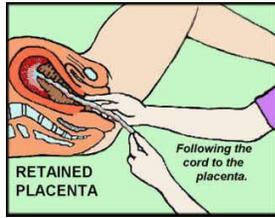


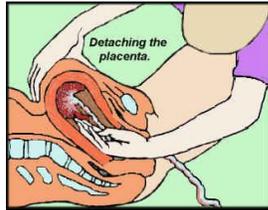
		BAGIAN PELAYANAN MEDIS	
		PLASENTA MANUAL	
<i>PROSEDUR TETAP</i>	No.Dokumen	Revisi 0	Halaman
	A.19.		1 dari 1
	Tanggal Terbit :	Ditetapkan, Direktur	
<i>Pengertian</i>	Prosedur pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding uterus dan mengeluarkan dari kavum uteri secara manual. Arti dari manual adalah dengan melakukan tindakan invasi dan manipulasi tangan penolong persalinan yang dimasukkan langsung ke dalam kavum uteri		
<i>Tujuan</i>	Untuk melahirkan plasenta secara manual		
<i>Kebijakan</i>			
<i>Kompetensi</i>	3		

Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> • Kaji ulang indikasi • Persetujuan tindakan medis • Kaji ulang prinsip dasar perawatan dan pasang infus • Berikan sedative dan analgetika (misalnya, petidin, dan diazepam I.V – jangan di campur dalam semprit yang sama) atau ketamin • Beri antibiotika dosis tunggal (profilaksis) : <ul style="list-style-type: none"> - Ampisilin 2g I.V DITAMBAH metronidazol 500mg I.V. - ATAU sefazolin 1g I.V. DITAMBAH metronidazol 500 mg I.V. • Pasang sarun tangan DIT • Jepit tali pusat dengan kokher dan tegangkan sejajar lantai • Masukkan tangan secara obstetric dengan menelusuri bagian bawah tali pusat • Tangan sebelah menyusuri tali pusat masuk ke dalam kavum uteri, sementara itu tangan yang sebelah lagi menahan fundus uteri, sekaligus mencegah inversion uteri • Dengan bagian lateral jari-jari tangan dicari insersi pinggir plasenta • Buka tangan obstetric menjadi seperti member salam, jari-jari dirapatkan • Tentukan implantasi, temukan tepi plasenta yang paling bawah • Gerakan tangan kanan ke kiri dan kanan sambil bergeser ke cranial sehingga semua permukaan maternal plasenta dapat dilepaskan • Jika plasenta tidak dapat dilepaskan dari permukaan uterus, kemungkinan plasenta akreta, dan disiapkan laparotomi untuk histerektomi supravaginal • Pegang plasenta dan keluarkan tangan bersama plasenta • Pindahkan tangan luar ke suprasimfisis untuk menahan uterus saat plasenta dikeluarkan • Eksplotasi untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus • Beri oksitosin 10 IU dalam 500 ml cairan I.V. (garam fisiologik atau Ringer Laktat) 600 tetes/menit dan masase uterus untuk merangsang kontraksi • Jika masih berdarah banyak , beri ergometrin 0,2 mg I.M atau prostaglandin • Periksa apakah plasenta lengkap atau tidak. Jika tidak lengkap , lakukan eksplorasi kedalam kavum uteri • Periksa dan perbaiki robekan serviks, vagina, atau episiotomy
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kamar bersalin 2. UGD 3. Farmasi 4. Keperawatan 5. ICU
Asuhan Kefarmasian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan obat sesuai dengan resep dokter 2. Melakukan pengkajian obat secara rutin 3. Melakukan analisa: indikasi obat, dosis, aturan pakai, potensi efek samping obat dan hal lain tentang status klinik dan obat pasien berdasarkan rekam medik penderita 4. Membuat formulasi usulan dan rekomendasi yang diperlukan terkait dengan drug related problem yang ditemukan dalam kegiatan analisa sebelumnya dengan menggunakan formulir penanganan DRP

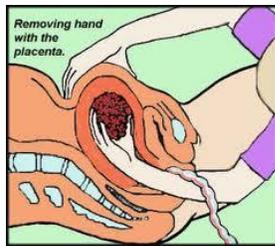
Langkah Singkat



1. Tangan kanan menyusuri tali pusat masuk ke kavum uteri untuk menemukan plasenta



2. Mencoba melepaskan plasenta dari implantasinya dengan menyusuri tepi plasenta dari sisi ulnar Tangan kiri menekan fundus uteri untuk menemukan plasenta



3. Tangan kanan memegang plasenta dan mengeluarkan dari kavum uteri. Tangan kiri menekan fundus uteri

Kepustakaan

		BAGIAN PELAYANAN MEDIS		
		Kompresi Bimanual (eksterna, interna, aorta)		
<i>PROSEDUR TETAP</i>	No.Dokumen	Revisi 0	Halaman	
	A.19.		1 dari 1	
	Tanggal Terbit :	Ditetapkan, Direktur		
<i>Pengertian</i>	<p>1. Kompresi bimanual eksternal Adalah tindakan meremas uterus melalui dinding abdomen dengan jalan menjepitnya diantara kedua belah telapak tangan yang melingkupi uterus.</p> <p>1. Kompresi bimanual internal Adalah tindakan dimana uterus dijepit telapak tangan yang menekan bagian posterior uterus melalui dinding abdomen dan kepalan tangan dalam sebagai upaya untuk menjepit pembuluh darah di dalam miometriu, (sebagai pengganti mekanisme kontraksi).</p> <p>2. Kompresi aorta abdominalis Adalah tindakan menekan aorta abdominalis melalui dinding abdomen pada daerah umbilikus, tegak lurus dengan sumbu badan, hingga mencapai kolumna vertebralis). penekanan yang tepat, akan menghentikan atau sangat mengurangi denyut arteri femoralis.</p>			
<i>Tujuan</i>	Untuk menghentikan perdarahan post partum			
<i>Kebijakan</i>				
<i>Kompetensi</i>	3			

Prosedur

LANGKAH KLINIK

A. PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

B. PERSIAPAN SEBELUM TINDAKAN (Pasien dan Penolong)

C. PENCEGAHAN INFEKSI SEBELUM TINDAKAN

D. TINDAKAN

1. kosongkan kandung kemih
2. lakukan pemeriksaan dengan benar sehingga dapat dipastikan bahwa perdarahan ini disebabkan oleh atonia uteri
3. patikan tetesan cairan infus yang berisi oksitosin 20IU berjalan dengan baik dan ergometrin 0,4 mg (perhatikan kontraindikasi) sudah diberikan secara intramuskuler.

Tambahkan misoprostol apabila kontraksi uterus kurang memadai

E. KOMPRESI BIMANUAL EKSTERNAL

1. Penolong berdiri menghadap pada sisi kanan ibu
2. Tekan ujung jari telunjuk, tengah dan manis satu tangan diantara simfisis dan umbilikus pada korpus depan bawah sehingga fundus uteri naik ke arah dinding abdomen
3. Letakkan sejauh mungkin, telapak tangan lain di korpus uteri bagian belakang dan dorong uterus ke arah depan (ventral)
4. Geser perlahan-lahan ujung ketiga jari tangan pertama ke arah fundus sehingga telapak tangan dapat menekan korpus uteri bagian depan
5. Lakukan kompresi korpus uteri dengan jalan menekan dinding belakang dan dinding depan uterus dengan telapak tangankiri dan kanan (mendekatkan tangan belakang dan depan)
6. Perhatikan perdarahan per vaginam. Bila perdarahan berhenti, pertahankan posisi tersebut hingga uterus dapat berkontraksi dengan baik. Bila perdarahan belum berhenti, lanjutkan ke langkah berikutnya (F)

F. KOMPRESI BIMANUAL ENTERNAL

1. Penolong berdiri di depan vulva. Basahi tangan kanan dengan larutan antiseptik. Dengan ibu jari dan telunjuk, sisihkan kedua labium mayus ke lateral.
2. Masukkan tangan lain secara obstetrik melalui introitus kedalam lumen vagina. (Bila diperlukan, beri analgetika)
3. Ubah tangan obstetrik menjadi kepalan dan letakkan dataran punggung jari telunjuk hingga kelingking pada forniks anterior dan dorong segmen bawah uterus ke kornia anterior.
4. Letakkan telapak tangan luar pada dinding perut dan upayakan untuk mencakup bagian belakang korpus uteri seluas/sebanyak mungkin.
5. Lakukan kompresi uterus dengan jalan mendekatkan telapak tangan luar dengan kepalan tangan dalam pada forniks anterior
6. Bila perdarahan berhenti, pertahankan posisi demikian hingga kontraksi uterus membaik kemudian lanjutkan ke langkah 7. Bila perdarahan belum berhenti, lanjutkan ke tindakan berikutnya (g).
7. Keluarkan (perlahan-lahan) tangan kanan dengan mengubah kepalan menjadi tangan obstetrik.

8. Masukkan kedua tangan ke dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%, bersihkan sarung tangan dari darah atau cairan tubuh pasien
9. Lepaskan sarung tangan secara terbalik dan rendam dalam wadah tersebut
10. Cuci tangan dengan air dan sabun. Keringkan tangan dengan handuk bersih dan kering.
11. Pakai sarung tangan dtt yang baru secara benar

G. KOMPRESI AORTA ABDOMINALIS

1. baringkan ibu diatas ranjang, penolong menghadap sisi kanan pasien. atur posisi penolong sehingga pasien berada pada ketinggian yang sama dengan pinggul penolong.
2. tungkai diletakkan pada dasar yang rata (tidak menggunakan penopang kaki) dengan sedikit fleksi pada artikulasio coxae
3. raba pulsasi arteri remoralis dengan jalan meletakkan ujung jari telunjuk dan tengah tangan kanan pada lipat paha, yaitu pada perpotongan garis lipat paha dengan garis horisontal yang melalui titik 1 sentimeter diatas dan sejajar dengan tepi atas simfisis ossium pubis. pastikan pulsasi arteri tersebut teraba dengan baik.
4. setelah pulsasi dikenali, jangan pindahkan kedua ujung jari dari titik pulsasi tersebut.
5. kepalkan tangan kiri dan tekankan bagian punggung jari telunjuk, tengah, manis, dan kelingking pada umbilikus ke arah kolumna vertebralis dengan dengan arah tegak lurus.
6. dorongan kepalan tangan kanan akan mengenai bagian yang keras di bagian tenga/sumbu badan ibu dan apabila tekanan kepalan tangan kiri mencapai aorta abdominalis maka pulsasi arteri femoralis (yang dapat dipantau dengan ujung jari telunjuk dan tengah tangan kanan) akan berkurang/terhenti (tergantung dari derajat tekanan pada aorta)
7. perhatikan perubahan perdarahan per vaginam (kaitkan dengan perubahan pulsasi arteri femoralis)

perhatikan:

- ✓ bila perdarahn berhenti sedangkan uterus **tidak berkontraksi** dengan baik, usahakan pemberian preparat **prostaglandin**. Bila bahan tersebut tidak tersedia atau uterus tetap tidak adapat berkontraksi setelah pemberian prostaglandin, pertahankan posisi demikian hingga pasien dapat mencapai fasilitas rujukan.
 - ✓ bila kompresi membaik tetapi **perdarahan** masih berlangsung maka lakukan **kompresi eksternal** dan pertahankan posisi demikian hingga pasien mencapai fasilitas rujukan.
 - ✓ bila **kompresi sulit** untuk dilakukan secara terus menerus maka lakukan pemasangan **tampon padat utero-vaginal**, pasang gurita ibu dengan kencang dan lakukan rujukan
 - ✓ **kompresi baru dilepaskan bila perdarahan berhenti dan uterus berkontraksi dengan baik.** teruskan pemberian uterotronika.
8. bila perdarahan berkurang atau berhenti, pertahankan posisi tersebut dan lakukan pemijatan uterus (oleh asisten) hingga uterus berkontraksi dengan baik (lanjutkan ke langkah 1)

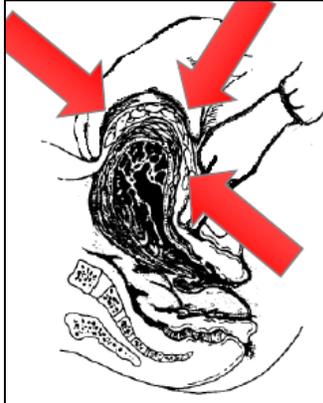
H. PENCEGAHAN INFEKSI PASCATINDAKAN

I. PERAWATAN LANJUTAN

1. perhatikan tanda vital, perdarahan dan kontraksi uterus tiap 10 menit dalam 2 jam pertama
2. tuliskan instruksi perawatan lanjutan, buat catatan kondisi pasien dan pemantauan pasca tindakan
3. jelaskan pada yang merawat tentang pengobatan yang diberikan, jadwal pemantauan dan gejala-gejala yang harus diwaspadai

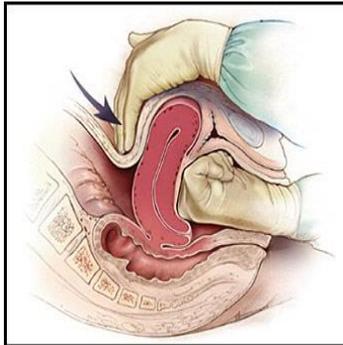
*Langkah
Singkat*

1. Kompresi bimanual eksternal



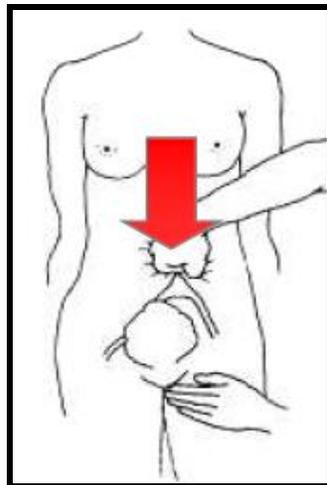
Uterus diremas melalui dinding abdomen dengan jalan menjepitnya diantara kedua belah telapak tangan yang melingkupi uterus. Pantau aliran darah yang keluar. Bila perdarahan berkurang, kompresi diteruskan, pertahankan hingga uterus dapat kembali berkontraksi atau dilakukan tindakan operatif. apabila upaya ini belum berhasil, coba dengan kompresi bimanual internal.

2. Kompresi bimanual internal



Uterus dijepit telapak tangan yang menekan bagian posterior uterus melalui dinding abdomen dan kepalan tangan dalam sebagai upaya untuk menjepit pembuluh darah di dalam miometriu, Bila perdarahan berkurang atau berhenti, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali dan bila tindakan tidak efektif, lakukan kompresi aorta abdominalis

3. Kompresi bimanual internal



Tindakan lanjutan apabila kompresi bimanual internal tidak efektif. Langkah pertama yang dilakukan ialah meraba arteri femoralis dengan ujung jari tangan kiri dan pertahankan posisi ini untuk memantau keberhasilan kompresi aorta abdominalis dengan kepalan 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.

Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kamar bersalin 2. UGD 3. ICU 4. Farmasi 5. Keperawatan
Asuhan Kefarmasian	
Kepustakaan	PAKET PELATIHAN PELAYANAN OBSTETRI DAN NEONATAL EMERGENSI KOMPREHENSIF (PONEK) ASUHAN OBSTETRI ESENSIAL, Protokol bagi tenaga kesehatan (Dokter, Bidan, dan Perawat), 2008

	BAGIAN PELAYANAN MEDIS		
	PERTOLONGAN DISTOSIA BAHU		
<i>PROSEDUR TETAP</i>	No.Dokumen	Revisi 0	Halaman
	A.19.		1 dari 1
	Tanggal Terbit :		Ditetapkan, Direktur
Pengertian	<ul style="list-style-type: none"> • Tertahannya bahu depan diatas simfisis • Ketidakmampuan melahirkan bahu pada persalinan normal <p>Diagnosis ditegakkan bila</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepala bayi melekat pada perineum, ('turtle' sign) • Kala II persalinan yang memanjang Gagal untuk lahir walau dengan usaha maksimal dan gerakan yang benar 		
Tujuan	Untuk melepaskan jepitan bahu pada simfisis		

<i>Kebijakan</i>	Syarat: <ul style="list-style-type: none">• Kondisi fital ibu cukup memadai sehingga dapat bekerjasama untuk menyelesaikan persalinan• Masih memiliki kemampuan untuk meneran• Jalan lahir dan pintu bawah panggul memadai untuk akomodasi tubuh bayi• Bayi masih hidup atau diharapkan dapat bertahan hidup• Bukan monstrum atau kelainan kongenital yang menghalangi keluarnya bayi n distosia bahu
<i>Kompetensi</i>	

MANUEVER "CORKSCREW" WOODS

LANGKAH KLINIK

A. ANASTESI LOKAL DAN EPISIOTOMI

1. Tempatkan jari telunjuk dan jari tengah (dari tangan kiri anda) antara kepala bayi dan perineum. Hal ini sangat penting untuk mencegah jarum suntik mengenai kepala bayi yang dapat menyebabkan kematian bayi.
2. Masukkan jarum secara subkutan, mulai komisura posterior, menelusuri sepanjang perineum dengan sudut 45° ke arah kanan ibu (tempat akan dilakukan episiotomi)
3. Aspirasi untuk memastikan ujung jarum tidak memasuki pembuluh darah. Apabila pada aspirasi terdapat cairan darah, tarik jarum sedikit dan kembali masukkan dengan arah yang berbeda. Kemudian, ulangi lagi prosedur aspirasi.
✓ : injeksi bahan anastesi ke dalam pembuluh darah, dapat menyebabkan detak jantung tidak teratur atau konfusi.
4. Suntikkan bahan anastesi (lidokain 1%) 5-10 ml sambil menarik jarum keluar
5. Tekan tempat infiltrasi agar anastesi menyebar. Untuk hasil yang optimal tunggu 1-2 menit sebelum melakukan episiotomi

B. MANUEVER "CORKSCREW" WOODS

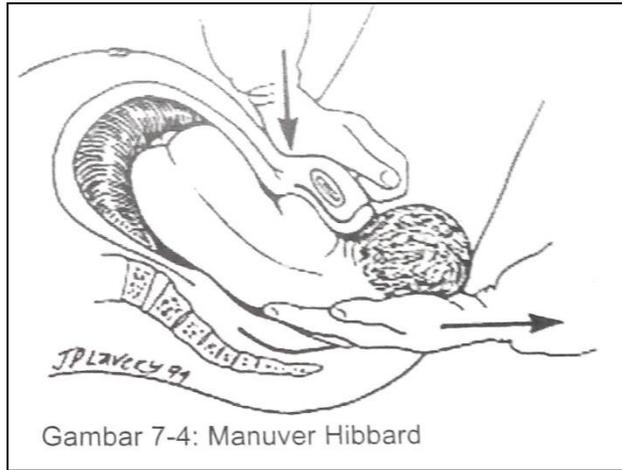
1. Masukkan dua jari tangan kanan ke arah anterior bahu belakang janin
2. Minta asisten untuk melakukan penekanan fundus uteri ke arah bawah, kemudian putar (searah putaran jarum jam) bahu belakang bayi dengan kedua jari tangan dengan tangan operator (penolong persalinan) ke arah depan (ventral terhadap ibu) sehingga lahir bahu belakang.
✓ : perhatikan posisi punggung bayi karena putaran bahu belakang ke depan adalah ke arah punggung bayi
3. Masih diikuti dengan dorongan pada fundus uteri dilakukan putaran berlawanan dengan arah putaran pertama sehingga akan menyebabkan bahu depan dapat melewati simfisis

C. DEKONTAMINASI DAN PENCEGAHAN INFEKSI PASCA TINDAKAN

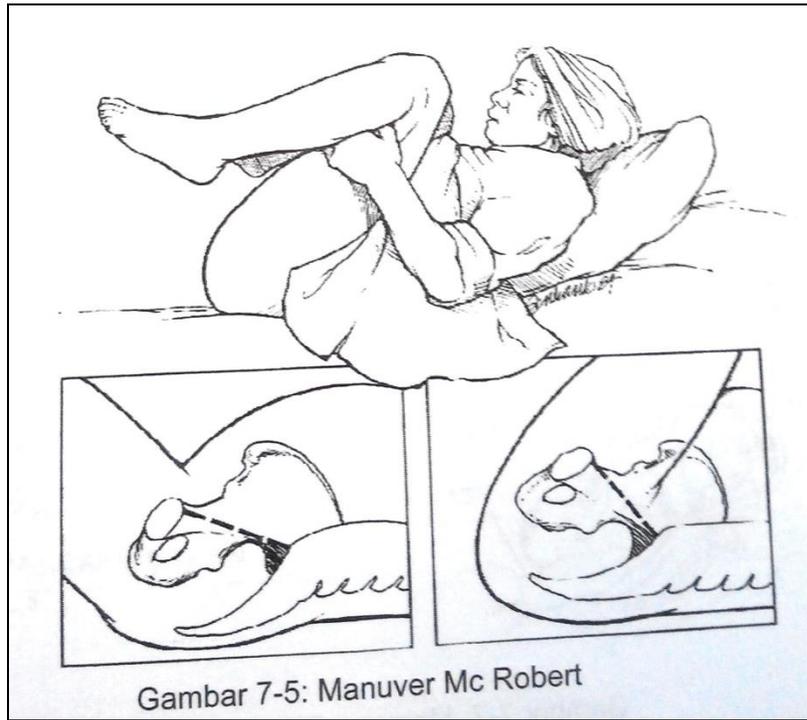
1. Aspirasi larutan khlorin 0,5% ke dalam tabung suntik
2. Rendam tabung suntik dalam larutan khlorin 0,5%
3. Masukkan sarung tangan, bersihkan dari cemaran, kemudian lepaskan dan rendam dalam larutan khlorin 0,5%
4. Cuci tangan dan keringkan dengan handuk bersih dan kering

D. PERAWATAN PASCA TINDAKAN

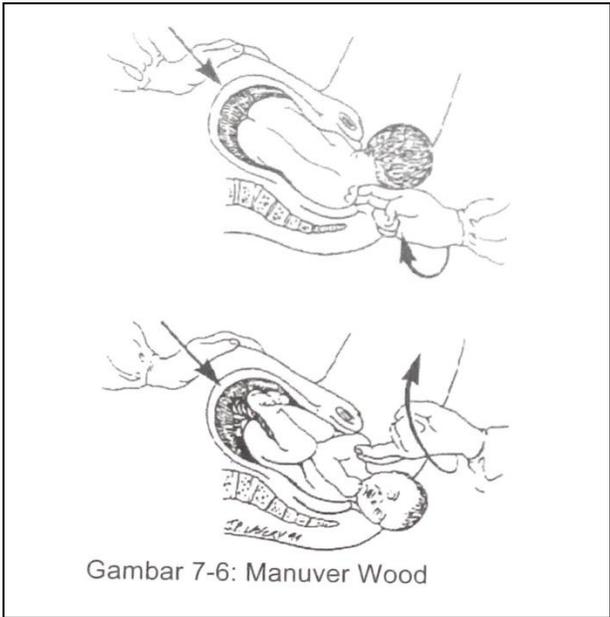
	<p><u>MANUVER UNTUK MELAHIRKAN BAHU BELAKANG : LANGKAH KLINIK</u></p> <p>B. MANUVER UNTUK MELAHIRKAN BAHU BELAKANG</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. masukkan tangan mengikuti lengkung sakrum sampai jari penolong mencapai fosa antecubitali 2. dengan tekanan jari tengah, lipat lengan bawah ke arah dada 3. setelah terjadi fleksi tangan, keluarkan lengan dari vagina (menggunakan jari telunjuk untuk melewati dada dan kepala bayi atau seperti mengusap muka bayi), kemudian tarik hingga bahu belakang dan seluruh lengan belakang dapat dilahirkan 4. bahu depan dapat lahir dengan mudah setelah bahu dan lengan belakang dilahirkan. <ul style="list-style-type: none"> ✓ : bila bahu depan sulit dilahirkan, putar bahu belakang ke depan (jangan menarik lengan bayi tetapi dorong bahu posterior) dan putar bahu depan ke belakang (mendorong anterior bahu depan dengan jari telunjuk dan jari tengah operator) mengikuti arah punggung bayi sehingga bahu depan dapat dilahirkan. <p>C. DEKONTAMINASI DAN PENCEGAHAN INFEKSI PASCA TINDAKAN</p> <p>D. PERAWATAN PASCA TINDAKAN</p>
<i>Langkah Singkat</i>	<p><u>ALARM</u></p> <p><u>A</u>sk for help</p> <p><u>L</u>ift - bokong } Manuver Mc Robet - kaki }</p> <p><u>A</u>nterior disimpaction of shoulder - rotate to oblique - suprapubic pressure (Manuver Massanti)</p> <p><u>R</u>otation of the posterior shoulder – manuver Wood</p> <p><u>M</u>anual removal of posterior arm</p>
<i>Unit Terkait</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kamar bersalin 2. UGD 3. Kepewawatan
Kepustakaan	<p>PAKET PELATIHAN PELAYANAN OBSTETRI DAN NEONATAL EMERGENSI KOMPREHENSIF (PONEK) ASUHAN OBSTETRI ESENSIAL, Protokol bagi tenaga kesehatan (Dokter, Bidan, dan Perawat), 2008</p>



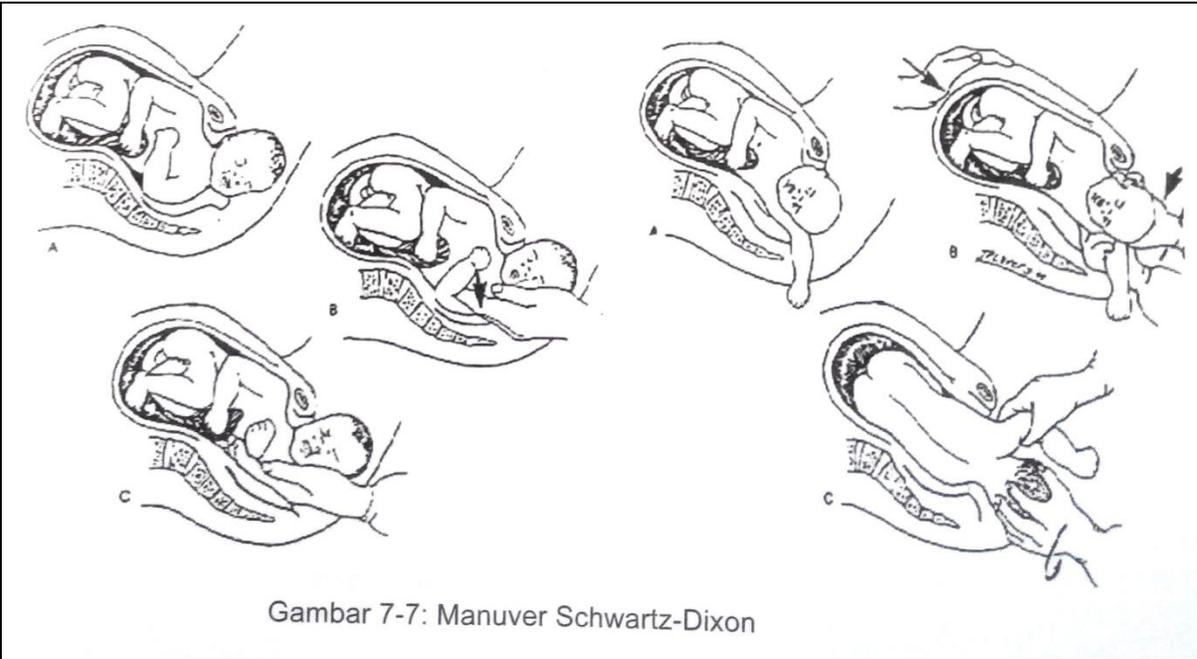
Gambar 7-4: Manuver Hibbard



Gambar 7-5: Manuver Mc Robert



Gambar 7-6: Manuver Wood



Gambar 7-7: Manuver Schwartz-Dixon