibu setiap tahunnya adalah perdarahan. Sebanyak 80% kematian ibu di dunia disebabkan karena perdarahan berat (paling sering perdarahan pasca persalinan), infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia) serta aborsi yang tidak aman.^{1,3} Perdarahan pasca persalinan adalah penyebab utama kematian ibu di negara berkembang dan penyebab primer dari hampir seluruh kematian ibu secara global.⁵ Perdarahan pasca persalinan didefinisikan oleh WHO sebagai keadaan kehilangan darah >500 ml pada 24 jam setelah melahirkan.⁶ Beberapa pengertian lain menyebutkan >500 ml merupakan jumlah darah yang hilang melalui persalinan normal, sedangkan >1000 ml pada seksio caesarea.^{6,7} Empat puluh persen kematian karena perdarahan pasca persalinan terjadi pada 24 jam pertama dan 66% terjadi saat minggu pertama.⁸ Perdarahan pasca persalinan disebabkan oleh 4T, yaitu Tonus (atonia uteri), Tissue (retensio plasenta dan bekuan darah), Trauma (robekan jalan lahir), dan Thrombin (gangguan pembekuan darah).^{1,2,5,9} Atonia uteri merupakan penyebab umum perdarahan pasca persalinan yang didefinisikan sebagai berkurangnya/tidak adanya kontraksi uterus yang adekuat setelah lepasnya plasenta.¹⁰

Atonia uteri menjadi penyebab paling sering kematian ibu oleh perdarahan pasca persalinan yaitu sekitar 75-90%.⁵ Atonia uteri bisa disebabkan karena overdistensi uterus (polihidramnion, bayi kembar, makrosomia), kelelahan (proses melahirkan yang lama), atau tidak bisa kontraksi karena tokolitik atau anastesi general.⁶ Pada perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh atonia uteri biasanya ditemukan uterus yang lembut dan perdarahan pervaginam.⁶ Hematom bisa timbul sebagai nyeri atau perubahan tanda vital yang tidak sesuai dengan kehilangan darah.¹¹ Kebanyakan retroperitoneal hematom timbul 24 jam pasca melahirkan dan bisa disertai dengan demam, ileus, nyeri paha, dan edem ekstremitas inferior.⁶ Komplikasi yang dapat terjadi akibat perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh atonia uteri adalah syok hipovolemik hingga kematian.

Kasus

Ny. RF, usia 36 tahun, P3A0, datang ke IGD Rumah Sakit Abdul Moeloek (RSAM) pada tanggal 23 November 2021 dengan keluhan mengalami perdarahan setelah melahirkan pervaginam ± 2 jam sebelum masuk rumah sakit. Pasien sebelumnya datang ke bidan untuk melahirkan dengan usia kehamilan 37 minggu. Pasien dipimpin melakukan persalinan secara pervaginam oleh bidan dengan dilakukan episiotomi. Pasien melahirkan bayi laki-laki dengan berat badan lahir 3700 gram. Menurut pengakuan bidan, setelah bayi dan plasenta dilahirkan ibu mengalami ruptur perineum grade 2 namun sudah diatasi dengan penjahitan. Saat dilakukan penjahitan jalan lahir oleh bidan, darah masih terus menerus mengalir. Pasien masih mengalami pendarahan yang menyembur dan pendarahan terjadi secara terus menerus mengalir dari jalan lahir saat setelah persalinan dan penjahitan luka episiotomi selesai. Suami pasien mengatakan darah terus menerus keluar selama di tempat bidan sebanyak ±1000 cc, kemudian pasien dilakukan stabilisasi oleh bidan dan dirujuk ke RS Abdul Moeloek (RSAM). Saat perjalanan hingga sampai di rumah sakit, pasien mengatakan pendarahan sudah berkurang sebanyak dua pembalut. Pasien tidak pernah mengalami hal serupa pada kehamilan sebelumnya. Pasien juga tidak memiliki riwayat penyakit pada keluarga. Pasien mengalami haid pertama kali (*menarche*) pada usia 11 tahun dengan siklus 28 hari teratur, lama menstruasi 7 hari dengan jumlah perdarahan yang normal. Hari pertama haid terakhir pasien 24 Februari 2021. Kehamilan ini adalah kehamilan ketiga pasien. Kehamilan pertama pasien pada tahun 2010 dengan persalinan spontan pervaginam pada usia kehamilan 39 minggu. Kehamilan kedua pasien pada tahun 2014 dengan persalinan pada usia kehamilan 38 minggu. Pasien mengaku tidak rutin melakukan pemeriksaan antenatal di puskesmas atau bidan setiap bulan.

Pasien menikah pertama kali pada usia 24 tahun. Pasien pernah memakai kontrasepsi suntik setiap 3 bulan sekali selama 11 tahun terakhir. Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan kesadaran komposmentis. Tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, suhu 36,7 °C, frekuensi nafas 20x/menit, tinggi badan (TB) 160 cm, berat badan (BB) 57 kg. Status generalis pasien didapatkan kepala,

hidung, mulut, leher, jantung dan paru pasien dalam batas normal. Pada pemeriksaan obstetri, tinggi fundus uteri didapatkan setinggi pusat dan teraba lembek. Pemeriksaan inspekulo menunjukkan portio livid dengan posisi anterior, OUE tertutup, fluxus (-), perdarahan aktif (-). Pasien diberikan uterotonika berupa oksitosin 10 UI secara drip 30 tetes per menit dalam Ringer Lactate 500 cc dan tablet misoprostol 3x200 mcg per rectal dan pendarahan teratasi.

Pasien melakukan pemeriksaan darah lengkap dan diperoleh nilai hemoglobin 9,4 gr/dL; leukosit 21.700 /uL; eritrosit 3,1 juta/uL; hematokrit 28%; trombosit 250.000/mL; MCV 90 fL; MCH 31 pg; MCHC 34 g/dL; CT 10 menit; BT 3 menit; kalsium 7,6 mg/dL; klorida 106 mmol/L.

Pembahasan

Pasien datang dengan keluhan perdarahan setelah melahirkan pervaginam ± 2 jam sebelum masuk rumah sakit. Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan kesadaran komposmentis. Tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, suhu 36,7 °C, status generalis pasien didapatkan kepala, hidung, mulut, leher, jantung, dan paru pasien dalam batas normal. Pada pemeriksaan obstetri, tinggi fundus uteri didapatkan setinggi pusat dan teraba lembek. Pasien diberikan uterotonika berupa oksitosin 10 UI secara drip 30 tetes per menit dalam Ringer Lactate 500 cc dan tablet misoprostol 3x200 mcg per rectal dan pendarahan teratasi.

Perdarahan pasca persalinan adalah keadaan kehilangan darah >500 ml melalui persalinan per vaginam, atau >1000 ml pada seksio caesarea setelah melahirkan.^{6,7} Perdarahan pasca persalinan berdasarkan onset terjadinya terbagi menjadi 2, yaitu *early hemorrhagic post partum* (perdarahan terjadi segera setelah persalinan) dan *late hemorrhagic post partum* (perdarahan terjadi lebih dari 24 jam hingga 12 minggu pasca persalinan). Perdarahan pasca persalinan primer disebabkan oleh 4T, yaitu tonus (atonia uteri), tissue (retensio plasenta dan bekuan darah), trauma (robekan jalan lahir), dan thrombin (gangguan pembekuan darah).^{1,2,5,9}

Atonia uteri merupakan penyebab umum pendarahan pasca persalinan yang didefinisikan

sebagai berkurangnya/tidak adanya kontraksi uterus yang adekuat setelah lepasnya plasenta. Atonia uteri menjadi penyebab paling sering kematian ibu oleh perdarahan pasca persalinan yaitu sekitar 75-90%.⁵ Atonia uteri bisa disebabkan karena overdistensi uterus (polihidramnion, bayi kembar, makrosomia), kelelahan (proses melahirkan yang lama), atau tidak bisa kontraksi karena tokolitik atau anestesi general.⁶ Pada pendarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh atonia uteri biasanya ditemukan uterus yang lembut dan pendarahan pervaginam.⁶ Hematom bisa timbul sebagai nyeri atau perubahan tanda vital yang tidak sesuai dengan kehilangan darah.¹¹ Hematom retroperitoneal dapat timbul 24 jam pasca melahirkan dan bisa disertai dengan demam, ileus, nyeri paha, dan edem ekstremitas inferior.⁶

Diagnosis atonia uteri dapat ditegakkan apabila terdapat perdarahan aktif, banyak dan bergumpal, dan pada palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi atau diatas pusat dengan kontraksi yang lembek setelah plasenta lahir.³ Adanya kehilangan darah yang lebih banyak dari biasanya dan adanya uterus yang lembek dan membesar yang mungkin terdapat darah di dalamnya. Pada bagian fundus memiliki kontraksi yang lebih baik dibandingkan dengan segmen bawah Rahim yang mengalami dilatasi dan atonia. Kondisi tersebut dapat diketahui melalui pemeriksaan *vaginal toucher*.⁸

Gejala yang dialami oleh pasien yaitu segera setelah persalinan selesai terjadi perdarahan yang menyembur dan perdarahan terjadi secara terus menerus mengalir dari jalan lahir dan uterus teraba lembek. Faktor predisposisi perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri adalah regangan rahim berlebihan karena kehamilan gemelli, polihidramnion, atau anak terlalu besar, fibroid uterus, adanya indikasi infus MgSO₄, penggunaan oksitosin secara terus menerus, pengeluaran plasenta secara manual, pemberian anestesi yang dalam, usia ibu >35 tahun, kelelahan karena persalinan lama atau persalinan kasep, partus precipitatus, kehamilan grande-multipara, ibu dengan keadaan umum yang tidak baik, terdapat tanda anemis, menderita penyakit kronik, mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim, korioamnionitis, dan ada riwayat pernah atonia uteri sebelumnya. Faktor risiko lainnya

yaitu adanya sisa jaringan plasenta yang tertinggal, gangguan perlekatan plasenta, plasenta previa, solusio plasenta, koagulopati, dan inversion uteri, serta adanya BMI yang meningkat ($>40 \text{ kg/m}^2$).^{8,10} Faktor risiko yang terdapat pada pasien yaitu usia ibu >35 tahun dan bayi besar yaitu dengan berat badan 3.700 gram.

Manifestasi klinis perdarahan pasca persalinan berdasarkan gejala fisik dan jumlah kehilangan darahnya dibagi menjadi syok tekompensasi, syok derajat ringan, sedang, dan berat. Derajat syok tekompensasi bila tekanan darah sistol normal, tanda dan gejala palpitasi, pusing, takikardi, dan estimasi kehilangan darah 500 – 1.000 ml. Syok derajat sedang apabila tekanan darah sistol 80 – 100 mmHg, tanda dan gejala kelemahan, berkeringat, takikardi, dan estimasi kehilangan darah 1.000 – 1.500 ml. Syok derajat sedang apabila tekanan darah sistol 70 – 80 mmHg, tanda dan gejala gelisah, pucat, oliguria, dan estimasi kehilangan darah 1.500 – 2.000 ml. Syok derajat berat apabila tekanan darah sistol 50 – 70 mmHg, tanda dan gejala anuria dan penurunan kesadaran, serta estimasi kehilangan darah 2.000 – 3.000 ml.¹² Pasien ini memiliki tekanan darah 110/70 mmHg dan nadi 92x/menit dengan keadaan umum tampak sakit sedang dan kesadaran kompos mentis sehingga pasien tidak mengalami syok.

Untuk menurunkan risiko perdarahan pasca persalinan yaitu memastikan plasenta lahir lengkap, lakukan penjahitan robekan perineum dan vagina, menilai tonus uterus tiap 15 menit hingga 30 menit, dan masase jika tonus kurang adekuat, serta ajarkan pasien untuk masase. Mendukung secara aktif untuk berkemih segera setelah melahirkan dan mendukung pelepasan oksitosin alamiah dengan menjaga pasien tetap hangat dan tenang, membantu pemberian ASI segera, serta memfasilitasi kontak kulit-kulit ibu dengan bayi.¹²

Pada ibu dengan risiko perdarahan pasca persalinan antepartum atau intrapartum, pengurangan risiko dapat dilakukan dengan pertimbangkan profilaksis infus oksitosin pasca persalinan. Inisiasi menyusui dini membatasi penggunaan profilaksis misoprostol per rektal sebagai lini kedua terapi perdarahan pasca persalinan. Lalu observasi tiap 15 menit hingga

1 jam pasca persalinan, waspadai dengan tanda-tanda awal syok hipovolemik dan pertahankan akses IV sampai 24 jam pasca persalinan.¹³ Untuk mengurangi risiko perdarahan pasca persalinan pada seksio sesaria elektif berikan infus oksitosin 10 IU dalam 500 cc kristaloid.¹²

Risiko perdarahan pasca persalinan dapat dikurangi dengan pengenalan tanda awal hematom pasca persalinan. Tanda – tandanya yaitu nyeri yang berlebihan atau persisten, syok hipovolemik tidak sesuai dengan perdarahan yang terlihat, rasa tekanan pada pelvis atau retensio urin. Resusitasi dapat dilakukan keperluan dan pemeriksaan vaginal/rektal dilakukan untuk menentukan lokasi dan perluasan dan pertimbangan transfer ke ruang operasi untuk evakuasi bekuan, repair primer dan/atau hemostasis pembuluh darah.

Penentuan klasifikasi kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi harus diperhatikan untuk memudahkan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan. Antisipasi terhadap pencegahan perdarahan pasca persalinan dapat dilakukan dengan persiapan sebelum hamil untuk memperbaiki keadaan umum dan mengatasi setiap penyakit kronis, anemia, dan lain-lain sehingga pada saat hamil dan persalinan, pasien tersebut ada dalam keadaan optimal. Mengenali faktor predisposisi perdarahan pasca persalinan seperti multiparitas, anak besar, hamil kembar, polihidramnion, bekas seksio sesaria, adanya riwayat perdarahan pasca persalinan sebelumnya, dan kehamilan risiko tinggi lainnya. Persalinan harus selesai dalam waktu 24 jam dan pencegahan partus lama. Kehamilan risiko tinggi agar melahirkan di fasilitas rumah sakit rujukan. Kehamilan risiko rendah agar melahirkan di tenaga kesehatan terlatih untuk menghindari persalinan dukun, dan menguasai langkah-langkah pertolongan pertama menghadapi perdarahan pasca persalinan dan mengadakan rujukan sebagaimana mestinya.³

Rekomendasi observasi pasca persalinan menurut POGI pada 2016 disebutkan bahwa untuk persalinan normal risiko rendah, dalam 2 jam pertama pasca persalinan yaitu memantau temperatur dalam 1 jam pertama, nadi, respirasi, tekanan darah sebanyak 1x, penilaian fundus/loka tiap $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ jam, penilaian nyeri,

output urine dalam 2 jam pertama, jika ada indikasi lanjutkan monitor nadi, respirasi, dan tekanan darah. Observasi pasca persalinan pada perempuan risiko tinggi selama 1 jam pasca persalinan yaitu periksa temperatur setiap ½ jam, nadi, respirasi, tekanan darah setiap ¼ jam atau sesuai indikasi, penilaian fundus/lochia tiap ¼ - ½ jam, penilaian nyeri, output urine dalam 2 jam pertama, setelah jam pertama, lanjutkan sesuai indikasi klinis.¹²

Penatalaksanaan perdarahan pasca persalinan dilakukan dengan prinsip 'HAEMOSTASIS', yang terdiri atas *ask for help, assess (vital parameter, blood loss) and resuscitate, establish aetiology, ensure availability of blood, echolics (oxytocin, ergometrin, or syntometrine bolus IV/IM), massage the uterus, oxytocin infusion/prostaglandin IV/per-rectal/IM/ intramyometrial, shift to theatre-exclude retained products and trauma/bimanual compression, tamponade balloon/uterine packing, apply compression sutures-B-Lynch/modified, systematic pelvic devascularization – uterine /ovarium/quadruple / internal iliac / interventional radiologis, if appropriate, uterine artery embolization, subtotal/total abdominal hysterectomy.*¹²

Pada pasien atonia uteri, dapat dilakukan penatalaksanaan yaitu dengan sikap Trendelenburg, memasang *venous line*, dan memberikan oksigen, sekaligus merangsang kontraksi uterus dengan cara masase fundus uteri dan merangsang puting susu, pemberian oksitosin dan turunan ergot melalui suntikan IM/IV/SC, memberikan derivat prostaglandin F2α (carboprost tromethamine) yang kadang memberikan efek samping berupa diare, hipertensi, mual muntah, febris, dan takikardia, pemberian misoprostol 800 – 1.000 µg per rektal, kompresi bimanual eksternal dan/atau internal, kompresi aorta abdominalis, pemasangan "tampon kondom", kondom dalam kavum uteri disambung dengan kateter, difiksasi dengan karet gelang dan diisi cairan infus 200 ml yang akan mengurangi perdarahan dan menghindari tindakan operatif. Namun, tindakan memasang tampon kasa utero-vaginal tidak dianjurkan dan hanya bersifat temporer sebelum tindakan bedah ke rumah sakit rujukan. Bila semua tindakan itu gagal, maka dipersiapkan untuk dilakukan tindakan operatif

laparotomi dengan pilihan bedah konservatif (mempertahankan uterus) atau melakukan histerektomi. Alternatifnya berupa: ligase arteri uterine, atau arteria ovarika, operasi ransel B Lynch, histerektomi supravaginal, dan histerektomi total abdominal.³

Penanganan untuk perdarahan pasca persalinan sangat menentukan keselamatan ibu setelah persalinan. Pada tahun 2011, WHO mengeluarkan "Priority Medicines for Maternal and Child Health" yang termasuk di antaranya adalah obat uterotonika untuk penanganan perdarahan pasca persalinan karena atonia uteri (Tabel 1).¹² Uterotonika yang dapat digunakan berupa misoprostol, oksitosin, methyl-ergometrine dan ergometrine-oxytocin. Penelitian di India membandingkan penggunaan misoprostol, oxytocin, methyl-ergometrine dan ergometrine-oxytocin untuk mengurangi perdarahan, dengan methyl-ergometrine merupakan obat yang paling efektif.¹⁰ Namun, penggunaan ergometrine telah dibatasi karena efek sampingnya sehingga oksitosin menjadi uterotonika yang paling disarankan. Misoprostol oral (prostaglandin E1 analog) digunakan sebagai alternatif penanganan perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri. Berdasarkan data tahun 2010 di Nigeria, tidak ada perbedaan yang signifikan antara pemberian oral misoprostol dan oksitosin per intramuskular. Keduanya dinyatakan memiliki efektifitas yang sama untuk penanganan perdarahan pasca persalinan.¹⁴

Memilih uterotonika yang sesuai dan melakukan pemijatan uteri adalah langkah awal yang baik. Selanjutnya, cara pemberian dan dosis pemberian juga harus diperhitungkan dengan tepat (Tabel 2).

Tabel 1. Obat-obatan untuk untuk pendarahan pasca persalinan¹²

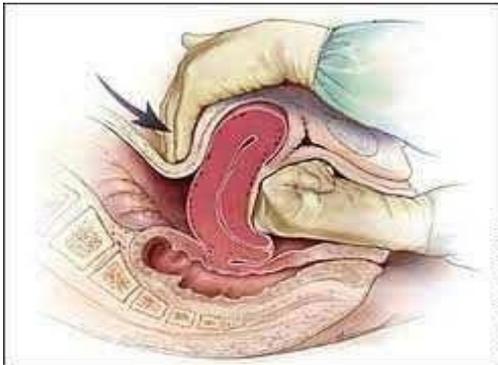
Obat	Sediaan Obat
Oksitosin	Injeksi 10 UI atau 10 UI/ml
Misoprostol	Tablet
Sodium chloride	Injeksi
Sodium lactate (Ringer's Lactate) (Hartman's)	Injeksi

Tabel 2. Pilihan Uterotonika dan Dosis³

Obat	Dosis
Oksitosin	Bolus 0.5-1 unit, infus 20-160 unit/liter

Methergine	0.1-0.2 mg i.m.
15-methyl PGF _{2α}	250 µg i.m. tiap 15 menit. Maximal 2 mg
Misoprostol	1000 µg per rektal
Misoprostol (profilaksis)	200 µg buccal
Prostaglandin E2	20 mg per rektal

Bila upaya penanganan awal gagal, kompresi bimanual harus terus dilakukan, berikan uterotonik kembali, panggil bantuan untuk penanganan selanjutnya. Kompresi uteri bimanual dilakukan dengan meletakkan satu tangan di vagina dan menekan badan uterus sementara tangan lainnya menekan fundus dari dinding abdominal di atas. Bagian posterior uterus dipijat oleh tangan di abdominal dan bagian anterior oleh tangan di vagina (Gambar 1).¹⁵



Gambar 1. Kompresi Bimanual Uterus¹⁵

Simpulan

Perdarahan pasca persalinan merupakan keadaan kehilangan darah >500 ml melalui persalinan per vaginam, atau >1000 ml pada seksio caesarea setelah melahirkan. Atonia merupakan kondisi berkurangnya/tidak adanya kontraksi uterus yang adekuat setelah lepasnya plasenta dari tempat implantasinya. Pasien diberikan tatalaksana berupa oksitosin dan misoprostol dan perdarahan berhasil teratasi.

Daftar Pustaka

1. Destariyani E. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kala II Lama. *J Media Kesehatan*. 2016;9(1):001-113.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. *Obstetri Williams*. Edisi ke-23. Jakarta: EGC; 2016.
3. Prawirodiharjo S. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka; 2016.

4. Luthfiana N, Sari RDP, Yudho A. Penatalaksanaan Ekstraksi Vakum pada Multigravida dengan Riwayat Seksio Sesarea Atas Indikasi Letak Lintang. *Medula*. 2019;8(2):89.
5. Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstetrics & Gynecology*. 1997;90(6):907-910.
6. Mannuaba, Chandranita M, Fajar M. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC; 2017.
7. Bateman BT, Berman MF, Riley LE, Leffert LR. The Epidemiology of Postpartum Hemorrhage in a Large, Nationwide Sample of Deliveries. *Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology*. 2010;110(5):1368-73.
8. Gill P, Patel A, Van Hook JW. Uterine Atony [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021 [diperbarui tanggal 2 November 2021, disitasi tanggal 18 Desember 2021]. Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493238/>.2020.
9. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Definition of Term Pregnancy*. America: The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017.
10. Breathnach F, Geary M. Uterine Atony: Definition, Prevention, Nonsurgical management, and uterine tamponade. *Semin Perinatology*. 2009;33(2):82-7.
11. Gohil JT, Tripathi B. A Study to Compare the Efficacy of Misoprostol, Oxytocin, Methylergometrine and Ergometrine-Oxytocin in Reducing Blood Loss in Active Management of 3rd Stage of Labor. *J Obstet Gynaecol India*. 2011;61(4):408-12.
12. *Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Perdarahan Pasca-Salin*. Himpunan Kedokteran Feto Maternal; 2016.
13. Hill S, Yang A, Bero L. Priority Medicines for Maternal and Child Health: A Global Survey of National Essential Medicines Lists. *PLoS ONE*. 2012;7(5):e38055.
14. Afolabi EO, Kuti O, Orji EO, Ogunniyi SO. Oral Misoprostol Versus Intramuscular Oxyocin in the Active Management of the

- Third Stage of Labour. Singapore Med J. 2010;51(3):207-11.
15. Anderson JM, Etches D. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. Am Fam Physicians. 2007;75(6):875-82.